

Poznań, dnia 2 czerwca 2017 roku

WO.422.28.2017

DECYZJA NR 27/2017/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 23 ze zm.), po rozpatrzeniu sprawy z odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 16 maja 2017 roku postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na obszarze powiatu: Poznań, wniesionych przez: Wojciecha Jelonka prowadzącego działalność leczniczą pod nazwą Rehafiz Centrum Fizjoterapii Wojciech Jelonek z siedzibą w Poznaniu (60-105) przy ul. Kopanina 13 oraz Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Poznaniu (61-866) przy ul. Garbary 15, postanawiam:

- **oddalić w całości odwołanie złożone przez Wojciecha Jelonka prowadzącego działalność leczniczą pod nazwą Rehafiz Centrum Fizjoterapii Wojciech Jelonek z siedzibą w Poznaniu (60-105) przy ul. Kopanina 13;**
- **oddalić w całości odwołanie złożone przez Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Poznaniu (61-866) przy ul. Garbary 15.**

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980), ogłosił w dniu 15

marca 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na obszarze powiatu: Poznań.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 130 974,60 PLN na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś maksymalna liczba umów, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 14 (słownie: czternaście).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 16 maja 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

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

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

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

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

Dnia 18 maja 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Wojciecha Jelonek prowadzącego działalność leczniczą pod nazwą Rehafiz Centrum Fizjoterapii Wojciech Jelonek z siedzibą w Poznaniu (60-105) przy ul. Kopanina 13 (zwany dalej „Odwołujący Wojciech Jelonek”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 16 maja 2017 roku. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W odniesieniu od rozstrzygnięcia postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na obszarze powiatu: Poznań, Odwołujący Wojciech Jelonek, w treści odwołania zawarł prośbę o wskazanie powodu braku zaproszenia go na negocjacje w celu ustalenia liczby i ceny oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Odwołujący Wojciech Jelonek podkreślił, iż złożona przez niego oferta spełniała wymogi konieczne. Ponadto Odwołujący Wojciech Jelonek sformułował pytanie dotyczące spełniania kryteriów niezbędnych dla realizacji świadczeń z zakresu lekarskiej opieki rehabilitacyjnej przez lekarza wskazanego w treści złożonej przez niego oferty. Jednocześnie Odwołujący Wojciech Jelonek podniósł, iż lekarz, o którym mowa w zdaniu poprzednim, aktualnie wykonuje świadczenia jako lekarz – rehabilitant oraz od 1987 roku prowadził w Poznaniu trzy poradnie zlokalizowane przy: ul. Kasprzaka 16, ul. Hetmańskiej 39 oraz ul. Strzeszyńskiej 192. Nadto Odwołujący Wojciech Jelonek wniósł o udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy powodem braku pozytywnego dla niego rozstrzygnięcia postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 był fakt, iż reprezentowana przez niego placówka po raz pierwszy została wskazana w ofercie będącej przedmiotem postępowania konkursowego prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej.

W dniu 22 maja 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu (61-866) przy ul. Garbary 15 (zwane dalej „Odwołującym Wielkopolskim Centrum Onkologii”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 16 maja 2017 roku. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

Powołując się na treść art. 154 ust. 1 Ustawy, Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii, wniósł o wstrzymanie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01, do czasu rozpatrzenia odwołania. Nadto Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii wniósł o uwzględnienie odwołania poprzez ponowne rozpatrzenie złożonej przez niego oferty oraz zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna. W uzasadnieniu złożonego odwołania, Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii zarzucił komisji konkursowej, iż w wyniku przeprowadzonego pod numerem 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 postępowania naruszono zasady uczciwej konkurencji, a w konsekwencji uszczerbku doznał także interes prawny Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii przypomniał, iż złożona przez niego oferta nie została odrzucona w czasie trwania przedmiotowego postępowania, co więcej – oferta ta pozytywnie przeszła proces weryfikacji dokonany przez komisję konkursową. Ponadto zdaniem Odwołującego Wielkopolskiego Centrum Onkologii, na podstawie § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, winien on być zaproszony do negocjacji, bowiem złożona przez niego oferta spełniała warunki wymagane. Konkludując swoje odwołanie Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii zaznaczył, iż brak umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna uniemożliwi kompleksowe udzielanie przedmiotowych świadczeń na rzecz pacjentów onkologicznych.

Uwzględniając okoliczność, że od rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego pod numerem 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 złożone zostały dwa odwołania, postanowieniem nr 6/2017/O z dnia 23 maja 2017 roku działając na podstawie art. 62 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (zwana dalej „kodeksem postępowania administracyjnego”), Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podjął decyzję o połączeniu spraw do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Prowadząc postępowanie z odwołań wniesionych przez Odwołującego Wojciecha Jelonka i Odwołującego Wielkopolskie Centrum Onkologii, pismami z: dnia 22 maja 2017 roku oraz z dnia 23 maja 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania tj. Odwołującego Wojciecha Jelonka i Odwołującego Wielkopolskie Centrum Onkologii oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu numer 000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów kodeksu

postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Z uprawnienia tego w dniu 29 maja 2017 roku skorzystał Odwołujący Wojciech Jelonek.

