

DECYZJA NR 3/2018/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 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, wniesionego przez Elżbietę Nowak prowadzącą zakład leczniczy Niepubliczny Zakład Fizjoterapii Ambulatoryjnej "ELMO" z siedzibą w Kołaczkowie, ul. Miłosławska 8, postanawiam:

odwołanie Elżbiety Nowak oddalić 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 31 października 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna.

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 828.671,55 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś po przeprowadzeniu postępowania zostaną zawarte cztery umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 5 stycznia 2018 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 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło w terminie odwołanie złożone przez Elżbietę Nowak prowadzącą zakład leczniczy Niepubliczny Zakład Fizjoterapii AmbulATORYJNEJ "ELMO" z siedzibą w Kołaczkowie, ul. Miłosławska 8 (zwana dalej „Odwołującym”), dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący Elżbieta Nowak na wstępie zaznacza, iż jego oferta nie została odrzucona z przyczyn formalno-prawnych. Odwołujący wskazuje, iż w trakcie prowadzonego postępowania został wezwany przez komisję konkursową do złożenia dodatkowych dokumentów w przedmiocie zapewniania transportu sanitarnego, które zostały przez niego dostarczone. Odwołujący zwraca szczególną uwagę na ważny, z punktu widzenia pacjenta czynnik, jakim jest składnik demograficzny danego powiatu, który jak konstatuje nie ma jednakże wpływu na ocenę oferenta w konkursie. Jak dalej uzasadnia, na podstawie danych z rocznika statystycznego opublikowanego na dzień 31 grudnia 2016 roku, powiat wrzesiński zamieszkują 77073 osoby, z czego w gminie Kołaczkowo 6084 osoby, w gminie Pyzdry 7096 osób, a w gminie Miłosław 10370 osób, co łącznie stanowi 30,56% mieszkańców powiatu. Jak wskazuje Odwołujący w żadnej z tych gmin obecnie nie ma placówki fizjoterapii ambulatoryjnej świadczącej usługi w ramach umowy z Funduszem. Wszystkie zakłady realizujące umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna znajdują się w północnej części powiatu wrzesińskiego, co powoduje, że część południowa powiatu wrzesińskiego (3 z 5 gmin), została pominięta w możliwości świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej. Prowadząc zakład fizjoterapii od ponad 6 lat Odwołujący podkreśla, że zapotrzebowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w wyżej wymienionych gminach jest bardzo duże, jednakże tylko niektórzy pacjenci mogą pozwolić sobie na korzystanie z rehabilitacji prywatnie na miejscu, bądź na dojazd do odległych placówek w powiecie, które świadczą usługi w ramach umów z Funduszem. Pozostali natomiast ze względów finansowych, czy też problemów związanych z możliwością regularnego

dojeżdżania do zakładów oddalonych o ponad 15-25 km muszą z tych zabiegów zrezygnować. Również brak możliwości nawiązania współpracy z lekarzem rehabilitacji (żaden z lekarzy nie był zainteresowany dojazdami do tak odległej miejscowości) świadczy o tym w jak krytycznym położeniu są pacjenci zamieszkujący ten obszar. Odwołujący zwraca uwagę na częsty kontakt jaki ma z lekarzami z okolicznych przychodni oraz włodarzami wyżej wymienionych gmin, którzy bezustannie zaznaczają jak ważną rolę spełnia jego gabinet w społeczeństwie i jak istotne jest zapewnienie pacjentom dostępu do refundowanych zabiegów. Jak zaznacza pomimo faktu, iż prowadzona przez niego placówka od początku była tworzona pod kątem gabinetu rehabilitacyjnego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych (poręcze przy schodach, winda dla osób niepełnosprawnych na zewnątrz budynku, winda schodowa wewnątrz budynku, szerokość ciągów komunikacyjnych i sanitariatu dla niepełnosprawnych) oraz zgodnie z wymogami sanitarno-epidemiologicznymi, nie miał on możliwości wcześniejszego ubiegania się o podpisanie umowy na świadczenia opieki zdrowotnej. Na poparcie przywołanych wyżej argumentów Odwołujący załącza do odwołania pisma od lekarzy i włodarzy gmin. Na zakończenie Odwołujący zwraca się z prośbą o ponowne przeanalizowanie jego oferty jak również przeanalizowanie ww. statystyk oraz wskazanie przepisów wykonawczych do świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej (§ 10 pkt. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej) oraz przepisów § 7 pkt 2 oraz 3 zarządzenia Prezesa NFZ nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 15 stycznia 2018 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 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy 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 zakreśleniu na dzień 25 stycznia 2018 roku terminu wydania decyzji.

