

WO.422.84.2017

Poznań, dnia **25 09. 2017****DECYZJA NR 74/2017/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 2017 r. poz. 1257), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania nr 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, m. Poznania, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego i wrzesińskiego, wniesionego przez Danutę Mączyńską reprezentującą Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych i Zagrożonych Niepełnosprawnością SILOE z siedzibą w Poznaniu (61-576) przy ul. Górna Wilda 99D, postanawiam

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 12 lipca 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, m. Poznania, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego i wrzesińskiego.

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 861 826,90 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 października 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś maksymalna liczba umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 9 (słownie: dziewięć).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 4 września 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 prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy.

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

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

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

Dnia 11 września 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Danutę Mączyńską reprezentującą Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych i Zagrożonych Niepełnosprawnością SILOE z siedzibą w Poznaniu (61-576) przy ul. Górna Wilda 99D (zwanej dalej: „Odwołującą”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, Odwołująca zarzuca komisji konkursowej naruszenie art. 134 ust. 1 i ust. 2 Ustawy poprzez nierówne traktowanie oferentów w toku postępowania i naruszenie zasad uczciwej konkurencji. Zdaniem Odwołującej komisja konkursowa dokonała wybory ofert w oparciu o niepełną, nierzetelną i nieprawidłową ocenę spełnianych przez nie wymogów w kontekście zasad wynikających z Rozporządzeń Ministra Zdrowia i Zarządzeń Prezesa NFZ, co przejawiało się m.in. w:

1. zaniechaniu zaproszenia Odwołującej do udziału w negocjacjach, co uniemożliwiło ewentualne obniżenie ceny, które mogłoby wpłynąć na zajęcie wyższej pozycji w rankingu i zawarcie umowy;
2. braku poinformowania Odwołującej czy komisja konkursowa odjęła punkty na skutek złożonych przez Odwołującą wyjaśnień w dniach 11 i 14 sierpnia 2017 roku;
3. dokonanie wyboru faktycznie tylko ośmiu oferentów do zawarcia umowy, pomimo iż w ogłoszeniu o konkursie wskazano sugerowaną liczbę dziewięciu planowanych do zawarcia umów. Odwołująca podkreśliła, iż zawarcie jak największej liczby umów jest pożądane z punktu widzenia pacjentów, pozwala bowiem na istotne zwiększenie „dostępności przestrzennej do świadczeń zdrowotnych” i mogłoby zostać osiągnięte właśnie przez zawarcie dziewiętej umowy z Odwołującą.

Wskazując na powyższe zarzuty Odwołująca wniosła o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie z nią postępowania w trybie rokowań. Ponadto wniosła o udostępnienie dokumentacji konkursowej wszystkich stron postępowania. W uzasadnieniu odwołania Odwołująca zwróciła uwagę na jakość, kompleksowość opieki nad pacjentem i jego rodziną, innowacyjne metody udzielania świadczeń w Stowarzyszeniu Na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych i Zagrożonych Niepełnosprawnością SILOE, a także na dynamiczny rozwój samej placówki, wysoki standard pomieszczeń oraz zaangażowanie i kwalifikacje personelu. Odwołująca podkreśliła, iż Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych i Zagrożonych Niepełnosprawnością SILOE działa już od 10 lat, w tym 8 lat w ramach kontaktu z NFZ ciesząc się dużym zaufaniem wśród rodziców, dzieci oraz lekarzy, a także rokrocznie wykazując spore nadwykonania usług medycznych, co jednoznacznie obrazuje duże zapotrzebowanie na taką formę rehabilitacji i terapii.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą, pismem z dnia 12 września 2017 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującą oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej „k.p.a.”, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie

wglądu w akta sprawy. W dniu 15 września 2017 roku z uprawnienia tego skorzystała Pani Monika Tonder-Kasprzak i Pani Alicja Wolna reprezentujące Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Poznaniu, w dniu 18 września 2017 roku z uprawnienia skorzystała Odwołująca Danuta Mączyńska wraz z radcą prawnym Bartoszem Pawelczykiem, natomiast w dniu 19 września 2017 roku z uprawnienia skorzystała Pani Anna Zgolak reprezentująca NZOZ Zespół Poradni Specjalistycznych Log-Med i Pani Magdalena Pietrzyńska reprezentująca „REHAB CENTRUM SP.Z O.O.” Sp.k. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 25 września 2017 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania numer 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, m. Poznania, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego i wrzesińskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołującą w złożonym przez nią odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu numer 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, Poznania, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego i wrzesińskiego złożonych zostało dziewięć ofert:

1. oferta numer: 15-17-000782[05/1]-0001/00 złożona przez Stowarzyszenie na rzecz Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Zawsze Razem, os. Jana III Sobieskiego 15/33, 60-688 Poznań;
2. oferta numer: 15-17-000782[05/1]-0002/00 złożona przez Stowarzyszenie Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjny „BARTEK”, os. Piastowskie 42, 61-152 Poznań;
3. oferta numer: 15-17-000782[05/1]-0003/00 złożona przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Poznaniu, ul. Pogodna 49/4, 60-131 Poznań;
4. oferta numer: 15-17-000782[05/1]-0004/00 złożona przez NZOZ Ośrodek Fizjoterapii Chromiński Tomasz Sp. z o.o., ul. Rynek 18, 62-330 Nekla;

5. oferta numer: 15-17-000782[05/1]-0005/00 złożona przez Monikę Nitkę, ul. Niska 9, 62-200 Gniezno;
6. oferta numer: 15-17-000782[05/1]-0006/00 złożona przez Odwołującą;
7. oferta numer: 15-17-000782[05/1]-0007/00 złożona przez Annę Zgolak, ul. Graniczna 1B, 62-200 Gniezno;
8. oferta numer: 15-17-000782[05/1]-0008/00 złożona przez Stowarzyszenie Na Tak, ul. Płowiecka 15, 60-227 Poznań;
9. oferta numer: 15-17-000782[05/1]-0009/00 złożona przez „REHAB CENTRUM SP.Z O.O.” Sp.k., ul. Przemysłowa 15/17, 61-579 Poznań obejmująca dwa miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane w Poznaniu przy ul. Przemysłowej 15/17 i na os. Zwycięstwa 108.

Postępowanie nr 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 1522 ze zm.);
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.);
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1980), zmienionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 roku zmieniającym rozporządzenie 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 2017 roku, poz. 44);
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146);
- Zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką;
- Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami;

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 12 lipca 2017 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty trzech oferentów oraz przeprowadziła weryfikację u czterech oferentów. Wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Ostatecznie komisja konkursowa nie odrzuciła żadnej ze złożonych w tym postępowaniu ofert. Żadna z ofert nie została także wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnego postępowania zakwalifikowano zatem 9 (słownie: dziewięciu) oferentów, jako spełniających wymagane warunki formalne związane z konstrukcją samej oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez pozostałych oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

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

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- 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:
 - tak (14,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- fizjoterapeuta posiadający udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (9,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (brak punktów);

- logopeda w rehabilitacji posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii:
 - równoważnik co najmniej 1 etatu (6,00 punktów);
 - równoważnik co najmniej ½ etatu (4,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
 - specjalista psychologii klinicznej:
 - równoważnik co najmniej 1 etatu (5,00 punktów);
 - równoważnik co najmniej ½ etatu (3,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
 - specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - terapeuta zajęciowy lub magister pedagogiki specjalnej lub oligofrenopeda – równoważnik co najmniej ¼ etatu:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia”:
- wanna do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - zestaw do biostymulacji laserowej – w lokalizacji:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - sala do kinezyterapii stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - basen rehabilitacyjny – w lokalizacji:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- c) kategorii „Pozostałe warunki”:

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

- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (-1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (-1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli:
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - udaremnienie lub utrudnianie kontroli:
 - tak (-2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (-1,00 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
- e) kategorii „Pozostałe warunki – część wspólna dla zakresu rehabilitacja lecznicza”:
- Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,00 punkt);

- nie (brak punktów);
 - Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - prowadzenie:
 - indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2,00 punkty);
 - elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (4,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:
- a) kategorii „dostępność – harmonogram pracy”:
- czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu:
 - co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00 (6,00 punktów);
 - co najmniej 7 godzin i 35 minut dziennie bez przerwy (4,00 punkty)
 - żadne z powyższych (brak punktów);
- b) kategorii „dostępność – część wspólna dla zakresu rehabilitacja lecznicza”:
- odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
3. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „ciągłość – część wspólna dla zakresu rehabilitacja lecznicza”:
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy:
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (4,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (6,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);

- rozliczenie:

- ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (6,00 punktów);
- ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (3,00 punkty);
- żadne z powyższych (brak punktów);

4. 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:

- tak (2,00 punkty);
- nie (brak punktów);

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

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

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

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

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

gdzie:

y_c - liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny,
 C_{maks} - 1,1 x C_{NFZ} ,

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

W tym miejscu podkreślić należy, iż w celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji komisja konkursowa prowadząc postępowanie numer 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 podjęła następujące uchwały:

I. W dniu 7 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę dotyczącą trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w Formularzu Ofertowym. Na jej podstawie komisja konkursowa prowadząca postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne postanowiła:

1) w przypadkach, gdy złożona przez oferenta oferta, w tym szczególności formularz ofertowy, zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest wtedy, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach formularza ofertowego lub w innej części oferty - wzywać oferenta, do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);

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

ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);

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

II. W dniu 7 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie zapewnienia dostępu do lekarza pediatri przez oferentów, którzy złożyli oferty w postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego.

Zgodnie z treścią załącznika numer 1 WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ, lp. 3 – realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, lit. b – rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1522 z późn. zm.; zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń”):

1. Wymagania dotyczące personelu:

14) wymagany dostęp do lekarza pediatri.

W myśl § 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń, przez dostęp należy rozumieć zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane.

Jednocześnie wskazać należy, iż zgodnie z treścią ust. 1 pkt 1-4 ww. załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń:

1. 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

3) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej

- udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego), lub

4) lekarz specjalista w dziedzinie neurologii dziecięcej

- udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego, oraz (...).

Powyższe wiedzie do wniosku, iż z ust. 1 pkt 1-4 załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń w sposób niebudzący wątpliwości wynika konieczność zapewniania lekarzy specjalistów lub lekarzy w trakcie specjalizacji, zaś z ust. 1 pkt 14 tego samego załącznika wymóg zapewniania jedynie dostępu do lekarza pediatry. Skoro bowiem w porównaniu z brzmieniem pkt 1-4 ustawodawca wyraźnie złagodził wymóg wskazany w pkt 14, komisja konkursowa uznała, iż brak jest podstaw, by wymagać od oferentów biorących udział w postępowaniach wskazanych w pkt 1 niniejszej uchwały, zapewniania dostępu do lekarza specjalisty z dziedziny pediatrii. Powyższe zdaje się być spójne z założeniem o racjonalności prawodawcy. Założenie racjonalnego prawodawcy zakłada istnienie takiego prawodawcy, który tworzy przepisy w sposób sensowny, racjonalny i celowy, znając cały system prawny i nadając poszczególnym słowom i zwrotom zawsze takie same znaczenie, nie zamieszczając jednocześnie zbędnych sformułowań (por. Z. Ziemiński "Teoria prawa", PWN 1978, s. 106-123).

Zgodnie z treścią § 2 pkt 7 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.; zwane dalej „rozporządzeniem kryterialnym”):

7) lekarz specjalista - lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;

8) lekarz w trakcie specjalizacji - lekarza, który:

a) rozpoczął specjalizację w szczegółowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r. - w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia

5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.), oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,

b) ukończył pierwszy rok specjalizacji - w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,

c) ukończył drugi rok specjalizacji - w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę.

Uwzględniając powyższe, komisja konkursowa prowadząca postępowania wskazane w pkt 1 niniejszej uchwały przyjęła, iż oferent zapewnia dostęp do lekarza pediatry, o którym mowa w przytoczonym powyżej pkt 14 załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń zarówno, gdy jest to lekarz specjalista, jak i wówczas, gdy jest to lekarz w trakcie specjalizacji w rozumieniu § 2 pkt 7 i 8 rozporządzenia kryterialnego.

III. Również w dniu 7 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie oceny zadeklarowanego przez oferentów warunku zapewnienia certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji. Komisja konkursowa przyjęła, iż oferent spełnia kryterium posiadania certyfikatu, w sytuacji, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:

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

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

IV. W dniu 10 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie nieprzyznania punktów w kryterium: ciągłość (realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców) ofercie numer 15-17-000782[05/1]-0009/00 złożonej przez „Rehab Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” sp. k. z siedzibą w Poznaniu (61-579), przy ul. Przemysłowej 15/17, w odniesieniu do miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego pod tym samym adresem.

W cz. II. WYKAZ MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ formularza ofertowego, Oferent wskazał dwa miejsca udzielania świadczeń w Poznaniu, przy:

- a) ul. Przemysłowej 15/17,
- b) ul. Os. Zwycięstwa 108.

Jednocześnie w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego, rozdziale 3.1 CIĄGŁOŚĆ, punkcie 3.1.1 REH_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców, w odniesieniu do każdego z miejsc udzielania świadczeń Oferent udzielił odpowiedzi: W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat. Uwzględniając powyższe wyjaśnienia wymaga, iż Oferent realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym nieprzerwanie od 10 lat jedynie w miejscu udzielania świadczeń zlokalizowanym w Poznaniu przy ul. Os. Zwycięstwa 108, nie zaś przy ul. Przemysłowej 15/17.

Zgodnie z definicją określoną w art. 5 pkt 2a ustawy o świadczeniach ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej to organizacja udzielania tych świadczeń zapewniająca kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczająca ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów. Nadto przywołano stanowisko Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie wyrażone w wyroku z dnia 8 grudnia 2016 r. (sygn.. akt: II GSK 1344/15): *upraszczając, istota ustawowego określenia ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się w oczekiwaniu, ażeby potencjalnie wybrany świadczeniodawca gwarantował rodzaj i zakres podjętych wobec świadczeniobiorców usług zdrowotnych na minimalnym poziomie wynikającym z dotychczas obowiązującej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskazano na treść stanowiska Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 14 czerwca 2017 roku (zwane dalej „Stanowiskiem”): Oferenci przystępujący do postępowań w sprawie zawarcia umów w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacji leczniczej premiowani są dodatkowymi punktami za nieprzerwaną realizację świadczeń na terenie obszaru kontraktowania przez odpowiednio 5 i 10 lat. Oferenci mogą ubiegać się o dodatkowe punkty w przypadku gdy obszar kontraktowania pokrywa się w całości lub w części z obszarem/obszarami kontraktowania, na których oferent nieprzerwanie przez okres*

odpowiednio 5 lub 10 lat realizował świadczenia na podstawie wcześniej zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Każde miejsce realizacji świadczeń należy oceniać odrębnie w kontekście weryfikacji ciągłości udzielania świadczeń. Subsumpcja normy prawnej z poszczególnymi stanami faktycznymi należy do zadań komisji konkursowych.