Na skutek złożonych przez Odwołującego Wojciecha Jelonka i Odwołującego Wielkopolskie Centrum Onkologii odwołań, dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 16 maja 2017 roku postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na obszarze powiatu: Poznań, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego Wojciecha Jelonka i Odwołującego Wielkopolskie Centrum Onkologii w złożonych przez nich odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na obszarze powiatu: Poznań, oferty złożyli Odwołujący Wojciech Jelonek i Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii oraz:

- Izabella Bartkowiak, Wiesława Rosiak, Tomasz Zimny, działający w formie spółki cywilnej, z siedzibą w Poznaniu (60-251), ul. Hetmańska 39;
- Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Ambulatoryjne z siedzibą w Poznaniu (61-485), ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194;
- Agnieszka Choynowska-Winiecka prowadząca działalność leczniczą w Poznaniu (60-681), os. Bolesława Chrobrego 118;
- Grażyna Dubas, Ewa Strugarek, Ewa Wierzbicka-Wendowska działające w formie spółki cywilnej, z siedzibą w Poznaniu (61-527), ul. Garczyńskiego 15/17;
- Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (00-031), ul. Szpitalna 6/18-19;
- Elżbieta Bał, Piotr Hołenko, Katarzyna Krzyżyńska, Elżbieta Teska działający w formie spółki cywilnej, z siedzibą w Poznaniu (60-780), ul. Szylinga 1;

- Mariusz Posłuszny prowadzący działalność leczniczą w Poznaniu (60-479), ul. Strzeszyńska 192;
- Mirosława Kamińska-Piecyk, Maria Wojcianowska, Grażyna Stelmaszewska działające w formie spółki cywilnej, z siedzibą w Poznaniu (61-298), os. Lecha 120;
- ASGO sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (60-324), ul. Marcelesińska 92-94;
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego z siedzibą w Poznaniu (60-631), ul. Dojazd 34;
- Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych z siedzibą w Poznaniu (60-237), ul. Kasprzaka 16;
- Niepubliczny Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii „MASTERMED” spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu (60-237), ul. Kasprzaka 16;
- Marta Bogusz-Czerniewicz, Karolina Czerniewicz działające w formie spółki cywilnej Dzienny Dom Opieki Medycznej Senior Active, z siedzibą w Poznaniu (61-103), ul. Tylnie Chwaliszewo 25;
- „Rehab Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” sp. k., z siedzibą w Poznaniu (61-579), ul. Przemysłowa 15/17;
- Centermed Poznań sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (61-807), ul. Św. Marcin 58;
- USI Spółdzielnia Wielobranżowa w Poznaniu (61-765), ul. Kramarska 17.

Postępowanie o numerze 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na obszarze powiatu: Poznań, prowadzone było w oparciu, w szczególności o przepisy:

1. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1522 ze zm.);
2. Zarządzenia nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką;
3. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.);
4. 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), zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 r., poz. 44);

5. 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,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 15 marca 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, odrzuciła w całości ofertę złożoną przez Centermed Poznań sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (61-807) przy ul. św. Marcin 58/64.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano 17 oferentów, jako spełniających wymagane warunki. Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował jednak dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 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 (zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”), oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (w nawiasach podano liczbę punktów):

1. Kompleksowość udzielanych świadczeń oceniana przez:

- a) realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna (15,00 punktów).

2. Jakość udzielanych świadczeń oceniana przez:

- a) kwalifikacje personelu (maksymalnie 54,00 punkty):

- lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – równoważnik co najmniej 1 etatu (54,00 punkty);

- lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – równoważnik co najmniej 1/2 etatu (40,00 punktów);
 - lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – równoważnik co najmniej 1/4 etatu (25,00 punktów)
- b) Jakość – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości (maksymalna suma punktów ujemnych: -12,00, zaś udzielenie odpowiedzi przeczącej nie skutkowało odejmowaniem punktów):
- udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli (-1,00 punkt);
 - udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli (-1,00 punkt);
 - braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli (-1,50 punktu);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (-0,50 punktu);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym (-0,50 punktu);
 - obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach (-0,5 punktu);
 - pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy (-0,50 punktu);

- niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli (-1,00 punkt);
 - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową (-1,00 punkt);
 - przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli (-0,50 punktu);
 - udaremnianie lub utrudnianie kontroli (-2,00 punkty);
 - niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych (-1,00 punkt);
 - co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego (-0,50 punktu);
 - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli (-0,50 punktu)
- c) Jakość – pozostałe warunki (maksymalna suma punktów: 6,00):
- certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością (1,00 punkt);
 - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (1,00 punkt);
 - prowadzenie dokumentacji medycznej:
 - prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2,00 punkty);
 - prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (4,00 punkty).
3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana przez zapewnianie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu (maksymalnie 1,00 punkt).
4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (maksymalnie 12,00 punktów) – oceniana przez:
- realizację przez oferenta w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2,00 punkty);
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (4,00 punkty);
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (6,00 punktów);
- rozliczenie wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
- rozliczenie ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (6,00 punktów);
 - rozliczenie ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (3,00 punktów).

