

27. 09. 2017

Poznań, dnia

WO.422.85.2017

DECYZJA NR 76/2017/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 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 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 rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, wniesionego przez „ZIOŁOPEX” sp. z o.o. prowadzącą zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Specjalistyczne Centrum Rehabilitacji z siedzibą w Opatówku (62-860) przy ul. Zdrojowej 5, 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 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 12 lipca 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 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 ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

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 304 640,00 zł 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 3 (słownie: trzy).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 31 lipca 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 Zdrowia wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W dniu 11 września 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez „ZIOŁOPEX” sp. z o.o. prowadzącą zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Specjalistyczne Centrum Rehabilitacji z siedzibą w Opatówku (62-860) przy ul. Zdrojowej 5, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w

zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, Odwołujący w swoim odwołaniu podnosi, iż w jego ocenie spełnia on wszystkie wymogi formalne i jakościowe niezbędne do realizacji świadczeń, o czym ma świadczyć fakt dopuszczenia go do negocjacji w postępowaniu konkursowym. Na poparcie powyższego zauważa, iż jako jedna z niewielu placówek w okolicy posiada kriokomorę, a ponadto cieszy się wśród pacjentów wysoką renomą z uwagi na wykwalifikowany personel oraz znakomity sprzęt. Nadto Odwołujący wskazuje, iż niewybranie jego oferty spowoduje, że pacjenci z okolicy gminy Opatówek dotknięci niepełnosprawnością i ograniczeniami ruchowymi zmuszeni będą dojeżdżać do placówek oddalonych od ich miejsca zamieszkania. Odwołujący podkreśla również, że niekorzystne dla niego rozstrzygnięcie postępowania konkursowego bezsprzecznie prowadzi do ograniczenia dostępności terapii kriokomorą dla pacjentów wymagających takiego leczenia. Mając na uwadze przytoczoną powyżej argumentację Odwołujący wnosi o zmianę rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku poprzez zwiększenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach postępowania nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 i zawarcie z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, co dałoby Odwołującemu możliwość kontynuacji leczenia pacjentów. Ewentualnie, na wypadek gdyby Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Zdrowia podtrzymał w swojej decyzji rozstrzygnięcie komisji konkursowej, Odwołujący zwraca się z wnioskiem o przyznanie mu dodatkowych środków finansowych pozwalających na dalsze świadczenie usług medycznych na rzecz najbardziej potrzebujących pacjentów. Jednocześnie Odwołujący zwraca uwagę, iż nieprzyznanie dodatkowych środków finansowych spowoduje, że prowadzona przez niego placówka medyczna zniknie z rynku, mimo znakomitej opinii, jaką cieszy się wśród pacjentów.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez „ZIOŁOPEX” sp. z o.o., pismami z dnia 13 września 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 27 września 2017 roku.

Kolejno, w dniu 22 września 2017 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Odwołującego, w którym podnosi on, iż w rejonie Opatówka, tj. w miejscu, gdzie Odwołujący prowadzi zakład leczniczy pod nazwą NZOZ Specjalistyczne Centrum Rehabilitacji jest, to jedyna placówka realizująca świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji. Ponadto wskazuje, że miejsce udzielania świadczeń znajduje się w granicach miasta Opatówek, co

umożliwia łatwiejsze skorzystanie ze świadczeń osobom starszym i niepełnosprawnym. Nieuwzględnienie złożonego odwołania i tym samym brak zmiany rozstrzygnięcia komisji konkursowej, zdaniem Odwołującego spowoduje zamknięcie placówki. Jak konkluduje Odwołujący, oznaczać to będzie konieczność poszukiwania przez obecnych pacjentów pomocy w ośrodkach oddalonych od ich miejsca zamieszkania o 10-20 kilometrów. Utrudniona dostępność do świadczeń dla osób starszych w opinii Odwołującego może przyczynić się do zaprzestania korzystania przez nich z rehabilitacji i w konsekwencji do pogłębienia się ich schorzeń. Na poparcie powyższego Odwołujący załączył pisma popierające postulat zawarcia z Odwołującym w ramach postępowania nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku podpisane przez Burmistrza gminy Opatówek, Starostę Kaliskiego oraz analogiczną co do treści, petycję pacjentów.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 4 września 2017 roku postępowania numer 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 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 rodzaju w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego w odwołaniu, jak i w piśmie złożonym w trakcie prowadzonego postępowania administracyjnego. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 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 ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym oferty złożyli : 1. Odwołujący „ZIOŁOPEX” sp. z o.o., 2. Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu, Jedlec 1, 63-322 Gołuchów, 3. Okulus sp. z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz, 4. Izabela Krystalska, Maciej Krystalski, Alicja Krystalska, ul. Hanki Sawickiej 1A, 62-800 Kalisz, 5. GO-MAX Group sp. z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz.