Uwzględniając powyższe w szczególności fakt, iż zgodnie z przytoczonym powyżej Stanowiskiem, *każde miejsce realizacji świadczeń należy oceniać odrębnie w kontekście weryfikacji ciągłości udzielania świadczeń*, komisja konkursowa prowadząca przedmiotowe postępowanie podjęła decyzję o nieprzyznaniu Oferentowi punktów z tytułu zadeklarowanego w punkcie 3.1.1 warunku w odniesieniu do miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego przy ul. Przemysłowej 15/17.

V. i VI. Nadto w dniu 12 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa podjęła dwie uchwały w przedmiocie oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością. Uwzględniając stanowisko Ministerstwa Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2017 roku (znak: UZ-AK.749.32.2017. EW) przyjęto prawidłowy sposób interpretacji pytania ankietowego:

- 1) 1.2.4 nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty oraz pytania ankietowego poprzez uznanie, iż punkty ujemne mogą być przyznane wyłącznie w przypadku nieprzekazania wymaganych informacji
- 2) 1.2.5 nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym poprzez uznanie, iż przekazanie informacji o pierwszym wolnym terminie ze stanem danych na dzień inny niż ostatni dzień pracy miejsca udzielania świadczeń, nie może zostać uznane za „niezgodne ze stanem faktycznym”.

Komisja konkursowa zdecydowała, iż ponownie dokona analizy raportów o listach oczekujących – tj. ich liczby, oraz miesięcy których dotyczą, z wyłączeniem warunku przekazania raportu do 10 dnia każdego miesiąca – oraz raportów o pierwszym wolnym terminie – tj. ich liczby, dat w których zostały przesłane, oraz tygodni których dotyczą, z wyłączeniem warunku przekazania raportu ze stanem na ostatni dzień pracy wynikający z harmonogramu czasu pracy wynikający z harmonogramu czasu pracy miejsca udzielania świadczeń. W oparciu o wynik analizy, w przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, komisja konkursowa przyjęła, iż będzie korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i

odejmować punkty rankingujące albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące.

Odpowiedzi oferentów udzielone w związku z przekazanymi dnia 3-7 sierpnia 2017 roku wezwaniami do wyjaśnień, wskazujące na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytania ankietowe i ostatecznie, niespełniania warunku dodatkowo ocenianego:

a) w przypadkach określonych w punkcie pierwszym:

- zostaną uwzględnione, gdy świadczeniodawca nie dopełnił obowiązku o którym mowa w pytaniu ankietowym 1.2.4, tj. nie przekazał wymaganej liczby raportów za każdy z rozpatrywanych miesięcy,
- nie zostaną uwzględnione, gdy jedynym uchybieniem oferenta było przekazanie raportów po 10 dniu miesiąca,

b) w przypadkach określonych w punkcie drugim:

- zostaną uwzględnione, gdy świadczeniodawca nie dopełnił obowiązku o którym mowa w pytaniu ankietowym 1.2.5, tj. nie przekazał wymaganej liczby raportów w każdym z rozpatrywanych tygodni,
- nie zostaną uwzględnione, gdy jedynym uchybieniem oferenta było przekazanie raportów ze stanem na inny niż ostatni dzień tygodnia pracy, wynikający z harmonogramu czasu pracy miejsca udzielania świadczeń.

Natomiast odpowiedzi oferentów udzielone w związku z przekazanymi dnia 3-7 sierpnia 2017 roku wezwaniami do wyjaśnień, wskazujące na fakt zgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytania ankietowe i ostatecznie, spełniania warunku dodatkowo ocenianego:

a) w przypadkach określonych w punkcie pierwszym:

- zostaną uwzględnione, gdy jedynym uchybieniem oferenta było przekazanie raportów po 10 dniu miesiąca,
- nie zostaną uwzględnione, gdy świadczeniodawca nie dopełnił obowiązku o którym mowa w pytaniu ankietowym 1.2.4, tj. nie przekazał wymaganej liczby raportów za każdy z rozpatrywanych miesięcy.

b) w przypadkach określonych w punkcie drugim

- zostaną uwzględnione, gdy jedynym uchybieniem oferenta było przekazanie raportów ze stanem na inny niż ostatni dzień tygodnia pracy, wynikający z harmonogramu czasu pracy miejsca udzielania świadczeń,

- nie zostaną uwzględnione, gdy świadczeniodawca nie dopełnił obowiązku o którym mowa w pytaniu ankietowym 1.2.5, tj. nie przekazał wymaganej liczby raportów w każdym z rozpatrywanych tygodni.

V. W dniu 25 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w sprawie przyjęcia wyjaśnień złożonych przez „Rehab Centrum spółka z ograniczoną odpowiedzialnością” sp. k. z siedzibą w Poznaniu (61-579), przy ul. Przemysłowej 15/17 dotyczących wskazanego w ofercie numer 15-17-000782[05/1]-0009/00 miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu, Os. Zwycięstwa 108.

Na podstawie przeprowadzonej weryfikacji Oferenta w dniu 22 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa ustaliła, iż Oferent posiada jedno wejście do miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu na Os. Zwycięstwa 108. Nadto zobowiązano Oferenta do przedłożenia do dnia 24 sierpnia 2017 roku dokumentu potwierdzającego przystosowanie podjazdu dla osób niepełnosprawnych. Ustalenia, o których mowa w zdaniu poprzednim zostały zawarte w protokole weryfikacji Oferenta podpisanym zarówno przez tego ostatniego, jak i przez zespół weryfikujący. W konsekwencji, w dniu 24 sierpnia 2017 roku do komisji konkursowej wpłynęły wyjaśnienia dotyczące zapewnianej platformy przyschodowej do użytku zewnętrznego/wewnętrznego, do których ten ostatni załączył w szczególności postanowienie z dnia 24 listopada 2010 roku (znak: NS1-72(9)-30/10) wydane przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu. W treści wspomnianego postanowienia organ wyraził akceptację dla terminu oraz rozszerzenie zakresu rzeczowego planowanego przedsięwzięcia tj. przebudowy podjazdu dla osób niepełnosprawnych. Nadto Oferent przedłożył: projekt platformy przyschodowej do użytku zewnętrznego, akceptację Zarządu Komunalnych Zasobów Lokalowych (znak: DR-71021-2-154/2007) na wykonanie prac oraz pismo wykonawcy prac z dnia 26 lipca 2017 roku (znak: 09/07/AP).

Zgodnie z treścią art. 207 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.; zwana dalej „Ustawą”), podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie Ustawy, niespełniający wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 Ustawy, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2017 r. W myśl zaś ust. 1 cytowanego artykułu, podmiot wykonujący działalność leczniczą przedstawi organowi prowadzącemu rejestr program dostosowania tego podmiotu do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 Ustawy, w terminie do dnia 31 grudnia 2012 r., zaopiniowany przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Opinia ta jest wydawana w drodze decyzji administracyjnej.

Powyższe należy uzupełnić o treść art. 221 Ustawy, zgodnie, z którym Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2011 roku, z wyjątkiem art. 17 ust. 2 i 3, art. 25, art. 88 ust. 3, art. 106 ust. 2 zdanie trzecie, ust. 3 pkt 13, ust. 4 pkt 11 i ust. 5, art. 148 pkt 6 oraz art. 172 pkt 10, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku.