5. Inne warunki oceniane:

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

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

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

- podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferowanej przez oferenta z ceną oczekiwaną przez Fundusz,

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 16 maja 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na obszarze powiatu: Poznań. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna wskazano oferentów:

1. Izabellę Bartkowiak, Wiesławę Rosiak, Tomasza Zimnego, działających w formie spółki cywilnej, z siedzibą w Poznaniu (60-251), ul. Hetmańska 39.
2. Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Ambulatoryjne z siedzibą w Poznaniu (61-485), ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194.
3. Agnieszkę Choynowską-Winiecką prowadzącą działalność leczniczą w Poznaniu (60-681), os. Bolesława Chrobrego 118.

4. Grażynę Dubas, Ewę Strugarek, Ewę Wierzbicką-Wendowską działające w formie spółki cywilnej, z siedzibą w Poznaniu (61-527), ul. Garczyńskiego 15/17.
5. Elżbietę Bal, Piotra Hołenko, Katarzynę Krzyżyńską, Elżbietę Teska działających w formie spółki cywilnej, z siedzibą w Poznaniu (60-780), ul. Szylinga 1.
6. Mariusza Posłusznego prowadzącego działalność leczniczą w Poznaniu (60-479), ul. Strzeszyńska 192.
7. Mirosławę Kamińską-Piecyk, Marię Wojcianowską, Grażynę Stelmaszewską działające w formie spółki cywilnej, z siedzibą w Poznaniu (61-298), os. Lecha 120.
8. ASGO sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (60-324), ul. Marcelińska 92-94.
9. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego z siedzibą w Poznaniu (60-631), ul. Dojazd 34.
10. Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych z siedzibą w Poznaniu (60-237), ul. Kasprzaka 16.
11. Martę Bogusz-Czerniewicz, Karolinę Czerniewicz działające w formie spółki cywilnej Dzienny Dom Opieki Medycznej Senior Active, z siedzibą w Poznaniu (61-103), ul. Tylne Chwaliszewo 25.
12. „Rehab Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” sp. k., z siedzibą w Poznaniu (61-579), ul. Przemysłowa 15/17.
13. USI Spółdzielnia Wielobranżowa w Poznaniu (61-765), ul. Kramarska 17.

Oferty złożone przez Odwołującego Wojciecha Jelonka i Odwołującego Wielkopolskie Centrum Onkologii nie zostały wybrane. Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego Wojciecha Jelonka ani oferty Odwołującego Wielkopolskiego Centrum Onkologii z powodu przekroczenia maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01.

POZYCJA OFERTY W RANKINGU	NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	PUNKTACJA								DECYZJA O WYBRANIU OFERTY TAK/NIE
			CENA JEDNOSTKI ROZLICZENIA (ZŁ)	PUNKTACJA ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	

1	„REHAB CENTRUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIAL- NOŚCIĄ” SP.K.	PORADNIA REHABILITAC YJNA UL. PRZEMYSŁO WA 15/17; 61- 579 POZNAŃ	1,13	5,4385	54,00	15,00	0,00	6,00	0,00	80,433	TAK
2	REHAB CENTRUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIAL- NOŚCIĄ” SP.K.	PORADNIA REGABILITAC YJNA OS. ZWYCIĘSTWA 108; 61-653 POZNAŃ	1,14	5,00	24,50	15,00	0,00	6,00	0,00	50,50	TAK
3	MARIUSZ POSŁUSZNY	PORADNIA REHABILITAC YJNA UL. STRZESZYŃS KA 192; 60-479 POZNAŃ	1,05	8,9473	23,50	0,00	0,00	6,00	0,00	38,44	TAK
4	DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ SENIOR ACTIVE MARTA BOGUSZ- CZERNIEWICZ, KAROLINA BOGUSZ S.C.	PORADNIA REHABILITAC YJNA UL. TYLNE CHWALISZEW O 25; 61-103 POZNAŃ	1,10	6,7543	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	31,75	TAK
5	CENTRUM MEDYCZNE HCP LECZNICTWO AMBULATORYJN E	PORADNIA REHABILITAC YJNA UL. 28 CZERWCA 1956 R NR 194	1,02	10,00	1,50	15,00	0,00	4,00	0,00	30,50	TAK
6	ELŻBIETA BAL, PIOTR HOŁENKO, KATARZYNA KRZYŻYŃSKA, ELŻBIETA TESKA	PORADNIA REHABILITAC YJNA UL. SZYLINGA 1; 60-787 POZNAŃ	1,02	10,00	-0,5	15,00	0,00	6,00	0,00	30,50	TAK

