

WO-DP.422.9.2018

2018 01 29
Poznań, dnia.....

DECYZJA NR 10/2018/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 2017 r. poz. 1938 ze zm.), zwanej dalej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, 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), zwanej dalej: „k.p.a.”, po rozpatrzeniu odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000035/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 na obszarze powiatu krotoszyńskiego, wniesionych przez Jerzego Maya prowadzącego działalność leczniczą pod nazwą: Przychodnia Specjalistyczna i Lekarza Rodzinnego Maymed z siedzibą w Jutrosinie (63 – 930) ul. 700 - Lecia 1 oraz Zakład Opieki Medycznej "Cer-Medic" Sp. z o. o. z siedzibą w Krotoszynie (63-700) ul. Przemysłowa 21, postanawiam:

- 1. oddalić w całości odwołanie złożone przez Jerzego Maya;**
- 2. oddalić w całości odwołanie złożone przez Zakład Opieki Medycznej "Cer-Medic" Sp. z o. o.**

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.) zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie ogłoszenia o postępowaniu”, ogłosił w dniu 31 października 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o nr 15-18-000035/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 rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze powiatu krotoszyńskiego.

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 1 004 317,65 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 5 (słownie: pięć).

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 10 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Zakład Opieki Medycznej "Cer-Medic" Sp. z o. o. z siedzibą w Krotoszynie (63-700) ul. Przemysłowa 21 (zwany dalej: „Odwołujący Cer-Medic”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18 000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący Cer-Medic podnosi, iż niezrozumiały dla niego jest fakt, że funkcjonująca od 9 lat w Zakładzie Opieki Medycznej „Cer Medic” Sp. z o. o. Pracownia Fizjoterapii od 1 kwietnia 2018 roku przestanie udzielać świadczeń pacjentom w ramach umowy z NFZ. Jako argument nietrafnej decyzji tj. odrzucenia oferty podaje, to że:

- leczeniem obejmuje duże grono pacjentów, którzy są zadowoleni z funkcjonowania Pracowni Fizjoterapii, i są w stanie dłużej poczekać na udzielenie usługi aniżeli udać się do konkurencji; podaje, że pacjenci na udzielenie usług są rozpisani do czerwca 2018 roku, a jako dowód zainteresowania usługami Pracowni wskazuje ciągłe nadlimity,
- z uwagi na duże zainteresowanie w powiecie krotoszyńskim na zabiegi krioterapii parami azotu oraz masażu wirowego kończyn dolnych i górnych w 2016 roku Odwołujący Cer-Medic zakupił odpowiedni sprzęt do udzielania ww. świadczeń,
- zatrudnia 4 osoby na etat, w tym trzech magistrów z doświadczeniem zawodowym oraz jednego technika fizjoterapii; ponadto fizjoterapeuci posiadają ukończone kursy jeden w zakresie Terapii Manualnej, a drugi masażu gorącymi kamieniami oraz masażu bańką chińską; nie zawarcie umowy z NFZ spowoduje redukcję etatów i w konsekwencji zamknięcie Pracowni,
- jest jedną z największych placówek medycznych w powiecie krotoszyńskim; placówka rozwija się, bo troszczy o wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych chce zapewnić ciągłość i kompleksowość udzielanych świadczeń.

Dnia 16 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo wniesione przez adwokata Roberta Klejnę reprezentującego Zakład Opieki Medycznej "Cer-Medic" Sp. z o. o. z siedzibą w Krotoszynie (63-700) ul. Przemysłowa 21 dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W związku z wcześniejszym wniesieniem odwołania przez

Odwołującego Cer-Medic przedmiotowe pismo należy traktować jako uzupełnienie odwołania Odwołującego Cer-Medic.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 pełnomocnik Odwołującego Cer-Medic powiela jego zarzuty, dodając przy tym, iż Odwołujący Cer-Medic zgodnie z wyliczeniami opartymi na regulacjach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, powinien otrzymać co najmniej 32 punkty, a wynik ten winien pozwolić na wybór jego oferty. Dodaje również, iż został naruszony interes prawny Zakładu Opieki Medycznej "Cer-Medic" Sp. z o. o., gdyż bezzasadnie pominięto w wyborze ofertę, przez co Odwołujący Cer-Medic nie będzie miał możliwości przez kolejne 5 lat udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach zawartej z WOW NFZ umowy.