Konstatując wyjaśnić należy, iż podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie Ustawy tj. 1 lipca 2011 r. winien obrać następującą kolejność działania:

- a) przygotować program dostosowania tego podmiotu do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. Ustawy;
- b) przedstawić program do zaopiniowania właściwemu organowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
- c) po uzyskaniu ww. opinii podmiot wykonujący działalność leczniczą przedstawia program organowi prowadzącemu rejestr – powyższe musiało zostać zrealizowane do dnia 31 grudnia 2012 r.;
- d) podmiot wykonujący działalność leczniczą dostosowuje pomieszczenia i urządzenia do wymagań zgodnie z programem – do dnia 31 grudnia 2017 roku.

W związku z tym, iż Oferent przedłożył komisji konkursowej pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej z dnia 24 listopada 2010 roku obejmującą miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane w Poznaniu, Os. Zwycięstwa 108 komisja konkursowa przyjęła, iż oferent dochował należytej staranności zapewniając przystosowanie podjazdu dla osób niepełnosprawnych.

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

Dnia 4 września 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, Poznania, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego i wrzesińskiego wskazano 8 (słownie: ośmiu) oferentów:

- „REHAB CENTRUM SP.Z O.O.” Sp.k., ul. Przemysłowa 15/17, 61-579 Poznań obejmująca dwa miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane w Poznaniu przy ul. Przemysłowej 15/17 i na os. Zwycięstwa 108;
- Anna Zgolak, ul. Graniczna 1B, 62-200 Gniezno;
- Stowarzyszenie Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjny „BARTEK”, os. Piastowskie 42, 61-152 Poznań;
- Monika Nitka, ul. Niska 9, 62-200 Gniezno;
- Stowarzyszenie na rzecz Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Zawsze Razem, os. Jana III Sobieskiego 15/33, 60-688 Poznań;

- Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Poznaniu, ul. Pogodna 49/4, 60-131 Poznań;
- NZOZ Ośrodek Fizjoterapii Chromiński Tomasz Sp. z o.o., ul. Rynek 18, 62-330 Nekla;
- Stowarzyszenie Na Tak, ul. Płowiecka 15, 60-227 Poznań.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Danuty Mączyńskiej reprezentującej Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych i Zagrożonych Niepełnosprawnością SILOE z siedzibą w Poznaniu (61-576) przy ul. Górna Wilda 99D, z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania o wyborze ofert, które uzyskały większą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (dane z oferty końcowej po negocjacjach, status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)										
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CEN A JEDN OSTK I ROZŁ ICZ. (ZŁ)	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
			ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. „REHAB Centrum Sp. z o.o.” Sp.k.	Ośrodek dzienny Os. Zwycięstwa 108 61-653 Poznań	1,05	7,27	38,00	0,00	6,00	12,00	0,00	63,27	TAK
2. Anna Zgolak	Ośrodek dzienny rehabilitacyjny dla dzieci z zaburzeniami wieku rozkowego ul. Wrzesińska 14 62-200 Gniezno	1,10	5,00	38,50	0,00	6,00	10,00	0,00	59,50	TAK
3. Stowarzyszenie dzienny ośrodek rehabilitacyjny „Bartek”	Sala rehabilitacyjno- redukacyjna 5 Os. Piastowskie 42 61-152 Poznań	1,10	5,00	38,00	0,00	4,00	12,00	0,00	59,00	TAK
4. Monika Nitka	Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozkowego w oddziale dziennym ul. Niska 9 62-200 Gniezno	1,07	6,36	30,50	0,00	6,00	10,00	0,00	52,86	TAK
5. Stowarzyszenie na rzecz dzieci i młodzieży niepełnosprawnej Zawsze Razem	Ośrodek rehabilitacji dziennej os. J. III Sobieskiego 109 60-688 Poznań	1,10	5,00	29,00	0,00	6,00	12,00	0,00	52,00	TAK

6.	„REHAB Centrum Sp. z o.o.” Sp.k.	Ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci ul. Przemysłowa 15/17 61-579 Poznań	0,99	10,00	34,00	0,00	6,00	0,00	0,00	50,00	TAK
7.	Polskie Stowarzyszenie na rzecz osób z niepełnosprawnością intelektualną KOŁO	Ośrodek rehabilitacji dziennej ul. Św. Szczepana 7A, 61-465 Poznań	1,05	7,27	24,00	0,00	6,00	10,00	0,00	47,27	TAK
8.	NZOZ Ośrodek Fizjoterapii-Chromiński Tomasz Sp. z o.o.	Ośrodek rehabilitacji dziennej ul. Kościelna 12B 62-300 Września	1,10	5,00	19,50	0,00	6,00	10,00	0,00	40,50	TAK
9.	Stowarzyszenie Na Tak	Rehabilitacja dla dzieci ul. Chelmońskiego 2/1 60-757 Poznań	1,10	5,00	19,00	0,00	4,00	10,00	0,00	38,00	TAK
10.	Stowarzyszenie na rzecz dzieci niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością SILOE	Ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci ul. Górna Wilda 99 D 61-576 Poznań	0	5,00	10,00	0,00	6,00	10,00	0,00	31,00	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 cz. 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Oferent: Stowarzyszenie na rzecz Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Zawsze Razem, os. Jana III Sobieskiego 15/33, 60-688 Poznań

I. W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykanej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykanej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykanej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował fizjoterapeutę posiadającego udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **9,00 punktów**;
 - zadeklarował fizjoterapeutę – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **6,00 punktów**;
 - zadeklarował logopedę w rehabilitacji posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **4,00 punkty**;
 - zadeklarował specjalistę psychologii klinicznej równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował terapeutę zajęciowego lub magistra pedagogiki specjalnej lub oligofrenopedagoga – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem **1 punktu**;
 - zadeklarował braki w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem **1,50 punktu**;

- 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- zadeklarował przedstawianie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem **0,50 punktu**;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.

- 3) kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna/pomieszczenia – określona lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 2:
- nie zadeklarował posiadania wanny do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do biostymulacji laserowej – w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej 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 lub 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, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 5) Pozostałe warunki – określone lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 3:
- nie zadeklarował, iż w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

II. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów.
- 2) kategoria 1. Dostępność – harmonogram pracy w lp. II tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał **6,00 punktów**.

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

- zadeklarował, iż 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, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- zadeklarował ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał **6,00 punktów**.

IV. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny oferent Stowarzyszenie na rzecz Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Zawsze Razem zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Stowarzyszenie Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjny „BARTEK”, os. Piastowskie 42, 61-152 Poznań

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - pierwotnie zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykanej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykanej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykanej – równoważnik co najmniej 1 etatu, co nie znalazło potwierdzenia w cz. VI SZCZEGÓŁY OFERTY oraz cz. IV WYKAZ PERSONELU formularza ofertowego oraz nie było spójne z informacjami zawartymi w Centralnym Rejestrze Lekarzy RP prowadzonym przez Naczelną Izbę Lekarską. Złożone wyjaśnienia, nie potwierdziły, iż lekarz Aurelia Sadowska-Marciniak spełnia warunek określony w § 2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, tj. posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, co skutkowało skorygowaniem odpowiedzi ankietowej oferenta przez komisję konkursową i nieprzyznaniem punktów za warunek dodatkowo oceniany;
 - zadeklarował fizjoterapeutę posiadającego udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **9,00 punktów**;
 - zadeklarował fizjoterapeutę – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **6,00 punktów**;
 - zadeklarował logopedę w rehabilitacji posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **6,00 punktów**;
 - zadeklarował specjalistę psychologii klinicznej równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - pierwotnie zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, co nie znalazło potwierdzenia w cz. VI SZCZEGÓŁY OFERTY oraz cz. IV WYKAZ PERSONELU formularza ofertowego. W wyjaśnieniach oferent wskazał na omyłkowe udzielenie błędnej odpowiedzi na pytanie ankietowe oraz przyznał, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego, bowiem osoba którą miał na myśli posiada specjalizację I stopnia nie drugiego, co skutkowało skorygowaniem odpowiedzi ankietowej oferenta przez komisję konkursową i nieprzyznaniem punktów za warunek dodatkowo oceniany;
 - zadeklarował terapeutę zajęciowego lub magistra pedagogiki specjalnej lub oligofrenopedagoga – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;

- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.
- 3) kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna/pomieszczenia – określona lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 2:
- zadeklarował posiadanie wanny do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **4 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania zestawu do biostymulacji laserowej – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1 punkt**;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie 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 lub 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, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 5) Pozostałe warunki – określone lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 3:

- nie zadeklarował, iż w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

II. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów.
- 2) kategoria 1. Dostępność – harmonogram pracy w lp. II tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - pierwotnie zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, co nie znalazło potwierdzenia w cz. VI SZCZEGÓŁY OFERTY formularza ofertowego. Z przedstawionego harmonogramu personelu profilu medycznego/zakresu wynikało, iż ośrodek spełniał dodatkowo oceniany warunek w kryterium dostępność czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 7 godzin i 35 minut dziennie bez przerwy, co skutkowało skorygowaniem odpowiedzi ankietowej oferenta przez komisję konkursową, za co oferent otrzymał **4 punkty**.

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

- zadeklarował, iż 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, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- zadeklarował ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał **6,00 punktów**.

IV. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny oferent Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjny „BARTEK” zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Poznaniu, ul. Pogodna 49/4, 60-131 Poznań

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - 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 – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował fizjoterapeutę posiadającego udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **9,00 punktów**;
 - nie zadeklarował fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował logopedę w rehabilitacji posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **6,00 punktów**;
 - w punkcie specjalista psychologii klinicznej udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował terapeutę zajęciowego lub magistra pedagogiki specjalnej lub oligofrenopedagoga – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;

- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - pierwotnie nie zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie było spójne z informacjami posiadanymi przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Po wyjaśnieniach oferenta oraz zgodnie z przyjętą wcześniej uchwałą komisja konkursowa skorygowała odpowiedź ankietową oferenta, co skutkowało odjęciem **1,00 punktu**;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, jednak po analizie raportów o pierwszym wolnym terminie zgodnie z podjętą uchwałą oraz po złożeniu przez oferenta wyjaśnień komisja konkursowa skorygowała odpowiedź ankietową oferenta, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych za warunek dodatkowo oceniany;
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.
- 3) kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna/pomieszczenia – określona lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 2:
- nie zadeklarował posiadania wanny do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do biostymulacji laserowej – w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej 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 lub 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, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

5) Pozostałe warunki – określone lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 3:

- nie zadeklarował, iż w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

II. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów.
- 3) kategoria 1. Dostępność – harmonogram pracy w lp. II tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał **6,00 punktów**.

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

- zadeklarował, iż 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, za co otrzymał **4,00 punkty**;
- zadeklarował ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał **6,00 punktów**.

IV. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny oferent Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Poznaniu, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł. za co otrzymał **7,27 punktu** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: NZOZ Ośrodek Fizjoterapii Chromiński Tomasz Sp. z o.o., ul. Rynek 18, 62-330 Nekla

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - 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 – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował fizjoterapeutę posiadającego udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **9,00 punktów**;
 - pierwotnie zadeklarował fizjoterapeutę – równoważnik co najmniej 1 etatu, co nie znalazło potwierdzenia w cz. VI SZCZEGÓŁY OFERTY oraz cz. IV WYKAZ PERSONELU formularza ofertowego. Biorąc pod uwagę treść § 5 ust 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, tj. oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełnić dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w swoich wyjaśnieniach oferent nie potwierdził, iż fizjoterapeuta będzie zatrudniony w czasie pracy stanowiącym równoważnik 1 etatu ponad personel określony w warunkach wymaganych, co skutkowało skorygowaniem odpowiedzi ankietowej oferenta przez komisję konkursową i nieprzyznaniem punktów za warunek dodatkowo oceniany;

- w punkcie logopeda w rehabilitacji posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie specjalista psychologii klinicznej udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - pierwotnie zadeklarował terapeutę zajęciowego lub magistra pedagogiki specjalnej lub oligofrenopedagoga – równoważnik co najmniej ¼ etatu, co nie znalazło potwierdzenia w cz. VI SZCZEGÓŁY OFERTY oraz cz. IV WYKAZ PERSONELU formularza ofertowego. Biorąc pod uwagę treść § 5 ust 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, tj. oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełnić dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w swoich wyjaśnieniach oferent wskazał na przyjęcie błędnej interpretacji i omyłkowe udzielenie twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe, co skutkowało skorygowaniem odpowiedzi ankietowej oferenta przez komisję konkursową i nieprzyznaniem punktów za warunek dodatkowo oceniany;
- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - pierwotnie nie zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co nie było spójne z informacjami posiadanymi przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Po wyjaśnieniach oferenta oraz zgodnie z przyjętą wcześniej uchwałą komisja konkursowa skorygowała odpowiedź ankietową oferenta, co skutkowało odjęciem **1,00 punktu**;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

- 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - pierwotnie nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, co nie było spójne z informacjami posiadanymi przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Po wyjaśnieniach oferenta oraz zgodnie z przyjętą wcześniej uchwałą komisja konkursowa skorygowała odpowiedź ankietową oferenta, co skutkowało odjęciem **0,50 punktu**;
 - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.
- 3) kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna/pomieszczenia – określona lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 2:

- zadeklarował posiadanie wanny do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **4 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do biostymulacji laserowej – w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej 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 lub 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, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 5) Pozostałe warunki – określone lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 3:
- nie zadeklarował, iż w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

II. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów.

2) kategoria 1. Dostępność – harmonogram pracy w lp. II tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:

- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał **6,00 punktów**.

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

- zadeklarował, iż 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, za co otrzymał **4,00 punkty**;
- zadeklarował ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał **6,00 punktów**.

IV. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny oferent NZOZ Ośrodek Fizjoterapii Chromiński Tomasz Sp. z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 złotych za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Monika Nitka, ul. Niska 9, 62-200 Gniezno

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - 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 – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował fizjoterapeutę posiadającego udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **9,00 punktów**;
 - zadeklarował fizjoterapeutę – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **6,00 punktów**;
 - zadeklarował logopedę w rehabilitacji posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **4 punkty**;
 - w punkcie specjalista psychologii klinicznej udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował terapeutę zajęciowego lub magistra pedagogiki specjalnej lub oligofrenopedagoga – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem **1,00 punktu**;
 - zadeklarował braki w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem **1,50 punktu**;
 - 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, jednak po analizie

raportów o pierwszym wolnym terminie zgodnie z podjętą uchwałą oraz po złożeniu przez oferenta wyjaśnień komisja konkursowa skorygowała odpowiedź ankietową oferenta, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych za warunek dodatkowo oceniany;

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.
- 3) kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna/pomieszczenia – określona lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 2:
- zadeklarował posiadanie wanny do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **4 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do biostymulacji laserowej – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;

- zadeklarował posiadanie sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej 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 lub 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, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 5) Pozostałe warunki – określone lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 3:
- nie zadeklarował, iż w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

II. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów.
- 2) kategoria 1. Dostępność – harmonogram pracy w lp. II tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał **6,00 punktów**.