7	IZABELLA BARTKOWIAK, WIESŁAWA ROSIĄK, TOMASZ ZIMNY	PORADNIA REHABILITAC YJNA UL. HETMAŃSKA 39; 60-251 POZNAŃ	1,10	6,7543	0,00	15,00	0,00	6,00	0,00	27,75	TAK
8	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO	PORADNIA REHABILITAC YJNA UL. DOJAZD 34; 60-631 POZNAŃ	1,10	6,7543	-0,5	15,00	0,00	6,00	0,00	27,25	TAK
9	AGNIESZKA CHOYNOWSKA- WINIECKA	GABINET LEKARSKI OS. BOLESŁAWA CHROBREGO 118/118; 60-681 POZNAŃ	1,12	5,8771	0,00	15,00	0,00	6,00	0,00	26,87	TAK
9	GRAŻYNA DUBAS, EWA STRUGAREK, EWA WIERZBICKA- WENDOWSKA	REHABILITAC JA UL. GARCZYŃSKI EGI 15/17; 61- 527 POZNAŃ	1,12	5,8771	0,00	15,00	0,00	6,00	0,00	26,87	TAK
10	POZNAŃSKI OŚRODEK SPECJALISTYCZ NYCH USŁUG MEDYCZNYCH	PORADNIA REHABILITAC YJNA AL. SOLIDARNOŚ CI 36; 61-696 POZNAŃ	1,14	5,00	0,5	15,00	0,00	6,00	0,00	26,50	TAK
11	MIROŚLAWA KAMIŃSKA- PIECYK, MARIA WOJCIAŃOWSK, GRAŻYNA STELMASZEWSK A	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD REHABILITAC JI LECZNICZEJ „VIRE” – M. KAMIŃSKA, M. WOJCIAŃO WSKA, G. STELMASZE WSKA OS. LECHA 120; 61-298 POZNAŃ	1,13	5,4385	-0,5	15,00	0,00	6,00	0,00	25,93	TAK
12	USI SPÓŁDZIELNIA WIELOBRANŻOW A W POZNANIU	PORADNIA REHABILITAC YJNA UL. SZEWSKA 5/6; 61-760 POZNAŃ	1,03	9,8245	0,00	15,00	0,00	0,00	0,00	24,82	TAK
13	ASGO SP. Z O.O. SPÓŁKA	PORADNIA LEKARZA	1,14	5,00	-0,5	15,00	0,00	4,00	0,00	23,50	TAK

	KOMANDYTOWA	REHABILITACJI UL. MARCELIŃSKA 92-9; 60-324 POZNAN									
14	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD REHABILITACJI I FIZYKOTERAPII „MASTERMED” SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PORADNIA REHABILITACYJNA UL. KASPRZAKA 16, 60-237 POZNAN	1,12	5,8771	0,00	15,00	0,00	0,00	0,00	20,87	NIE
15	POLSKA ORGANIZACJA PRACODAWCÓW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	PORADNIA REHABILITACYJNA – WIANKOWA UL. WIANKOWA 3; 61-131 POZNAN	1,13	5,4385	0,00	15,00	0,00	0,00	0,00	20,43	NIE
16	WIELKOPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE	PRACOWNIA REHABILITACYJNA UL. GARBARY 15; 61-866 POZNAN	1,14	5,00	0,5	0,00	1,00	4,00	0,00	10,50	NIE
17	REHAFIZ CENTRUM FIZJOTERAPII WOJCIECH JEŁONEK	PORADNIA REHABILITACYJNA UL. KOPANINA 13; 60-105 POZNAN	1,10	6,7543	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,7543	NIE

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu ofert złożonych przez Odwołujących: Wojciecha Jelonek i Wielkopolskie Centrum Onkologii, gdyż liczba punktów, które uzyskały ich oferty w toku oceny była mniejsza w stosunku do ofert wybranych w trakcie prowadzonego postępowania. Wybrane w toku postępowania oferty wyczerpały maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01. Podkreślić należy, że porównanie ofert w toku ww. postępowania dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów 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. Liczba punktów, która kwalifikowała ostatnią ofertę do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, w przypadku postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01, to 23,50 punktów. I właśnie oferent, którego oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę oceny 23,50 punktów został wskazany, jako ostatni, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

zawrze umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna.

W tym miejscu wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” oraz Tabeli nr 1 „Rehabilitacja lecznicza” (Lp.1: Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna) załącznika nr 5 WYKAZ SZCZEGÓŁOWYCH KRYTERIÓW WYBORU OFERT WRAZ Z WYZNACZAJĄCYMI JE WARUNKAMI ORAZ PRZYPISANĄ IM WARTOŚCIĄ W RODZAJU REHABILITACJA LECZNICZA do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz załącznika nr 1 WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 130/2016/DSO z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII. FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 udzielali następujących odpowiedzi:

1. Oferent USI Spółdzielnia Wielobranżowa w Poznaniu

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów;

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „żadna z powyższych”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

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

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

- 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent USI Spółdzielnia Wielobranżowa w Poznaniu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,03 zł za co otrzymał 9,8245 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

**2. Oferent Marta Bogusz-Czerniewicz, Karolina Czerniewicz działające w formie spółki cywilnej
Dzienny Dom Opieki Medycznej Senior Active:**

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1/4 etatu”, za co otrzymał 25,00 punktów.**

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem punktów;

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

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent Marta Bogusz-Czerniewicz, Karolina Czerniewicz działające w formie spółki cywilnej Dzienny Dom Opieki Medycznej Senior Active zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 zł za co otrzymał 6,7543 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

3. Oferent Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „żadna z powyższych”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Tak”, co wiązało się z odjęciem 0,50 punktu;**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli – za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych - co skutkowało nieodejmowaniem punktów
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny oferent Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 zł za co otrzymał 6,7543 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