Postępowanie nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1980 ze zm.),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1146),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.),
- zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką,
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienione zarządzeniem nr 19/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

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

W tym miejscu wskazać należy, iż Komisja Konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w trakcie prowadzenia części jawnej postępowania odrzuciła ofertę złożoną przez GO-MAX Group sp. z o.o. ul. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz. W dniu 30 sierpnia 2017 roku został złożony protest przez GO-MAX sp. z o.o., który następnie decyzją Komisji Konkursowej został w tym samym dniu odrzucony. Do części niejawnego postępowania zakwalifikowano oferty pozostałych 4 oferentów, jako spełniające wymagane warunki, tj. : 1. Odwołującego „ZIOŁOPEX” sp. z o.o., 2. Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu, Jedlec 1, 63-322 Gołuchów, 3. Okulus sp. z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz, 4. Izabeli Krystalskiej, Macieja Krystalskiego, Alicji Krystalskiej, ul. Hanki Sawickiej 1A, 62-800 Kalisz. Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował jednak dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 ust. 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- a) kwalifikacje personelu (maksymalnie 35,00 pkt),
- b) sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia (maksymalnie 16,00 pkt),
- c) wyniki kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne nieprawidłowości - nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 Ustawy (do -12,00 pkt),
- d) pozostałe warunki, w tym:
 - prowadzenie w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii (2,00 pkt),
 - posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (1,00 pkt),
 - posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (1,00 pkt),
 - prowadzenie :
 - indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2,00 pkt),
 - 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 pkt) [jedna odpowiedź do wyboru],
- e) realizacja wybranych świadczeń opieki zdrowotnej :
 - realizacja świadczeń dla co najmniej 8 rozpoznań (4,00 pkt),
 - realizacja świadczeń dla co najmniej 12 rozpoznań (7,00 pkt) [jedna odpowiedź do wyboru],

2. kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana jako sposób wykonania umowy poprzez :

- a) realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej (2,00 pkt),

- b) realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (2,00 pkt),
3. dostępność udzielanych świadczeń oceniana poprzez:
- 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 (5,00 pkt),
 - posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu (1,00 pkt),
4. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
- a) realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2,00 pkt),
 - b) realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (4,00 pkt),
 - c) realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (6,00 pkt) [jedna odpowiedź do wyboru],
 - d) rozliczenie ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (6,00 pkt),
 - e) rozliczenie ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (3,00 pkt) [jedna odpowiedź do wyboru],
5. inne warunki oceniane, tj. współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (2,00 pkt),
6. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 pkt).

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

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 4 września 2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym domowym wskazano :

- Okulus sp. z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
- Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu, Jedlec 1, 63-322 Gołuchów,
- Izabelę Krystalską, Macieja Krystalskiego, Alicję Krystalską, ul. Hanki Sawickiej 1A, 62-800 Kalisz.

Oferta złożona przez Odwołującego nie została wybrana. Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania po wyborze ofert, które uzyskały największą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA							
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSO WOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
OKULUS sp. z o.o.	10,00	4,00	2,00	42,00	6,00	0,00	64,00	TAK
Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu	10,00	6,00	4,00	23,00	5,00	0,00	48,00	TAK
Izabela Krystalska, Maciej Krystalski, Alicja Krystalska	5,00	0,00	2,00	33,00	5,00	0,00	45,00	TAK
ZIOŁOPEX sp. z o.o.	10,00	4,00	2,00	24,00	5,00	0,00	45,00	NIE