W dniu 29 stycznia 2018 r. Odwołujący Cer-Medic dołączył kilkadziesiąt pism pacjentów korzystających z usług medycznych świadczonych przez Odwołującego. W pismach pacjenci wyrażają prośbę o zawarcie umowy z nim, przedstawiając m.in. następujące argumenty: udzielanie świadczeń przez wykwalifikowany personel, holistyczne i profesjonalne traktowanie pacjenta, udzielanie świadczeń za pomocą dobrego sprzętu medycznego, krótkie terminy oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Dnia 15 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Jerzego Maya prowadzącego działalność leczniczą pod nazwą Przychodnia Specjalistyczna i Lekarza Rodzinnego Maymed z siedzibą w Jutrosinie (63 – 930) ul. 700 - Lecia 1 (zwany dalej: „Odwołujący Jerzy May”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący Jerzy May przedstawił następujące argumenty swojego odwołania:

1. mieszkańcy miasta i gminy Kobylin mają ograniczony dostęp do usług medycznych fizjoterapii ambulatoryjnej, podkreśla przy tym jakie utrudnienia z tego powodu mają niepełnosprawni, gdyż do pokonania mają 17 kilometrów aby móc skorzystać z takich świadczeń; starając się przybliżyć mieszkańcom zabiegi lecznicze Odwołujący Jerzy May zorganizował i uruchomił gabinet rehabilitacji w budynku przychodni w Kobylinie; stawia przy tym pytanie dlaczego w wyniku konkursu ofert wybrano 3 oferentów w Krotoszynie i 1 w Koźminie, a nie wybrano oferenta w Kobylinie?
2. do realizacji umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w Kobylinie zaangażował duży potencjał fachowy, pomieszczenia oraz sprzęt do fizjoterapii, podaje przy tym, że posiada możliwości do rozbudowy i rozwoju, co jednak uzależnione jest od zawarcia z WOW NFZ umowy,
3. wyjaśnia, że w ramach postępowania konkursowego uzupełnił wymagania w zakresie ISO dotyczące gabinetu fizjoterapii w Kobylinie,
4. przyznaje, że komisja konkursowa podczas weryfikacji stwierdziła brak oddzielnego pomieszczenia przeznaczonego na salę gimnastyczną. Odpowiedź na „Tak” tłumaczy niewłaściwą interpretacją pytania.

Odwołujący Jerzy May zwraca się o uwzględnienie składanego odwołania, ponieważ obawia się, że jako nowy podmiot na rynku nigdy nie będzie miał szansy na uzyskanie umowy na udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej, gdyż kontynuujący umowy uzyskują dodatkowe punkty. Jeszcze raz podkreśla, że celem złożenia przez niego odwołania jest ułatwienie i przybliżenie pacjentom z terenu miasta i gminy Kobylin dostępu do refundowanych usług fizjoterapii ambulatoryjnej, co też będzie z korzyścią dla NFZ.

Do powyższego odwołania Odwołujący Jerzy May załączył Certyfikat ISO dla Gabinetu fizjoterapii w Kobylinie oraz pismo intencyjne Tomasza Lesińskiego - Burmistrza Kobyliny oraz Tadeusza Dzygały - Przewodniczącego Rady Miejskiej, w którym wyrażona jest prośba o podpisanie umowy z Przychodnią Specjalistyczną Lekarza Rodzinnego „Maymed” działającą na terenie gminy Kobylin.