4. Oferent Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i

medycyny fizycznej w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „żadne z powyższych”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem punktów, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień zmieniono odpowiedź na „Tak”, co wiązało się z odjęciem 0,50 punktu;**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych o rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny oferent Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,14 zł za co otrzymał 5,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

5. Oferent Mirosława Kamińska-Piecyk, Maria Wojcianowska, Grażyna Stelmaszewska działające w formie spółki cywilnej:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „żadna z powyższych”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 w świetle udzielonych przez oferenta**

dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Tak”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów;

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

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent Mirosława Kamińska-Piecyk, Maria Wojcianaowska, Grażyna Stelmaszewska działające w formie spółki cywilnej zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,13 zł za co otrzymał 5,4385 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

6. Oferent Mariusz Posłuszny

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1/4 etatu – za co otrzymał 25,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało odjęciem 1,00 punktu;

- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Tak”, co wiązało się z odjęciem 0,50 punktu;**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent Mariusz Posłuszny zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał 8,9473 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

7. Oferent Elżbieta Bał, Piotr Holenko, Katarzyna Krzyżyńska, Elżbieta Teska działający w formie spółki cywilnej

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „żadne z powyższych” , co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Tak”, co wiązało się z odjęciem 0,50 punktu;**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

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

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent Elżbieta Bał, Piotr Hołenko, Katarzyna Krzyżyńska, Elżbieta Teska działający w formie spółki cywilnej zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,02 zł za co otrzymał 10,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

8. Oferent Grażyna Dubas, Ewa Strugarek, Ewa Wierzbicka-Wendowska działający w formie spółki cywilnej:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „żadna z powyższych”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem punktów;

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

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent Grażyna Dubas, Ewa Strugarek, Ewa Wierzbicka-Wendowska działający w formie spółki cywilnej zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,12 zł za co otrzymał 5,8771 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

9. Oferent Agnieszka Choynowska-Winiecka:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli - co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent Agnieszka Choynowska-Winiecka zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,12 zł za co otrzymał 5,8771 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

10.Oferent Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Ambulatoryjne:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1/4 etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź oferenta na „żadna z powyższych”, co wiązało się z nieprzyznaniem oferentowi punktów.**

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało odjęciem 0,50 punktu;
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli –co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

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

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców, w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na **„w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców, w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat”, co wiązało się z przyznaniem 4,00 punktów;**
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Ambulatoryjne zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,02 zł za co otrzymał 10,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

11. Oferent Izabella Bartkowiak, Wiesława Rosiak, Tomasz Zimny działający w formie spółki cywilnej:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli –co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w

przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

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

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent Izabella Bartkowiak, Wiesława Rosiak, Tomasz Zimny zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 zł za co otrzymał 6,7543 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

12. Oferent ASGO sp. z o.o. sp. k.:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem punktów, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na twierdzącą, co wiązało się z odjęciem 0,50 punktu;**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców, w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat – za co otrzymał 4,00 punkty;
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent ASGO sp. z o.o. sp.k. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,14 zł za co otrzymał 5,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

13. Oferent „Rehab Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” sp. k., dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu (61-579) przy ul. Przemysłowej 15/17:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1 etatu – za co otrzymał 54,00 punkty.

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

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

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent „Rehab Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” sp. k. (dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu przy ul. Przemysłowej 15/17) zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,13 zł za co otrzymał 5,4385 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

14. Oferent „Rehab Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” sp. k., dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu (61-653), os. Zwycięstwa 108:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co otrzymał 15,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1/4 etatu – za co otrzymał 25,00 punktów.

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 w świetle udzielonych przez oferenta wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Tak”, co wiązało się z odjęciem 0,50 punktu;**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

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

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców, w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat – za co otrzymał 6,00 punktów;

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

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny oferent „Rehab Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” sp. k. (dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu, os. Zwycięstwa 108) zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,14 zł za co otrzymał 5,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

15.Odwołujący Wojciech Jelonek:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;

- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktu.

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych 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 punktu.

W zakresie kryterium ceny Odwołujący Wojciech Jelonek zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 zł za co otrzymał 6,7543 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

16.Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna – za co nie otrzymał punktów.

Ponadto w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej w równoważniku co najmniej 1 etatu, **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 jakości – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości :

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli; - co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem 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 skutkowało nieodejmowaniem 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 w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień zmieniono odpowiedź na „Tak”, co wiązało się z odjęciem 0,50 punktu;**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;

- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością- za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktu;
- 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, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „żadna z powyższych”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów.**

zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co otrzymał 1,00 punkt.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców, w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat – za co otrzymał 4,00 punkty;
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,14 zł za co otrzymał 5,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Jednocześnie wskazać należy, iż każdy z oferentów, których odpowiedzi ankietowe przytoczono powyżej, jak i Odwołujący: Wojciech Jelonek oraz Wielkopolskie Centrum Onkologii, w zakresie warunków wymaganych zadeklarowali, 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.