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

- zadeklarował, iż 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, za co otrzymał **4,00 punkty**;
- zadeklarował ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał **6,00 punktów**.

IV. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny oferent Monika Nitka zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,07 złotych za co otrzymała **6,36 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych i Zagrożonych Niepełnosprawnością SILOE, ul. Górna Wilda 99D, 61-576 Poznań

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - 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 – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;

- pierwotnie zadeklarował fizjoterapeutę posiadającego udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu, co nie znalazło potwierdzenia w cz. VI SZCZEGÓŁY OFERTY formularza ofertowego. Biorąc pod uwagę treść § 5 ust 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, tj. oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełnić dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. W wymaganiach dotyczących personelu określonych w pkt 5 i pkt. 6 załącznika nr 1 Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wskazane zostało, iż magister fizjoterapii udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego) oraz osoba prowadząca fizjoterapię, posiadająca udokumentowane odpowiednie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), co łącznie daje równoważnik dwóch etatów, tj. 75 godzin i 50 minut tygodniowo (1 etat=37h55 tygodniowo) pracy lekarzy wskazanych dziedzin medycyny. Aby zatem spełnić warunek dodatkowo oceniany należałoby wykazać pracę fizjoterapeuty określonego w punkcie 1.1.2 Ankiety na kolejne 37 godzin i 55 minut tygodniowo, co łącznie daje 113 godzin i 45 minut tygodniowo (75h50+37h55=113,45h) pracy fizjoterapeutów spełniających wymagane przepisami kryteria, natomiast harmonogram czasu pracy przedstawiony w ofercie potwierdza łącznie 112 godzin tygodniowo. W swoich wyjaśnieniach oferent nie potwierdził, iż osoba posiadająca udokumentowane co najmniej 3 letnie doświadczenie fizjoterapeuty wskazana dodatkowo ponad personel określony w pkt 5 i pkt. 6 załącznika nr 1 Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, będzie zatrudniona w czasie pracy stanowiącym równoważnik 1 etatu, co skutkowało skorygowaniem odpowiedzi ankietowej oferenta przez komisję konkursową i nieprzyznaniem punktów za warunek dodatkowo oceniany;
- pierwotnie zadeklarował fizjoterapeutę – równoważnik co najmniej 1 etatu, co nie znalazło potwierdzenia w cz. VI SZCZEGÓŁY OFERTY formularza ofertowego. Biorąc pod uwagę treść § 5 ust 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, tj. oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku

podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełnić dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. W wymaganiach dotyczących personelu określonych w pkt 5 i pkt. 6 załącznika nr 1 Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wskazane zostało, iż magister fizjoterapii udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego) oraz osoba prowadząca fizjoterapię, posiadająca udokumentowane odpowiednie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej udziela świadczeń w wymiarze co najmniej 1 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego), co łącznie daje równoważnik dwóch etatów, tj. 76 godzin tygodniowo (1 etat=37h55 tygodniowo) pracy lekarzy wskazanych dziedzin medycyny. Aby zatem spełnić warunek dodatkowo oceniany należałoby wykazać pracę fizjoterapeuty określonego w punkcie 1.1.3 Ankiety na kolejne 37 godzin 55 minut tygodniowo, co łącznie daje 113 godzin 45 minut tygodniowo (75h50+37h55=113,45h) pracy fizjoterapeutów spełniających wymagane przepisami kryteria, natomiast harmonogram czasu pracy przedstawiony w ofercie potwierdza łącznie 112 godzin tygodniowo. W swoich wyjaśnieniach oferent nie potwierdził, iż osoba posiadająca udokumentowane co najmniej 3 letnie doświadczenie fizjoterapeuty wskazana dodatkowo ponad personel określony w pkt 5 i pkt. 6 załącznika nr 1 Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, będzie zatrudniona w czasie pracy stanowiącym równoważnik 1 etatu, co skutkowało skorygowaniem odpowiedzi ankietowej oferenta przez komisję konkursową i nieprzyznaniem punktów za warunek dodatkowo oceniany;

- w punkcie logopeda w rehabilitacji posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie specjalista psychologii klinicznej udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował terapeutę zajęciowego lub magistra pedagogiki specjalnej lub oligofrenopedagoga – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;

- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, jednak po analizie raportów o pierwszym wolnym terminie zgodnie z podjętą uchwałą oraz po złożeniu przez oferenta wyjaśnień komisja konkursowa skorygowała odpowiedź ankietową oferenta, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych za warunek dodatkowo oceniany;
 - pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, jednak po analizie raportów o pierwszym wolnym terminie zgodnie z podjętą uchwałą oraz po złożeniu przez oferenta wyjaśnień komisja konkursowa skorygowała odpowiedź ankietową oferenta, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych za warunek dodatkowo oceniany;
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

- nie zadeklarował przedstawianie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.
- 3) kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna/pomieszczenia – określona lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 2:
- nie zadeklarował posiadania wanny do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do biostymulacji laserowej – w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej 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 lub 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, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

- 5) Pozostałe warunki – określone lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 3:
 - nie zadeklarował, iż w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

II. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów.
- 2) kategoria 1. Dostępność – harmonogram pracy w lp. II tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał **6,00 punktów**.

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

- zadeklarował, iż 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, za co otrzymał **4,00 punkty**;
- zadeklarował ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał **6,00 punktów**.

IV. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra

Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych i Zagrożonych Niepełnosprawnością SILOE, ul. Górna Wilda 99D, 61-576 Poznań, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 złotych za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Anna Zgolak, ul. Graniczna 1B, 62-200 Gniezno

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - 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 – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował fizjoterapeutę posiadającego udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **9,00 punktów**;
 - zadeklarował fizjoterapeutę – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **6 punktów**;
 - zadeklarował logopedę w rehabilitacji posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **6,00 punktów**;
 - w punkcie specjalista psychologii klinicznej udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **5 punktów**;
 - zadeklarował terapeutę zajęciowego lub magistra pedagogiki specjalnej lub oligofrenopedagoga – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- zadeklarował udzielanie 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 w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, jednak po analizie raportów o pierwszym wolnym terminie zgodnie z podjętą uchwałą oraz po złożeniu przez oferenta wyjaśnień komisja konkursowa skorygowała odpowiedź ankietową oferenta, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych za warunek dodatkowo oceniany;
- pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, jednak po analizie raportów o pierwszym wolnym terminie zgodnie z podjętą uchwałą oraz po złożeniu przez oferenta wyjaśnień komisja konkursowa skorygowała odpowiedź ankietową oferenta, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych za warunek dodatkowo oceniany;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- zadeklarował przedstawianie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie

udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem **0,5 punktu**;

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

3) kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna/pomieszczenia – określona lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 2:

- zadeklarował posiadanie wanny do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **4 punkty**;
- zadeklarował posiadanie zestawu do biostymulacji laserowej – w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty**;
- zadeklarował posiadanie sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.

4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej 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 lub 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, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

5) Pozostałe warunki – określone lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 3:

- nie zadeklarował, iż w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

II. W zakresie kryterium dostępność:

1) warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

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

2) kategoria 1. Dostępność – harmonogram pracy w lp. II tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:

- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał **6,00 punktów**.

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

- zadeklarował, iż 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, za co otrzymał **4,00 punkty**;
- zadeklarował ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał **6,00 punktów**.