W dniu 19 stycznia 2018 roku z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy skorzystał oferent spółka NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o..

W dniu 25 stycznia 2018 roku wpłynęło do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pismo Tomasza Chromińskiego Prezesa Zarządu spółki NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. zatytułowane „Oświadczenie”.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację przywoływaną przez Odwołującego w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01, akta postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oferty złożyło 6 oferentów: Odwołujący, Kinga Śmidowicz, spółka NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. na dwa miejsca udzielania świadczeń, Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o., Filip Pałczyński oraz Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o..

Postępowanie nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522 ze zm.),
- 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.),
- rozporządzenia 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),
- zarządzenia Prezesa NFZ nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką,
- zarządzenia Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr 19/2017/DSOZ 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 31 października 2017 roku.

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, nie odrzuciła żadnej z ofert.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, wszystkie oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów umożliwił dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 6 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:

- kwalifikacje personelu (maksymalnie 33,00 pkt),
- sprzęt i aparaturę medyczną oraz pomieszczenia (maksymalnie 23 pkt),
- prowadzenie przez jednostkę szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii (2 pkt),
- 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 (maksymalnie do -12,00 pkt),
- posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (1,00 pkt),
- posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (1,00 pkt),
- prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) lub indywidualnej dokumentacji medycznej, (maksymalnie 4,00 pkt).

2. Dostępność do świadczeń oceniana poprzez:

- zapewnienie czasu pracy zakładu w wymiarze co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, (5 pkt),
- posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu (1,00 pkt).

3. kompleksowość udzielania świadczeń oceniana poprzez:

- realizację przez oferenta, na podstawie umowy, procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej (2 pkt),
- realizację przez oferenta, na podstawie umowy, procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym (2 pkt),

- realizację przez oferenta, na podstawie umowy, procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (2 pkt).
4. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (maksymalnie 12 pkt) – oceniana poprzez:
- 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),
 - 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 lub od 10 lat (4,00 lub 6,00 pkt),
 - rozliczenie ponad 90% lub ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (maksymalnie 6 pkt).
5. inne warunki oceniane, tj.: współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 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 5 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna zostanie zawarta z trzema oferentami: Kingą Śmidowicz, spółką NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. na dwa miejsca udzielania świadczeń oraz Szpitalem Powiatowym we Wrześni Sp. z o.o..

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Nazwa oferenta	Punkcja za ofertę cenową	Jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	Inne	Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu oferty tak/nie
1	KINGA ŚMIDOWICZ	10	43	0	6	0	0	59	Tak
2	SZPITAL POWIATOWY WE WRZEŚNI SPÓŁKA Z O.O.	5	30	6	5	6	0	52	Tak
3	NZOZ OŚRODEK FIZJOTERAPII - CHROMIŃSKI TOMASZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	5,48	31	0	5	6	0	47,48	Tak
3	NZOZ OŚRODEK FIZJOTERAPII - CHROMIŃSKI TOMASZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	5,48	31	0	5	6	0	47,48	Tak
4	FILIP PAŁCZYŃSKI	7,38	24	0	5	0	0	36,38	Nie
5	AMIKA KONSORCJUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	8,81	22	0	5	0	0	35,81	Nie
6	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD FIZJOTERAPII AMBULATORIJNEJ "ELMO" ELŻBIETA NOWAK	5	14	0	5	0	0	24	Nie

Wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Rehabilitacja lecznicza”, pkt 2 „Fizjoterapia ambulatoryjna” 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 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz załącznika nr 4 „Wykaz Oraz Warunki Realizacji Świadczeń Gwarantowanych z Zakresu Rehabilitacji Leczniczej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent Kinga Śmidowicz

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,

- zadeklarował, że czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punkty,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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 nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkt,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkt,
- nie zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,

- 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 lub 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.