Ustosunkowując się do sformułowanego przez Odwołującego Wojciecha Jelonka twierdzenia o braku zaproszenia na negocjacje wskazać należy, co następuje. Zgodnie z treścią art. 142 ust. 7 Ustawy, komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Powyższe oznacza, że komisja konkursowa nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji ze wszystkimi oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnej postępowania konkursowego. Podstawową wskazówką dla komisji winno być ustalenie, czy przeprowadzenie negocjacji z konkretnym oferentem może prowadzić do zmiany jego pozycji w rankingu. Powyższe znajduje odzwierciedlenie także w orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie, który w wyroku z dnia 11 marca 2014 r. (sygn. II GSK 2042/12) uznał, iż *przeprowadzenie negocjacji z oferentami na zasadach określonych w art. 142 ust. 6 Ustawy jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem organu.*

Odnosząc powyższe do analizowanego stanu faktycznego wskazania wymaga, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 nie zapraszała na negocjacje oferentów, w sytuacji, gdy po dokonaniu oceny punktowej udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe i hipotetycznym przyznaniu ofercie maksymalnej liczby punktów w kryterium ceny tj. 10,00 punktów oferta i tak nie zostałaby wybrana ze względu na zajmowane miejsce w rankingu ofert. Przyjęty przez komisję konkursową sposób postępowania wynikał z ekonomiki prowadzenia czynności w trakcie postępowania. Odnosząc powyższe uwagi do oferty Odwołującego Wojciecha Jelonka podkreślić należy, iż w niniejszej decyzji zostały przytoczone odpowiedzi ankietowe udzielone przez Odwołującego Wojciecha Jelonka jak i liczba punktów, jakie uzyskała złożona przez niego oferta. Na potrzeby niniejszej decyzji ofercie przyznano maksymalną liczbę punktów w kryterium ceny. Uwzględniając powyższe elementy oceny, łączna ocena oferty przedstawiałaby się następująco:

NAZWA OFERENTA	CENA JEDNOS TKI ROZLIC	PUNKTACJA							DECYZJ A O WYBRA NIU
		PUNKT ACJA ZA OFERT	JAKOŚ Ć	KOMPLEK SOWOŚĆ	DOST EPNO ŚĆ	CIĄG ŁOŚĆ	INN E	ŁĄCZN A LICZB A	

	Z (ZŁ)	Ę CENO WĄ						PUNKT ÓW OCENY	OFERT TAK/NIE
REHAFIZ CENTRUM FIZJOTERAPII WOJCIECH JELONEK	1,02	10,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11,00	NIE

Z przedstawionych obliczeń w sposób nie budzący wątpliwości wynika, iż nawet, gdyby Odwołujący Wojciech Jelonek został zaproszony na negocjacje dotyczące ustalenia ostatecznej ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, i nawet gdyby w zakresie kryterium ceny uzyskałby maksymalną liczbę punktów, jego oferta i tak nie zostałaby wybrana, ze względu na fakt, iż ilość świadczeń zakontraktowanych przez oferentów, którzy wskazani zostali jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyczerpała niemal całkowicie kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie świadczeń w tym postępowaniu.

Powyżej przedstawiona analiza stanowi jednoznaczną odpowiedź na postawione przez Odwołującego Wojciecha Jelonka pytanie o przyczynę braku zaproszenia go na negocjacje.

Udzielając odpowiedzi na postawione przez Odwołującego Wojciecha Jelonka pytanie w przedmiocie spełniania warunków dla realizacji świadczeń z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej przez wskazanego w ofercie lekarza, wyjaśnić należy, iż zgodnie z treścią punktu 1 lit. a lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna – porada lekarska rehabilitacyjna załącznika nr 1 WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, *Wymagania dotyczące personelu:*

- 1) *lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub*
- 2) *lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej. Lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub*
- 3) *lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej lub*

4) *lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii*

- *udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego).* Jednocześnie wskazać w tym miejscu należy, iż równoważnik co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego obejmuje co najmniej 9 godzin 28 minut 45 sekund.

Odnosząc powyższe do treści złożonej przez Odwołującego Wojciecha Jelonek oferty, wyjaśnienia wymaga, iż w części VI. SZCZEGÓŁY OFERTY wskazano Panią Iwonę Jelonek – lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej udzielającą świadczeń w wymiarze 9 godzin i 30 minut tygodniowo (poniedziałek w godz. 8:00-11:00 oraz czwartek w godz. 11:30-18:00). Jednocześnie w złożonej przez siebie ofercie Odwołujący Wojciech Jelonek przedstawił dokumenty kwalifikacyjne ww. lekarza, z których wynika, iż Pani Iwona Jelonek posiada tytuł lekarza specjalisty w zakresie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu. Ponadto w ofercie Odwołującego Wojciecha Jelonek znajduje się oświadczenie datowane na dzień 27 marca 2017 roku złożone przez Panią Iwonę Jelonek, w którym ta ostatnia zobowiązała się do realizacji przedmiotowych świadczeń w okresie od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku.

Wyniki powyżej poczynionej analizy wiodą do wniosku, iż Odwołujący Wojciech Jelonek spełniał warunek, o którym mowa w przytoczonym powyżej punkcie 1 lit. a załącznika nr 1 *WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ* do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dlatego też komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 nie zakwestionowała spełniania przez Odwołującego Wojciecha Jelonek ww. warunku wymaganego. Niejako na marginesie niniejszych rozważań wskazać należy, iż bez znaczenia dla omawianego stanu faktycznego pozostają przedstawione przez Odwołującego Wojciecha Jelonek informacje w przedmiocie aktywności zawodowej Pani Iwony Jelonek, bowiem pozostawały one i tak bez wpływu na fakt spełniania przez Odwołującego omawianego warunku wymaganego.