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty złożonej przez Odwołującego, gdyż, co prawda liczba punktów jaką uzyskała jego oferta w toku oceny była identyczną z liczbą punktów uzyskaną przez ostatnią w rankingu ofertą spośród tych, które zostały wybrane w trakcie prowadzonego postępowania i które wyczerpały zarówno maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania jak również „wartość zamówienia” określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01, jednakże Komisja Konkursowa zastosowała mechanizm wynikający z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.) zgodnie z którym, kolejnym kryterium różnicującym oferty jest kryterium jakości. Podkreślić należy, że 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 r. w sprawie szczegółowych kryteriów

wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Liczba punktów, która kwalifikowała oferty do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym w przypadku postępowania nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 to 45,00 pkt. I właśnie oferenci, których oferty w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskały łączną liczbę oceny co najmniej 45,00 pkt oraz oferta, których została zweryfikowana w oparciu o § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zostali wskazani jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym. W tym miejscu wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” i pkt 4 „Przedmiot postępowania : Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym” Tabeli nr 1 „Rehabilitacja lecznicza” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz załącznika nr 1 „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym i uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent OKULUS sp. z o.o. :

w zakresie kryterium ciągłości:

- nie 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, za co nie otrzymał punktów,

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

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- 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 5,00 punktów.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnienie 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 otrzymał 12,00 punktów,
- zadeklarował zapewnienie magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu , za co otrzymał 4,00 punkty,
- zadeklarował zapewnienie fizjoterapeuty– równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń zapewnienie lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymał 3,00 punkty,

- zadeklarował zapewnienie specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował zapewnienia specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnienie masażysty – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował zapewnienie dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował zapewnienie terapeuty zajęciowego – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował zapewnienie logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522), zwanego dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1,00 punkt,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia 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, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 1,00 punkt,

- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co otrzymał 1,00 punkt,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie kriokomory ogólnoustrojowej, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

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

W zakresie kryterium kompleksowości :

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej , za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie warunków wymaganych 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 innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Okulus sp. z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu :

w zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- 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 5,00 punktów.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował zapewnienia 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 zapewnienie magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu , za co otrzymał 4,00 punkty,
- zadeklarował zapewnienie fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnienie masażysty – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- nie zadeklarował zapewnienia dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia terapeuty zajęciowego – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował zapewnienia logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522), zwanego dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt,

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1,00 punkt,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia 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, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją Komisji Konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów,**
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, za co otrzymał 5,00 punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie kriokomory ogólnoustrojowej, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

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

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował realizacji wybranych świadczeń opieki zdrowotnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium kompleksowości :

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej , za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co otrzymał 2,00 punkty.

W zakresie warunków wymaganych 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 innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Izabela Krystalska, Maciej Krystalski, Alicja Krystalska :

w zakresie kryterium ciągłości:

- nie 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, za co nie otrzymał punktów,
- nie 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 nie otrzymał punktów,

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

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- 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 5,00 punktów.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnienie 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 otrzymał 12,00 punktów,
- zadeklarował zapewnienie magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 4,00 punkty,
- zadeklarował zapewnienie fizjoterapeuty – równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń zapewnienie lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymał 3,00 punkty,

- zadeklarował zapewnienie specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował zapewnienia specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnienie masażysty – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował zapewnienie dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował zapewnienie terapeuty zajęciowego – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował zapewnienie logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522), zwanego dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – równoważnik co najmniej ¼ etatu, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją Komisji Konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów,**
- 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,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia 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, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, **przy czym uwzględniając wynik weryfikacji decyzją Komisji Konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów,**
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją Komisji Konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów,**
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w lokalizacji posiadania kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin

złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

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

W zakresie kryterium kompleksowości :

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej , za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie warunków wymaganych 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 innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący „ZIOŁOPEX” sp. z o.o. :

w zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów,
- 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 5,00 punktów.