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat, za co otrzymał nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **Kinga Śmidowicz** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł, za co otrzymał 10,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o.

W zakresie kryterium kompleksowości

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co otrzymał 2 punkty,

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

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

- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat 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,
- 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 lub 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.

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, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **Szpital Powiatowy We Wrześni Sp. z o.o.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. w zakresie miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Nekli przy ul. Rynek 18

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co otrzymał nie punktów,
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, za co otrzymał nie punktów,

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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,
- zadeklarował nieprzekazywanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **przy czym w świetle informacji będących w posiadaniu komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieodejmowaniem 0,5 punktu,**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w

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

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 3 punkty,

- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1 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 lub 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.

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, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o., w zakresie miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Nekli przy ul. Rynek 18** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,04 zł, za co otrzymał 5,48 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. w zakresie miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego we Wrześni przy ul. Piastów 5/6

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,

- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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,
- zadeklarował nieprzekazywanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **przy czym w świetle informacji będących w posiadaniu komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieodejmowaniem 0,5 punktu,**
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1 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 lub 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.

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, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o.**, w zakresie miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego we Wrześni przy ul. Piastów 5/6 zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,04 zł, za co otrzymał 5,48 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Filip Palczyński

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

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

- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieotrzymaniem 3 punktów,**
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, **przy czym w świetle udzielonych przez oferenta dodatkowych wyjaśnień decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieotrzymaniem 3 punktów,**
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat 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,
- 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 lub 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.

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, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **Filip Palczyński** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, za co otrzymał 7,38 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o.

W zakresie kryterium kompleksowości

- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co otrzymał nie punktów,

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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 nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,

- nie zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie certyfikatu certyfikat 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,
- 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 lub 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.

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, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny Oferent Amika Konsorcjum Medyczne Sp. z o.o., zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,97 zł, za co otrzymał 8,81 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwolujący Elżbieta Nowak

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania 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 nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub

- nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
 - nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował w lokalizacji posiadania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co nie otrzymał punktów,
 - zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,
 - nie zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat 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 lub 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.

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, że czas pracy zakładu wynosi co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał 5 punktów

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny Odwołujący **Elżbieta Nowak**, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł, za co otrzymał 5,00 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Ponadto wskazać należy, iż w poszczególnych ofertach przywołani wyżej oferenci zadeklarowali każdorazowo, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent 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 tym miejscu zwrócić uwagę należy na fakt, iż w dniu 20 listopada 2017 roku komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła uchwałę w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego. W uchwale tej wskazuje się między innymi, iż

- „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, że nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt zgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);
- 3) w przypadkach innych, niż określone w 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 posiadania sprzętu i aparatury medycznej oraz warunków lokalowych

lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia – wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosowanych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś w przypadku nieprzedłożenia odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938.), zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.”

Kolejno w dniu 22 grudnia 2017 roku komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła uchwałę w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferentów na pytania ankietowe zawarte w części VIII. ANKIETY formularza ofertowego. Komisja konkursowa postanowiła, iż dokona zmian odpowiedzi ankietowych w stosunku do dwóch oferentów: spółki NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. w zakresie jednego pytania ankietowego oraz Filipa Pałczyńskiego w zakresie dwóch pytań ankietowych.