W odniesieniu do sformułowanego przez Odwołującego Wojciecha Jelonek pytania, czy powodem braku pozytywnego dla niego rozstrzygnięcia postępowania w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej był fakt, iż po raz pierwszy składał on ofertę w przedmiotowym zakresie należy udzielić przeczącej odpowiedzi. Podkreślenia bowiem wymaga, iż komisja konkursowa dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonych w ogłoszeniu. Oznacza to, że oferty z niewystarczającą liczbą punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do

zawarcia umowy. Zgodnie zaś z treścią art. 148 ust. 1 Ustawy, porównywanie ofert z toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny. Dlatego też pomimo, że realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nie pozostaje bez wpływu na liczbę uzyskanych przez oferentów punktów oceny, nie jest to jedyne kryterium wyboru ofert. Co istotne, każdy z oferentów biorących udział w postępowaniu numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 opowiadał na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana była mu odpowiednia ilość punktów określona w załączniku nr 5 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert. Jak wskazano w niniejszej decyzji, z treści załącznika nr 5 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert wynika, iż:

- w kryterium kompleksowości, za realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna oferent mógł otrzymać 15,00 punktów;
- w kryterium ciągłości, za realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie oferent mógł otrzymać 2,00 punkty, zaś za realizację tego procesu nieprzerwanie od 5 lat – 4,00 punkty, natomiast nieprzerwanie od 10 lat – 6,00 punktów.

Odwołujący Wojciech Jelonek jako podmiot, który nie realizuje procesu leczenia w ramach wskazanych powyżej kryteriów kompleksowości i ciągłości – nie zaznaczył twierdzących w tym zakresie odpowiedzi a w konsekwencji nie otrzymał punktów z tytułu przedmiotowych kryteriów.

Ustosunkowując się kolejno do argumentacji Odwołującego Wielkopolskiego Centrum Onkologii wskazać należy, co następuje. Wobec sformułowanego przez Odwołującego Wielkopolskie Centrum Onkologii żądania w przedmiocie wstrzymania zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna do czasu rozpatrzenia odwołania wyjaśnić należy, iż zgodnie z treścią art. 154 ust. 3 zd. 2 Ustawy, wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Z powyższego wynika, iż wniesienie odwołania *ex lege* wstrzymuje zawarcie umów, co jest konsekwencją faktu, że odwołanie wszczynające kontrolne postępowanie administracyjne zmierza do weryfikacji i wzruszenia całego wyniku postępowania. Jak wskazał Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie, w wyroku z dnia 6 marca 2013 r. (*sygn. II GSK 1163/12*), można nawet powiedzieć, że cechą charakterystyczną instytucji odwołania jest dążenie do wyeliminowania tej drogi z obrotu prawnego określonego rozstrzygnięcia.

Odnosząc się zaś do twierdzeń Odwołującego Wielkopolskiego Centrum Onkologii jakoby w wyniku przeprowadzonego postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 doszło do naruszenia zasady uczciwej konkurencji wynikającej z treści art. 134 ust. 1 Ustawy, bowiem Odwołujący nie został zaproszony na negocjacje wskazać należy, iż aktualne pozostaje stanowisko przedstawione w niniejszej decyzji dotyczące braku konieczności przeprowadzenia przez komisję konkursową negocjacji z oferentami u których wynik negocjacji nie zmieniłby ich pozycji w rankingu końcowym. Skoro Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii wskazał na treść § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy winien również zauważyć, iż zgodnie z ust. 2 przytoczonego paragrafu, do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Jak wskazano powyżej, komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 nie zapraszała na negocjacje oferentów, w sytuacji, gdy po dokonaniu oceny punktowej udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe i hipotetycznym przyznaniu ofercie maksymalnej liczby punktów w kryterium ceny tj. 10,00 punktów oferta i tak nie zostałaby wybrana ze względu na zajmowane miejsce w rankingu ofert. Przyjęty przez komisję konkursową sposób postępowania wynikał z ekonomiki prowadzenia czynności w trakcie postępowania. Fakt, iż komisja konkursowa prowadząca przedmiotowe postępowanie stosowała wskazany powyżej sposób działania wobec wszystkich oferentów biorących udział w tym postępowaniu nie pozostawia wątpliwości, iż zachowana została zasada uczciwej konkurencji. Podkreślić zatem należy, iż spełnianie warunków koniecznych do zawarcia i realizacji umowy nie przesądza o obowiązku komisji konkursowej do zaproszenia oferenta na negocjacje.