IV. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny oferent Anna Zgolak zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 złotych za co otrzymała **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Stowarzyszenie Na Tak, ul. Płowiecka 15, 60-227 Poznań

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - 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 – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował fizjoterapeuty posiadającego udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował logopedę w rehabilitacji posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **4 punkty**;
 - w punkcie specjalista psychologii klinicznej udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **5 punktów**;
 - zadeklarował terapeutę zajęciowego lub magistra pedagogiki specjalnej lub oligofrenopedagoga – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.
- 3) kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna/pomieszczenia – określona lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 2:
 - nie zadeklarował posiadania wanny do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do biostymulacji laserowej – w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej 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 lub 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, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 5) Pozostałe warunki – określone lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 3:
 - nie zadeklarował, iż w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

II. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów.
- 2) kategoria 1. Dostępność – harmonogram pracy w lp. II tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:
 - zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 7 godzin i 35 minut dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał **4,00 punkty**.

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

- zadeklarował, iż 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, za co otrzymał **4,00 punkty**;
- zadeklarował ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał **6,00 punktów**.

IV. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny oferent Stowarzyszenie Na Tak zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 złotych za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: „REHAB CENTRUM SP.Z O.O.” Sp.k., ul. Przemysłowa 15/17, 61-579 Poznań dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu na os. Zwycięstwa 108

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:

- 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 – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował fizjoterapeutę posiadającego udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **9,00 punktów**;
- zadeklarował fizjoterapeutę – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- zadeklarował logopedę w rehabilitacji posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **4 punkty**;
- w punkcie specjalista psychologii klinicznej udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **5 punktów**;
- zadeklarował terapeutę zajęciowego lub magistra pedagogiki specjalnej lub oligofrenopedagoga – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;

2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

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

- 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.
- 3) kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna/pomieszczenia – określona lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 2:

- zadeklarował posiadanie wanny do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **4 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do biostymulacji laserowej – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej 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 lub 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, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 5) Pozostałe warunki – określone lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 3:
- nie zadeklarował, iż w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

II. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów.

2) kategoria 1. Dostępność – harmonogram pracy w lp. II tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:

- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał **6,00 punktów**.

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

- zadeklarował, iż 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, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- zadeklarował ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał **6,00 punktów**.

IV. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny oferent „REHAB CENTRUM SP.Z O.O.” Sp.k. dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu na os. Zwycięstwa 108 zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 złotych za co otrzymał **7,27 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: „REHAB CENTRUM SP.Z O.O.” Sp.k., ul. Przemysłowa 15/17, 61-579 Poznań dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu przy ul. Przemysłowej 15/17

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:

- 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 – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował fizjoterapeutę posiadającego udokumentowane co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **9,00 punktów**;
 - zadeklarował fizjoterapeutę – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał **6,00 punktów**;
 - zadeklarował logopedę w rehabilitacji posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **4 punkty**;
 - w punkcie specjalista psychologii klinicznej udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **5 punktów**;
 - zadeklarował terapeutę zajęciowego lub magistra pedagogiki specjalnej lub oligofrenopedagoga – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

- 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.
- 3) kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna/pomieszczenia – określona lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 2:
- nie zadeklarował posiadania wanny do masażu podwodnego lub wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował posiadanie zestawu do biostymulacji laserowej – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali do kinezyterapii stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **5,00 punktów**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów.
- 4) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej 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 lub 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, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 5) Pozostałe warunki – określone lp. I tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 3:
- nie zadeklarował, iż w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

II. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów.
- 2) kategoria 1. Dostępność – harmonogram pracy w lp. II tabeli nr 1 zakres 5 „Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym” pkt 1:

- zadeklarował czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00, za co otrzymał **6,00 punktów**.

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

- pierwotnie zadeklarował, iż 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, Po wyjaśnieniach oferenta oraz zgodnie z przyjętą wcześniej uchwałą komisja konkursowa skorygowała odpowiedź ankietową oferenta na „żadna z powyższych”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów za warunek dodatkowo oceniany;
- w punkcie ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18 roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o dwa miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów .

IV. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny oferent „REHAB CENTRUM SP.Z O.O.” Sp.k. dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Poznaniu przy ul. Przemysłowej 15/17 zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,99 zł za co otrzymał **10,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania numer 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, m. Poznania, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego i wrzesińskiego wyjaśnić należy co następuje.

W złożonym odwołaniu, Odwołująca podkreśliła, iż nie została zaproszona na negocjacje oraz nie została poinformowana czy komisja konkursowa odjęła punkty na skutek złożonych wyjaśnień w dniach 11 i 14 sierpnia 2017 roku. Zgodnie z treścią art. 142 ust. 7 Ustawy, zgodnie z którym, 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 dotyczących ustalenia ostatecznej ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń ze wszystkimi oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnego postępowania konkursowego. Podstawową przesłanką dla komisji winno być ustalenie, czy prowadzenie negocjacji z konkretnym oferentem może prowadzić do zmiany jego pozycji w rankingu. Powyższe pozwala przyjąć, iż przeprowadzenie negocjacji z oferentami jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem organu (vide wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2014 roku; sygn. II GSK 2042/12). Odnosząc powyższe do analizowanego stanu faktycznego wyjaśnić należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 nie zaprosiła Odwołującej na negocjacje bowiem po dokonaniu oceny punktowej udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe i nawet przyznaniu ofercie Odwołującej maksymalnej liczby punktów w kryterium ceny (tj. 10,00 punktów) jej 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. W zakresie kryterium ceny Odwołująca zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,10 zł za co otrzymała 5 punktów. Na podstawie odpowiedzi zawartych w formularzu ofertowym oferta uzyskała łącznie 31,00 punktów i zajęła ostatnie miejsce w rankingu końcowym. Nawet, gdyby Odwołująca została zaproszona do negocjacji i zaproponowałaby niższą cenę, to mogłaby uzyskać maksymalnie 10 punktów za to kryterium, co nadal skutkowałoby zajęciem ostatniego miejsca w końcowym rankingu ofert i okazałoby się niewystarczające do zawarcia z nią umowy. Otrzymałaby ona bowiem łącznie 36,00 punktów (31,00+dodatkowe 5,00 za max. obniżenie ceny = 36,00). Oferta, która zajęła najniższą pozycję w rankingu końcowym i jednocześnie została wybrana do zawarcia umowy otrzymała 38,00 punktów, a oferta Odwołującej mogłaby uzyskać maksymalnie 36,00 punktów. Powyższe oznacza, że oferta Odwołującej i tak nie zostałaby wybrana, a decyzja komisji konkursowej o braku zaproszenia do negocjacji nie naruszała jej interesu prawnego. Dodatkowo, w odniesieniu do braku informacji zwrotnej czy uwzględniono wyjaśnienia Odwołującej z dnia 11 i 14 sierpnia 2017 roku wskazać należy, iż zgodnie z przyjętym trybem postępowania w uchwale z dnia 7 sierpnia 2017 roku komisja konkursowa w przypadku, gdy złożona przez oferenta oferta, w tym szczególności formularz ofertowy, zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest wtedy, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach formularza ofertowego lub w innej części oferty - wzywa oferenta, do złożenia

stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego). Także w przypadku stwierdzenia rozbieżności w ofercie Odwołującej komisja konkursowa pismem z dnia 10 sierpnia 2017 roku wezwała do złożenia stosownych wyjaśnień powołując podstawę prawną będącą przyczyną wątpliwości. W odpowiedzi z dnia 14 sierpnia 2017 roku złożyła wyjaśnienia, które:

- nie potwierdzały zapewnienia dodatkowo fizjoterapeuty posiadającego udokumentowane, co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej – równoważnik co najmniej jednego etatu, ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- nie potwierdzały zapewnienia dodatkowo fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej jednego etatu, ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- potwierdzały zapewnienie dodatkowo magistra pedagogiki specjalnej – równoważnik co najmniej ¼ etatu, ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

W świetle podjętej uchwały, w przypadku stwierdzenia rozbieżności w treści samej oferty, zadaniem komisji konkursowej było ustalenie po uzyskaniu wyjaśnień oferenta, czy spełnia warunek dodatkowo oceniany, a w przypadku stwierdzenia, iż oferent omyłkowo udzielił twierdzącej odpowiedzi na pytanie ankietowe odjęcie punktów, zamiast odrzucenia oferty zawierającej nieprawdziwe informacje na podstawie art. 149 ust 1 pkt 2 Ustawy. Wyjaśnienia Odwołującej w przypadku nie potwierdzenia warunku dodatkowo ocenianego skutkowały nieprzyznaniem dodatkowych punktów, natomiast w ostatnim przypadku potwierdzenia spełnienia dodatkowego warunku przyznaniem punktów, o czym to komisja konkursowa zgodnie z przyjętą uchwałą nie informowała dodatkowo. Wszystkie podjęte przez komisję konkursową uchwały stosowane były jednakowo wobec wszystkich oferentów w odniesieniu do sytuacji, które spełniały zasady w nich opisane. Konstatując nie można komisji konkursowej prowadzącej postępowanie konkursowe nr 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 przypisać zarzutu nierównego traktowania oferentów biorących udział w rozpatrywanym postępowaniu, a tym samym naruszenia art. 134 Ustawy.

W odniesieniu do argumentu Odwołującej, iż dokonano wyboru faktycznie ośmiu oferentów do zawarcia umowy (bowiem jeden oferent złożył ofertę dla dwóch lokalizacji i w praktyce zostanie zawarta z nim jedna umowa), pomimo że w ogłoszeniu o konkursie wskazano maksymalną liczbę dziewięciu planowanych do zawarcia umów wyjaśnić należy, iż w ogłoszeniu konkursu wskazano, że zostanie zawarte maksymalnie 9 umów, przy czym zastrzeżono, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 861 826,90

PLN, a zatem może być zawarta mniejsza ilość umów i świadczenia mogą zostać zakupione za mniejszą kwotę. Oferenci, którzy złożyli korzystniejsze od Odwołującej oferty wykorzystali całość kwoty z ogłoszenia. Jednostki rozliczeniowe zostały jednak zakupione za kwotę niższą niż oczekiwana przez Fundusz, stąd niewyczerpanie całej kwoty wskazanej w ogłoszeniu. Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, musi więc przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2016 roku, poz. 1870 z późn. zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Zatem, podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się na zasadach konkurencyjności. Uzyskanie przez Odwołującą mniejszej ilości punktów w rankingu końcowym uwzględniającym łącznie kryteria jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyczerpanie wartości zamówienia przez oferentów, który uzyskali większą ilość punktów w rankingu końcowym stanowiło jedyny powód niewybrania jej oferty. Co istotne również, komisja konkursowa nie mogłaby dokonać wyboru oferty złożonej przez Odwołującą i zaproponować mu pozostałej kwoty, tj. 1,52 PLN (861 826,90 PLN – 861 825,38 PLN).

Za chybiony uznać należy także zarzut niezwrócenia przez komisję uwagi na argument dotyczący jakości, kompleksowości opieki nad pacjentem i jego rodziną, innowacyjne metody udzielania świadczeń w Stowarzyszeniu Na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych i Zagrożonych Niepełnosprawnością SILOE, a także na dynamiczny rozwój samej placówki, wysoki standard pomieszczeń oraz zaangażowanie i kwalifikacje personelu, duże zaufanie wśród rodziców, dzieci oraz lekarzy. Komisja bowiem w trakcie oceny ofert może brać pod uwagę jedynie kryteria określone w przywołanych powyżej aktach prawnych. Taki sposób postępowania eliminuje element subiektywny działania komisji, jakim byłoby stosowanie do niektórych oferentów dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Przestrzeganie zasady równego traktowania wszystkich oferentów nie pozwala na stosowanie w toku prowadzonego postępowania konkursowego innych kryteriów aniżeli określone w tabelach nr 1 i 2 załącznika nr 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga ponownie, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr: 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021. 02/01 podlegała identycznym kryteriom oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków. Biorąc powyższe pod uwagę oraz wskazanie w ogłoszeniu o postępowaniu nr: 15-17-000782/REH/05/1/05.2300. 021.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym Fundusz po przeprowadzeniu w/w postępowania zawrze

umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, brak było podstaw dla wybrania oferty Odwołującej, gdyż uzyskała ona niższą punktację, niż oferty które w całości wyczerpały wartość zamówienia.

Przytoczone wyżej okoliczności powodują także, iż na uwzględnienie nie zasługuje zarzut niezwrócenia przez Komisję uwagi na obniżenie dostępności do świadczeń rokrocznie wykazując spore nadwykonania usług medycznych, co jednoznacznie obrazuje duże zapotrzebowanie na taką formę rehabilitacji i terapii. Zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. Dla obszaru powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, m. Poznania, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego i wrzesińskiego zostali wybrani oferenci świadczący usługi na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, m. Poznania, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego i wrzesińskiego, który zabezpieczają ilość świadczeń określoną zgodnie z planem finansowym.

Odnosząc się do wniosku Odwołującej o przeprowadzenie postępowania w trybie rokowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyjaśnić należy, iż norma z art. 154 ust. 7 Ustawy zobowiązuje dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia rokowań jedynie w sytuacji uwzględnienia odwołania. W opisywanym zaś przypadku odwołania złożonego przez Odwołującego Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddalił jego odwołanie niniejszą decyzją.

W postępowaniu odwoławczym, którego podstawą jest art. 154 Ustawy, przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie z urzędu naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie. W toku prowadzonego postępowania Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrzył się naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000782/REH/05/1/05.2300.021.02/01 o zawarcie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze powiatów: gnieźnieńskiego, grodzkiego, międzychodzkiego, nowotomyskiego, obornickiego, m. Poznania, poznańskiego, szamotulskiego, średzkiego, śremskiego i wrzesińskiego. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-17-000313/STM/07/1/07.0000.221.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Hanna Philips

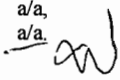
POUCZENIE

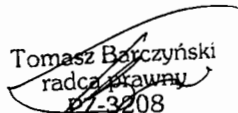
Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin

do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 5 egz.:

1. Odwołujący,
2. REHAB CENTRUM SP.Z O.O." Sp.k., ul. Przemysłowa 15/17, 61-579 Poznań
3. Anna Zgolak, ul. Graniczna 1B, 62-200 Gniezno;
4. Stowarzyszenie Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjny „BARTEK”, os. Piastowskie 42, 61-152 Poznań;
5. Monika Nitka, ul. Niska 9, 62-200 Gniezno;
6. Stowarzyszenie na rzecz Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej Zawsze Razem, os. Jana III Sobieskiego 15/33, 60-688 Poznań;
7. Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Poznaniu, ul. Pogodna 49/4, 60-131 Poznań;
8. NZOZ Ośrodek Fizjoterapii Chromiński Tomasz Sp. z o.o., ul. Rynek 18, 62-330 Nekla;
9. Stowarzyszenie Na Tak, ul. Płowiecka 15, 60-227 Poznań.
10. a/a,
11. a/a 


Tomasz Barczyński
radca prawny
p7-3208