Uwzględniając okoliczność, że od rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego pod nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 zostały złożone dwa odwołania postanowieniem nr 13/2018/O z dnia 18 stycznia 2018 roku, działając na podstawie art. 62 k.p.a. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podjął decyzję o połączeniu spraw do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego Cer-Medic, pismem z dnia 11 stycznia 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołujących oraz pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o uprawnieniach wynikających z przepisów k.p.a., w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Po złożeniu odwołania przez Odwołującego Jerzego Maya pismem z dnia 18 stycznia 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował Odwołujących oraz pozostałe strony postępowania o ww. uprawnieniach. W dniu 19 stycznia 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał Odwołujący Cer-Medic. Z powyższego uprawnienia skorzystał również w dniu 19 stycznia 2018 roku Paweł Owczarz reprezentujący spółkę cywilną utworzoną przez Pawła Owczarza i Mirosławę Wawrzyniak z siedzibą w Koźminie Wielkopolskim (63-720) przy ul. Floriańskiej 21. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakresie terminu wydania decyzji na dzień 29 stycznia 2018 roku.

Na skutek złożonych przez Odwołującego Cer-Medic oraz Odwołującego Jerzego Maya odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000035/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 na obszarze powiatu krotoszyńskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonych odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000035/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 na obszarze powiatu krotoszyńskiego, złożonych zostało 6 ofert:

1. oferta numer: 15-18-000035[05/1]-0003/00 złożona przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie, (63-700) Krotoszyn ul. Młyńska 2,
2. oferta numer: 15-18-000035[05/1]-0004/00 złożona przez Urszulę Górną, Hannę Włodarczyk, (63-700) Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3 (obejmująca 2 miejsca udzielania świadczeń),
3. oferta numer: 15-18-000035[05/1]-0002/00 złożona przez Curasalutis Fizjoterapia w Twoim Domu mgr Agnieszka Krawczyńska, (63-700) Krotoszyn ul. Ludowa 23,
4. oferta numer: 15-18-000035[05/1]-0001/00 złożona przez Pawła Owczarza, Mirosławę Wawrzyniak, (63-720) Koźmin Wielkopolski ul. Floriańska 21,
5. oferta numer: 15-18-000035[05/1]-0005/00 złożona przez Zakład Opieki Medycznej "Cer-Medic" spółka z o. o., (63-700) Krotoszyn ul. Przemysłowa 21,
6. oferta numer: 15-18-000035[05/1]-0006/00 złożona przez Jerzego Maya, (63 – 930) Jutrosin ul. 700 - Lecia 1.

Postępowanie nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju prowadzone zostało w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 1522 ze zm.), dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej”;
- rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert;
- rozporządzenia w sprawie ogłoszenia o postępowaniu;
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zmianami, dalej: „zarządzenie w sprawie rehabilitacji leczniczej oraz programów zdrowotnych w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką”;
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami;

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 31 października 2017 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty dwóch oferentów oraz przeprowadziła weryfikację u dwóch oferentów. Wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Komisja konkursowa nie odrzuciła żadnej z ofert. Żadna z ofert nie została również wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 6 (słownie: sześciu) oferentów, jako spełniających wymagane warunki formalne związane z konstrukcją samej oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny i porównania ofert.

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

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu:
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu:
 - tak (17,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- wanna do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- basen rehabilitacyjny – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- kriokomora – w lokalizacji:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

c) kategorii „Pozostałe warunki”:

- w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii:

- tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- d) kategorii „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna”:
- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów);
 - obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);

- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - udaremnienie lub utrudnianie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- e) kategorii „Pozostałe warunki – część wspólna”:
- Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - prowadzenie:
 - indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2,00 punkty);
 - elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (4,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów); [jedna odpowiedź do wyboru];
2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „sposób wykonania umowy”:
- oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym:

- tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - 3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w
 - a) kategorii „Dostępność-harmonogram czasu pracy”:
 - czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - b) kategorii „Dostępność – część wspólna”:
 - odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - 4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „ciągłość – część wspólna”:
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy:
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (4,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (6,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów); [jedna odpowiedź do wyboru];
 - rozliczenie:
 - ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (6,00 punktów);
 - ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (3,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów); [jedna odpowiedź do wyboru];
 - 5. Inne warunki oceniane – część wspólna:
 - współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - 6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 punktów).
- Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert:

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 5 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze powiatu krotoszyńskiego, wskazano 4 (słownie: czterech oferentów):

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie 63-700 Krotoszyn ul. Młyńska 2 Zakład Leczniczego Usprawniania 63-700 Krotoszyn ul. Bolewskiego 4-8,
- Urszula Górna, Hanna Włodarczyk 63-700 Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3, oferta obejmująca dwa miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane:
 - Gabinet Fizjoterapii 63-700 Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3,
 - Gabinet Fizjoterapii 63-700 Krotoszyn ul. Dworcowa 1,
- Curasalutis Fizjoterapia w Twoim Domu mgr Agnieszka Krawczyńska 63-700 Krotoszyn ul. Ludowa 23 Pracownia Fizjoterapii 63-700 Krotoszyn ul. Stawna 91,
- Paweł Owczarz, Mirosława Wawrzyniak 63-720 Koźmin Wielkopolski ul. Floriańska 21 Gabinety Rehabilitacyjne 63-720 Koźmin Wielkopolski ul. Floriańska 21.

Komisja konkursowa wybrała 4 oferty (w tym 5 miejsc udzielania świadczeń), spośród 6 ofert, które zostały zakwalifikowane do części niejawnej postępowania. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18 000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w ranking u	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punkta cja a za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów w ocenie	Decyzja o wybrani u ofert tak/nie
					jako ść	kompleksowo ść	dostępno ść	ciągło ść	inne	raze m		
1	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KROTOSZYNIE	63-700 KROTOSZYN ul. MŁYŃSKA 2	ZAKŁAD LECZNICZEGO USPRAWNIANIA 63-700 KROTOSZYN ul. BOLEWSKIEGO 4-8	5	30	6	5	6	0	47	52	Tak
2	URSZULA GÓRNA, HANNA WŁODARCZYK	63-700 KROTOSZYN ul. WOJCIECHOWSKIE GO 3	GABINET FIZJOTERAPII - KROTOSZYN, UL. WOJCIECHOWSKIEGO 3 63-700 KROTOSZYN ul. WOJCIECHOWSKIEGO 3	5	28,5	0	5	4	0	37,5	42,5	Tak
3	URSZULA GÓRNA, HANNA WŁODARCZYK	63-700 KROTOSZYN ul. WOJCIECHOWSKIE GO 3	GABINET FIZJOTERAPII 63-700 KROTOSZYN ul. DWORCOWA 1	5	26	0	5	6	0	37	42	Tak
4	CURASALUTIS FIZJOTERAPIA W TWOIM DOMU MGR AGNIESZKA KRAWCZYŃSKA	63-700 KROTOSZYN ul. LUDOWA 23	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 63-700 KROTOSZYN ul. STAWNA 91	10	26	0	5	0	0	31	41	Tak
5	PAWEŁ OW CZARZ, MIROŚŁAWA WAWRZYŃIAK	63-720 KOŹMIN WIELKOPOLSKI ul. FLORIAŃSKA 21	GABINETY REHABILITACYJNE 63-720 KOŹMIN WIELKOPOLSKI ul. FLORIAŃSKA 21	5	19	0	5	6	0	30	35	Tak
6	ZAKŁAD OPIEKI MEDYCZNEJ "CER-MEDIC" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	63-700 KROTOSZYN ul. PRZEMYSŁOWA 21	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 63-700 KROTOSZYN ul. PRZEMYSŁOWA 19	5,95	17	0	5	4	0	26	31,95	Nie
7	JERZY MAY	63-930 JUTROSIN ul. 700 LECIA 1	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 63-740 KOBYLIN ul. GRUNWALDZKA 2A	7,38	9	0	5	0	0	14	21,38	Nie

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert.