W niniejszej decyzji zostały przytoczone odpowiedzi ankietowe udzielone przez Odwołującego Wielkopolskie Centrum Onkologii jak i liczba punktów, jakie uzyskała złożona przez niego oferta. Na potrzeby niniejszej decyzji ofercie przyznano maksymalną liczbę punktów w kryterium ceny. Uwzględniając powyższe elementy oceny, łączna ocena oferty przedstawiałaby się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA								DECYZJA O WYBRANIU OFERTY TAK/NIE
	CENA JEDNOSTKI ROZLICZ Z (ZŁ)	PUNKT ACJA ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
WIELKOPOLSKIE CENTRUM	1,02	10,00	1,00	0,00	1,00	4,00	0,00	16,00	NIE

ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ- CURIE									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Z przedstawionych obliczeń w sposób nie budzący wątpliwości wynika, iż nawet, gdyby Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii został zaproszony na negocjacje dotyczące ustalenia ostatecznej ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, i nawet gdyby w zakresie kryterium ceny uzyskałby maksymalną liczbę punktów, jego oferta i tak nie zostałaby wybrana, ze względu na fakt, iż ilość świadczeń zakontraktowanych przez oferentów, którzy wskazani zostali jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyczerpała niemal całkowicie kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie świadczeń w tym postępowaniu. Przypomnienia w tym miejscu wymaga, iż oferent wskazany w rankingu końcowym, jako ten, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie uzyskał 23,50 punktów.

Powyższe pozwala uznać zarzut Odwołującego Wielkopolskiego Centrum Onkologii dotyczący naruszenia zasady uczciwej konkurencji za chybiony oraz uniemożliwia uczynienie zadość żądaniu Odwołującego w przedmiocie uwzględnienia odwołania i zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto bez wpływu na wynik analizowanego postępowania konkursowego pozostaje argumentacja Odwołującego Wielkopolskiego Centrum Onkologii, iż brak umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna uniemożliwi temu ostatniemu kompleksowe świadczenia usług medycznych na rzecz pacjentów onkologicznych.

Konkludując raz jeszcze wskazać należy, iż niezaproszenie przez komisję konkursową Odwołujących: Wojciecha Jelonka i Wielkopolskiego Centrum Onkologii na negocjacje w zakresie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej nie miał wpływu (przy uwzględnieniu, że w ocenie ofert Odwołujących komisja konkursowa hipotetycznie przyjęła, że propozycja cenowa winna uzyskać maksymalną liczbę punktów) na ocenę pozostałych elementów ofert złożonych przez Odwołujących. Zatem nawet zaproszenie Odwołujących: Wojciecha Jelonka oraz Wielkopolskiego Centrum Onkologii na negocjacje i maksymalne obniżenie przez nich liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za te świadczenia nie spowodowałoby, że oferty Odwołujących zostałyby wybrane w przedmiotowym konkursie ofert.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w złożonych odwołaniach nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia

postępowania numer 15-17-000253/REH/05/1/05.1300.207.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na obszarze powiatu: Poznań, a zatem należy uznać, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołujących i brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionych odwołań. Wobec powyższego orzeczono, jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora

ds. Ekonomiczno-Finansowych

Magdalena Kraszewska (1)

POUCZENIE

Od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.

Wykonano w 17 egzemplarzach:

- 1) Izabella Bartkowiak, Wiesława Rosiak, Tomasz Zimny, ul. Hetmańska 39; 60-251 Poznań – 1 egz.;
- 2) Centrum Medyczne HCP Lecznictwo Ambulatoryjne, ul. 28 Czerwca 1956 r. nr 194; 61-485 Poznań – 1 egz.;
- 3) Agnieszka Choynowska-Winiecka, os. Bolesława Chrobrego 118/118, 60-681 Poznań – 1 egz.;
- 4) Grażyna Dubas, Ewa Strugarek, Ewa Wierzbička-Wendowska, ul. Garczyńskiego 15/17, 61-527 Poznań – 1 egz.;
- 5) Elżbieta Bal, Piotr Holenko, Katarzyna Krzyżyńska, Elżbieta Teska, ul. Szylinga 1, 60-780 Poznań – 1 egz.;
- 6) Mariusz Posłuszny, ul. Strzeszyńska 192, 60-479 Poznań – 1 egz.;
- 7) Mirosława Kamińska-Piecyk, Maria Wojcianowska, Grażyna Stelmaszewska, os. Lecha 120, 61-298 Poznań – 1 egz.;
- 8) ASGO sp. z o.o., ul. Marcelińska 92-94, 60-324 Poznań – 1 egz.;
- 9) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego, ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań – 1 egz.;
- 10) Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych, ul. Kasprzaka 16, 60-237 Poznań – 1 egz.;
- 11) Marta Bogusz-Czerniewicz, Karolina Czerniewicz działające w formie spółki cywilnej Dzienny Dom Opieki Medycznej Senior Active, ul. Tylne Chwaliszewo 25, 61-103 Poznań – 1 egz.;
- 12) „Rehab Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” sp. k., ul. Przemysłowa 15/17, 61-579 Poznań – 1 egz.;
- 13) USI Spółdzielnia Wielobranżowa w Poznaniu, ul. Kramarska 17, 61-765 Poznań – 1 egz.;
- 14) Odwołujący Wojciech Jelonek Rehafiz Centrum Fizjoterapii Wojciech Jelonek, ul. Kopanina 13, 60-105 Poznań – 1 egz.;
- 15) Odwołujący Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań – 1 egz.;
- 16) a/a – 2 egz.

Opracowała: Katarzyna Arciszewska – Wydział Kontroli