W dniu 6 grudnia 2017 roku komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła uchwałę w przedmiocie oceny ofert w zakresie zapewnienia przez oferentów transportu sanitarnego. W przywołanej uchwale stwierdzono, iż „zgodnie z brzmieniem § 10 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 Ustawy jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku:

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
- 7) chorób układu krążenia,
- 8) chorób układu moczowo-płciowego,
- 9) chorób układu nerwowego,
- 10) chorób układu oddechowego,

- 11) chorób układu ruchu,
- 12) chorób układu trawiennego,
- 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- 15) urazów i zatruć,
- 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

- gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Zgodnie z treścią § 1 ust. 2 wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza, stanowiącego załącznik nr 2 do 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, świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w Ustawie, w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydanymi na podstawie art. 31d ww. ustawy, Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Zgodnie natomiast z treścią § 8 ust. 1 ww. Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. Co istotne, jak stanowi § 8 ust. 2 załącznika do ww. rozporządzenia, świadczeniodawca, w przypadkach określonych w ustawie oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 31d Ustawy, zapewnia transport sanitarny w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie, z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jeżeli nie zawarli oni odrębnej umowy. Uwzględniając powyższe ustalenia w

zakresie konieczności zapewnienia transportu sanitarnego w ramach umowy na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, jak również brak jednoznacznie sformułowanych wymagań w tym zakresie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, mogących powodować trudności interpretacyjne dotyczące konieczności udokumentowania zapewnienia transportu sanitarnego do oferty, co istotne również biorąc pod uwagę dotychczas stosowaną praktykę, z której wynika brak konieczności udokumentowania przez oferentów/świadczeniodawców zapewnienia transportu sanitarnego w przedmiotowym zakresie świadczeń, komisja konkursowa przyjęła następujące stanowisko. „W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej „TAK” w cz. VIII. ANKIETY, rozdziale 5.1 *WARUNKI WYMAGANE*, punkcie 5.1.1 *W OKRESIE ZWIĄZANIA OFERTĄ ORAZ PRZEZ CAŁY OKRES REALIZACJI UMOWY OFERENT 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* oraz braku możliwości potwierdzenia zapewnienia przez Oferenta transportu sanitarnego, Komisja na podstawie § 17 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz.U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.) wzywa Oferenta do złożenia wyjaśnień w przedmiocie sprawy. Komisja konkursowa przyjmie wyjaśnienia Oferenta, gdy:

- A) Oferent przedłoży wyjaśnienia w przedmiocie samodzielnego zapewnienia usług w tym zakresie i na potwierdzenie powyższego faktu przedłoży dokument potwierdzający dysponowanie własnym środkiem transportu sanitarnego
- B) Oferent udokumentuje fakt posiadania umowy lub zobowiązania podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem na dzień otwarcia oferty przedkładając dokument: kopię zawartej umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązania podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu. Komisja uwzględniając zaistniałe okoliczności przyjmie wyjaśnienia Oferenta również w sytuacji

złożenia do oferty oświadczenia o samodzielnym wykonywaniu usług bez udziału podwykonawców.”

Odnosząc się do argumentów podniesionych przez Odwołującego Elżbietę Nowak w odwołaniu od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01, wskazać należy co następuje.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła 24,00. Ostatnia z wybranych ofert oferentów, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna otrzymała 47,48 punktów. Tym samym oferta Odwołującego zajęła ostatnie miejsce w rankingu ofert.

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 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 31 października 2017 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu tegoż postępowania zawrze maksymalnie cztery 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 w sprawie kryteriów wyboru ofert 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 zawrze 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 kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie w tym postępowaniu. Ponadto wybór trzech oferentów tj. Kingi Śmidowicz, spółki NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. (otrzymała dwie umowy na dwa różne miejsca udzielania świadczeń) oraz Szpitala Powiatowego we Wrześni Sp. z o.o., wyczerpał również maksymalną liczbę umów przewidzianych do zawarcia przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w tym postępowaniu. Podkreślenia wymaga, iż każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 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: 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym Fundusz po przeprowadzeniu w/w postępowania zawrze cztery umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, brak było podstaw dla wybrania oferty Odwołującego, gdyż uzyskała ona niższą punktację, niż oferty które w całości wyczerpały wartość zamówienia.

Postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wielkopolski 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 póź. 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 ofertę złożoną przez Odwołującego 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 większa ilość punktów w rankingu końcowym stanowiło jedyny powód niewybrania jej oferty.

Tym samym, nie miał wpływu na podjęte rozstrzygnięcie również fakt, iż Odwołujący został wezwany przez komisję konkursową do złożenia dodatkowych wyjaśnień w zakresie zapewniania transportu sanitarnego. Złożone przez Odwołującego wyjaśnienia zostały

zaakceptowane przez komisję konkursową, co skutkowało dalszym procedowaniem jego oferty.

Wskazać należy, 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 zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia. Oferentów kwalifikuje się licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Komisja konkursowa nie zaprosiła Odwołującego na negocjacje, ze względu na fakt, iż nawet gdyby po obniżeniu ceny jednostki rozliczeniowej uzyskałby maksymalną liczbę punktów w kryterium „Ceny”, to i tak nie uległaby zmianie jego pozycja w rankingu końcowym ofert.

Odnosząc się do podniesionych w odwołaniu argumentów dotyczących „składnika demograficznego” wskazać należy, iż zgodnie z przepisem art. 146 ust. 2 Ustawy Prezes Funduszu określa szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie. I tak, zgodnie z treścią § 3 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (ze zm.) postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

W oparciu o przedstawione wyżej przepisy Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia określił w ogłoszeniu z dnia 31 października 2017 roku o postępowaniu nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01

obszar terytorialny postępowania jako powiat wrzesiński. Uzasadnionym jest zatem stanowisko, iż to w gestii dyrektora Oddziału Funduszu pozostawiona została kwestia określenia obszaru na jaki zostanie ogłoszone postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. Nie bez znaczenia jest także fakt, jak wyżej już zostało wskazane, iż organ rozpoznający odwołanie bada naruszenie interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowej podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję 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. Nie można zatem czynić zarzutu komisji konkursowej prowadzącej postępowanie konkursowe w przedmiocie określenia obszaru terytorialnego na jaki zostało ogłoszone postępowanie konkursowe. Tym samym argument dotyczący tego zagadnienia nie może być podstawą do uwzględnienia odwołania od rozstrzygnięcia komisji konkursowej. Wskazać również należy, iż nie można komisji konkursowej czynić zarzutu, iż w wyniku dokonanego rozstrzygnięcia w gminach Kołaczkowo, Miłosław oraz Pyzdry brak jest placówki mającej podpisaną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. Jak już wyjaśniono powyżej postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, a oferty oceniane były z uwzględnieniem kryteriów jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja prowadząca postępowanie nie mogła zatem dokonywać oceny ofert z uwzględnieniem obszaru gminy, w którym dany świadczeniodawca udziela świadczeń. Działanie takie nie miałoby żadnego uzasadnienia w obowiązujących przepisach i stanowiłoby naruszenie zasady równego traktowania świadczeniodawców.

Odnosząc się do argumentów podniesionych przez Tomasza Chromińskiego prezesa Zarządu spółki NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o. w „Oświadczeniu” z dnia 24 stycznia 2018 roku stwierdzić należy, co następuje. Jakkolwiek przywołana w „Oświadczeniu” umowa z dnia 19 kwietnia 2017 roku zawarta pomiędzy Szpitalem Powiatowym we Wrześni Sp. z o.o. a lek med. Izabelą Królak w przedmiocie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej obowiązuje do dnia 31 grudnia 2017 roku, to jednakże komisja

konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 zaakceptowała tę umowę ze względu na fakt, iż lek med. Izabela Królak figuruje w wykazie personelu Szpitala Powiatowego we Wrześni Sp. z o.o. zgłoszonego przez tego oferenta do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, a okres w którym ma udzielać świadczeń w zakresie rehabilitacji lekarskiej ambulatoryjnej określony jest do dnia 31 grudnia 2018 roku. W związku z powyższym uzasadnianym jest stanowisko, iż strony umowy z dnia 19 kwietnia 2017 roku (Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o. oraz lek med. Izabela Królak) zawarły aneks do tej umowy przedłużający okres jej obowiązywania.