Ponadto, w zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował zapewnienie 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 , **przy czym w świetle udzielonych przez Oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją Komisji Konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nieprzyznaniem punktów,**
- zadeklarował zapewnienie magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu , za co otrzymał 4,00 punkty,
- zadeklarował zapewnienie fizjoterapeuty– równoważnik co najmniej 2 etatów, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń zapewnienie lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii, za co otrzymał 3,00 punkty,
- zadeklarował zapewnienie specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował zapewnienia specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnienie masażyisty – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował zapewnienie dietetyka – dostęp do konsultacji w lokalizacji, za co otrzymał 1,00 punkt,
- nie zadeklarował zapewnienia terapeuty zajęciowego – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował zapewnienia logopedy, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522), zwanego dalej „logopedą w rehabilitacji”, posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – równoważnik co najmniej ¼ etatu, za co nie otrzymał punktów,
- 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,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia 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, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 1,00 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie aparatu do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy, za co otrzymał 1,00 punkt,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania stołu lub łóżka do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadania kriokomory ogólnoustrojowej, za co otrzymał 3,00 punkty,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **przy czym uwzględniając wynik weryfikacji decyzją Komisji Konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,**
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało odjęciem 0,50 punktu,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremnienia lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował przekazanie co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało odjęciem 0,50 punktu,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował realizacji wybranych świadczeń opieki zdrowotnej, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium kompleksowości :

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej , za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie warunków wymaganych 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 innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent „ZIOŁOPEX” sp. z o.o. zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,90 zł, za co otrzymał 10,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym prowadzone wskazać należy, co następuje.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła 45,00 pkt. Wprawdzie ostatnia z wybranych ofert oferentów, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym otrzymała również 45,00 pkt, jednakże zgodnie z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej *w przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny oferty przez co najmniej dwóch oferentów kryterium różnicującym oferty stanowi ocena uzyskana w kolejności według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.* W tym miejscu wskazania wymaga, iż w rankingu końcowym oferta Odwołującego w zakresie kryterium jakości uzyskała 24,00 punkty, podczas gdy ostatnia z wybranych ofert w zakresie tego samego kryterium otrzymała 33,00 punkty.

Podkreślić należy, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 12 lipca 2017 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu tegoż postępowania zawrze maksymalnie trzy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje nie tylko kompleksowość czy jakość udzielanych świadczeń, ale także ich dostępność, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją. Określone w art. 148 Ustawy oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kryteria ocen muszą być stosowane jednolicie przez komisję konkursową wobec wszystkich oferentów.

Oferta Odwołującego nie została wybrana, ze względu na fakt, iż ilość świadczeń zaoferowanych do wykonania przez oferentów, którzy wskazani zostali jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a którzy w prowadzonym postępowaniu zadeklarowali lepsze warunki realizacji umowy w związku z czym uzyskali większą liczbę punktów, wyczerpała niemal całkowicie kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie w tym postępowaniu. Ponadto wybór trzech oferentów tj. Okulus sp. z o.o., Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu oraz Izabeli Krystalskiej, Maciej Krystalskiego i

Alicji Krystalskiej wyczerpał również maksymalną liczbę umów przewidzianych do zawarcia przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w tym postępowaniu. Jednocześnie podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż zgodnie z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia oraz kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Komisja Konkursowa zaprosiła Odwołującego do negocjacji i w dniu 30 sierpnia 2017 roku podpisany został protokół końcowy z negocjacji, który potwierdził zbieżność stanowisk z oczekiwaniami stron. Jako, że Odwołujący zaoferował w trakcie negocjacji cenę w wysokości 0,90 zł za punkt rozliczeniowy, to w wyniku jej porównania z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, Odwołujący otrzymał za kryterium ceny maksymalną ilość punktów tj. 10,00. Niemniej wskazania wymaga, że bezpośrednim celem negocjacji, zwłaszcza zaś ich rezultatem, nie jest zawarcie umowy ze świadczeniodawcą, lecz ostateczne ustalenie dwóch niezbędnych składników oferty zmierzające do wyłonienia najkorzystniejszej spośród złożonych ofert. Zauważyć należy, iż wyłonienie świadczeniodawcy w postępowaniu konkursowym ma na celu przede wszystkim realizację ustawowego zadania tj. zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przy tym przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, iż Odwołujący został zaproszony przez Komisję Konkursową do negocjacji w sprawie ustalenia liczby świadczeń opieki zdrowotnej, jak i ich ceny. W dniu 30 sierpnia 2017 roku podpisany został protokół końcowy z negocjacji, który potwierdził zbieżność stanowisk z oczekiwaniami stron. W konkluzji stwierdzić należy, iż wprawdzie Odwołujący został zaproszony do negocjacji, ale ze względu na fakt, iż jego oferta w zakresie kryteriów niecenowych otrzymała najniższą punktację, a z uwagi na zaproponowaną przez niego cenę za jednostkę rozliczeniową otrzymał on w zakresie kryterium ceny maksymalną ilość punktów tj. 10,00, nie mógł zatem w ramach negocjacji poprawić swojej pozycji w rankingu. Co istotne, zgodnie z treścią podpisanego przez Odwołującego protokołu, potwierdzona została zbieżność stanowisk z oczekiwaniami stron. Wybranie w tym przypadku oferty Odwołującego spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Podkreślić przy tym należy, że istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