Odnosząc się do kwestii sprzętu wykazanego w ofercie Szpitala Powiatowego we Wrześni Sp. z o.o. na wstępie wskazać należy, iż Świadczeniodawca ten obecnie realizuje umowę w rodzaju rehabilitacja lecznicza w 3 zakresach świadczeń: 1) rehabilitacja neurologiczna, 2) rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz 3) rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym. 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 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w wyżej wymienionych zakresach świadczeń wyposażenie wymagane winno znajdować się lokalizacji. Wyjątkiem jest wanna do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, która w przypadku realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, wymagana jest w miejscu udzielania świadczeń. W tym miejscu wskazać należy, iż zgodnie z brzmieniem § 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, przez lokalizację rozumieć należy budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych. Konfrontując tę definicję z przywołanym wyżej faktem, iż w zakresach świadczeń: rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, winien znajdować się lokalizacji, uzasadnionym jest stanowisko, zgodnie z którym sprzęt ten, przy zachowaniu rozdzielnności czasowej użytkowania, w poszczególnych zakresach może być wykorzystywany do realizacji różnych zakresów.

Wyjaśnić również, należy, iż w zakresie sprzętu dodatkowo ocenianego oferent Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o. w ofercie złożonej w postępowaniu nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 zadeklarował posiadanie następującego sprzętu: 1) urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, 2) wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji oraz 3) zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń. Z powyższego wynika, iż w miejscu udzielania świadczeń winny znajdować się urządzenia wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości i zestaw do kriostymulacji parami azotu. Wskazać należy, iż dwa wyżej przywołane urządzenia nie zostały wykazane jako sprzęt służący do realizacji świadczeń w innych zakresach umowy rehabilitacja lecznicza, której stroną pozostaje oferent Szpital Powiatowy we Wrześni Sp. z o.o. Natomiast wanna do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych jest wykazana zarówno w ofercie konkursowej, jak i do realizacji świadczeń w zakresie oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym. O ile w tym drugim zakresie winna ona znajdować się w miejscu udzielania świadczeń, w to w przypadku rehabilitacji ambulatoryjnej w lokalizacji. Powyższe umożliwia zatem, przy zachowaniu rozdzielności czasowej, wykorzystywanie tego sprzętu do realizacji świadczeń w dwóch zakresach.

Biorąc powyższe ustalenia pod uwagę stwierdzić należy, iż Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatrując odwołanie wniesione przez Elżbietę Nowak ustalił, że komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000051/REH/05/1/05.1310.208.02/01 nie dopuściła się naruszenia zasad prowadzenia postępowania. W odwołaniu Odwołujący nie wykazał w jakikolwiek sposób, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w sposób naruszający interes prawny Odwołującego. Jako że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia przez komisję konkursową zasad postępowania, brak jest podstaw do uwzględnienia złożonego odwołania. Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Magdalena Krassewaka

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. Elżbieta Nowak Niepubliczny Zakład Fizjoterapii Ambulatoryjnej "ELMO" ul. Miłostawska 8, 62-306 Kołaczkowo.,
2. NZOZ Ośrodek Fizjoterapii - Chromiński Tomasz Sp. z o.o., ul. Rynek 18 62-330 NEKLA,
3. Kinga Śmidowicz Centrum Rehabilitacji Medycznej Galmed ul. Gnieźnieńska 10 B/6 62-300 WRZEŚNIA,
4. Szpital Powiatowy We Wrześni Sp. z o.o., ul. Słowackiego 2 62-300 WRZEŚNIA,
5. 2 egz. a/a.

Opracował: Michał Badowski – Wydział Organizacyjny.