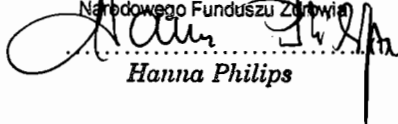
Odnosząc się do zarzutu, iż niewybranie Odwołującego w postępowaniu konkursowym nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 jako podmiotu, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym spowoduje, że pacjenci oczekujący na zabiegi rehabilitacji, w szczególności na terapię kriokomorą pozostaną bez możliwości przeprowadzenia tego świadczenia w miejscu udzielania świadczeń przez Odwołującego wskazać należy, co następuje. Zgodnie z przepisem art. 20 ust. 10a Ustawy w przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jak zaś stanowi ust 10c ww. artykułu świadczeniodawca, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy oraz oryginał skierowania. Zgodnie z ust. 10d ww. artykułu Oddział wojewódzki Funduszu informuje w każdy dostępny sposób świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. Celem prowadzonego postępowania pozostaje bowiem wyłącznie zapewnienie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym też kontekście dokonane rozstrzygnięcie postępowania nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym zapewnia pacjentom dostęp do świadczeń udzielanych przez innych świadczeniodawców aniżeli Odwołujący.

Zatem wskazać należy, iż niewybranie w postępowaniu konkursowym Odwołującego do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym nie powinno skutkować pozostawieniem pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń bez opieki rehabilitacyjnej, a to z uwagi na ustawowy mechanizm zabezpieczający wprowadzony przez art. 20 Ustawy. W związku z powyższym Oddział Funduszu, dokonując ww. rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 i wybierając do zawarcia umowy oferentów wskazanych w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania w trybie konkursu ofert zabezpieczył udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze powiatów wskazanych w ogłoszeniu z dnia 12 lipca 2017 roku o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert.

W odniesieniu do postulatu Odwołującego wskazanego w odwołaniu dotyczącego przyznania mu, w przypadku nieuwzględnienia złożonego przez niego odwołania, dodatkowych środków finansowych, które pozwoliłyby mu na dalsze świadczenie usług na rzecz najbardziej potrzebujących pacjentów, stwierdzić należy, iż jest to niedopuszczalne w świetle warunków wskazanych w ogłoszeniu z dnia 12 lipca 2017 roku o postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01, w tym w zakresie wartości zamówienia i maksymalnej ilości umów. Ponadto skoro Odwołujący złożył ofertę w postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01, to należy przyjąć, że miał możliwość i zapoznał się z treścią ogłoszenia. Jednocześnie w przedmiotowym ogłoszeniu znalazła się informacja o udostępnieniu wszystkich materiałów informacyjnych zarówno w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i na jego stronie internetowej. Nadto, Odwołujący złożył oświadczenie według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm., że zapoznał się z przepisami przedmiotowego zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń i że przyjmuje je do stosowania. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 12 lipca 2017 roku wskazana została zarówno maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, jak i wartość zamówienia określone zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W świetle powyższych przepisów oraz wyczerpania niemal w całości wartości zamówienia, a także kwalifikacji do wybrania ofert w liczbie umożliwiającej zawarcie maksymalnej określonej w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 liczby umów, brak było podstaw do wybrania kolejnej oferty. Przekroczenie bowiem, tak wartości zamówienia, jak i maksymalnej liczby umów jest w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej niedopuszczalne.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w złożonym odwołaniu nie wykazano, by Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, a zatem należy uznać, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego i brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionego 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 wobec 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 6 egzemplarzach:

1. Odwołujący „ZIOŁOPEX” sp. z o.o. – 1 egz.,
2. Okulus sp. z o.o. – 1 egz.
3. Centrum Rehabilitacji Rolników KRUS w Jedlcu – 1 egz.,
4. Izabela Krystalska, Maciej Krystalski i Alicja Krystalska – 1 egz.
5. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Anna Marciniak-Pilarska – Wydział Organizacyjny.