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, cz. 2. „Przedmiot postępowania: 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 świadczenia rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000039/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, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

**Oferent Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie 63-700 Krotoszyn
ul. Młyńska 2:**

I. W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
 - pierwotnie zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 17 punktów, **jednakże, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieuzyskaniem punktów za spełnianie powyższego warunku**;
 - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;

- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem 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 nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,00 punkt**;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowości: kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, za co otrzymał **2,00 punkty**;

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co otrzymał **2,00 punkty**;

III. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał nie utrzymał punktów;

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

- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- na pytanie: rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków: określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Urszula Górna, Hanna Włodarczyk 63-700 Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3 dla miejsca udzielania świadczeń: Gabinet Fizjoterapii - Krotoszyn, ul. Wojciechowskiego 3 63-700 Krotoszyn:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;

- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **jednakże, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie odjęciem punktu**;
 - zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało odjęciem **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 nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co nie skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktu;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość: kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktu;

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

- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał **4,00 punkty**;
- na pytanie: rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków: określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Urszula Górna, Hanna Włodarczyk 63-700 Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3 dla miejsca udzielania świadczeń: Gabinet Fizjoterapii - Krotoszyn, ul. Dworcowa 1 63-700 Krotoszyn:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji prądem prądu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa

- powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **jednakże, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie odjęciem punktu**;
 - pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **jednakże, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie odjęciem 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 nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktu;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość: kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktu;

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

- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- na pytanie: rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków: określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Curasalutis Fizjoterapia w Twoim Domu mgr Agnieszka Krawczyńska 63-700 Krotoszyn ul. Ludowa 23 Pracownia Fizjoterapii 63-700 Krotoszyn ul. Stawna 91:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem 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 nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktu;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość: kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”::
 - nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktu;

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

- na pytanie: czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- na pytanie: rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków: określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

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

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

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

**Oferent Paweł Owczarz, Mirosława Wawrzyniak, 63-720 Koźmin Wielkopolski ul. Floriańska 21
Gabinety Rehabilitacyjne 63-720 Koźmin Wielkopolski ul. Floriańska 21:**

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem 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 nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktu;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość: kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

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

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

- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;
- na pytanie: rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków: określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent zaferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący Zakład Opieki Medycznej "Cer-Medic" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 63-700 Krotoszyn ul. Przemysłowa 21 Pracownia Fizjoterapii 63-700 Krotoszyn ul. Przemysłowa 19:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12 punktów**;
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;

- nie zadeklarował posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem 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 nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;

- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktu;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość: kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktu;

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

- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat , za co otrzymał **4,00 punktów**;
- na pytanie: rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków: określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,03 zł za co otrzymał **5,95 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwolujący Jerzy May 63-930 Jutrosin ul. 700-Lecia 1 Pracownia Fizjoterapii 63-740 Kobylin ul. Grunwaldzka 2a:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - pierwotnie zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, **jednakże, po uzyskaniu wyjaśnień od Odwołującego, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 22 listopada 2017 roku, zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieuzyskaniem punktów za spełnianie powyższego warunku;**
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał **4 punkty**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem 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 nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

- pierwotnie zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **jednakże, po uzyskaniu wyjaśnień od Odwołującego, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku, zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieuzyskaniem punktów za spełnianie powyższego warunku;**
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
- w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowości: kategoria 1. Sposób wykonania umowy określona w lp. II tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

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

III. W zakresie kryterium dostępności:

- 1) kategoria 1. Dostępność – harmonogram czasu pracy określona w lp. III tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, za co otrzymał **5,00 punktów**;
- 2) Dostępność – określona w części III tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktu;

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

- na pytanie: czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- na pytanie: rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie innych warunków: określonych w części V tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:

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

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

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

Po dokonanej weryfikacji miejsca udzielania świadczeń Odwołującego Jerzego Maya komisja konkursowa stwierdziła, brak sali gimnastycznej jako oddzielnego pomieszczenia, natomiast w złożonej ofercie zadeklarował on posiadanie sali gimnastycznej jako odrębne pomieszczenie. W świetle powyższego komisja konkursowa winna odjąć Odwołującemu 3 punkty za niespełnianie ww. warunku zatem łączna liczba punktów powinna wynieść 18,38 punktów, a nie jak wskazano w rankingu końcowym 21,38.

Naruszenie zasad postępowania konkursowego przez komisję konkursową skutkujące nie odjęciem Odwołującemu Jerzemu May 3 punktów w kryterium jakości nie zmienia jednak rankingu końcowego i jako takie nie miało wpływu na rozstrzygnięcie postępowania konkursowego.

Pomimo zatem, że rozstrzygnięcie postępowania dokonane było przez komisję konkursową z naruszeniem zasad postępowania, to jednak wskutek powyższego nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołujących, bowiem dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywołanej przez Odwołującego Cer-Medic w odwołaniu dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000035/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 rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze powiatu krotoszyńskiego wyjaśnić należy, co następuje.

Komisja konkursowa wyboru ofert w postępowaniu nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 dokonywała zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert. Oferty oceniane były pod względem kryterium kompleksowości, jakości, dostępności, ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz oferowanej ceny. W tej sytuacji te argumenty, że pacjenci stanowią duże grono stałych pacjentów i zadowolonych z udzielanych przez Odwołującego Cer-Medic świadczeń, jak i to, że decydują się na dłuższe oczekiwanie zamiast skorzystać z usług wcześniej u innego świadczeniodawcy nie wpłynęły, bo wpłynąć nie mogły na ocenę oferty. Co do pacjentów „rozpisanych” do czerwca 2018 roku zaznaczyć należy, że kwestię pacjentów wpisanych na listę oczekujących prowadzoną przez świadczeniodawcę, który zakończył realizację zawartej z NFZ umowy, reguluje art. 20 ust. 10a – 10d Ustawy. Z regulacji tej wynika, że w przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pacjent wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, natomiast świadczeniodawca, do którego zgłasza się pacjent, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawca, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązany wydać pacjentowi zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty jego zgłoszenia. Oddział wojewódzki Funduszu informuje w każdy dostępny sposób pacjentów wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

Natomiast został uwzględniony w ramach kryterium jakości zarówno posiadany przez Odwołującego Cer-Medic sprzęt jak i personel udzielający świadczeń, za co odpowiednio przyznane zostały punkty. Punkty

zostały również przyznane w ramach kryterium ciągłości, gdyż uwzględniona została realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu i obszaru stanowiącego przedmiot postępowania konkursowego nieprzerwanie od 5 lat.

Na uznanie nie zasługują również wniesione w dniu 29 stycznia 2018 r. przez Odwołującego Cer-Medic petycje pacjentów, wyrażające prośby o zawarcie z Odwołującym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. Żadne z kryteriów stanowiących podstawę do zawarcia umowy nie obejmuje takiej oceny, zatem nie ma możliwości aby załączone do odwołania pisma pacjentów mogły być podstawą do zmiany ocen w rankingu końcowym.

Wyjaśnienia wymaga, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 biorąc pod uwagę łączną ocenę uzyskaną przez Odwołującego Cer-Medic i pozostałych oferentów na podstawie kryteriów niecenowych wypełniając dyspozycję zawartą w § 15 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ogłoszenia o postępowaniu, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, zaprosiła m.in. Odwołującego Cer-Medic do negocjacji, które zakończyły się podpisaniem protokołu z negocjacji zawierającym ostateczne stanowiska w zakresie liczby i ceny. W zakresie kryterium ceny Odwołujący zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,03 złotych za co otrzymał 5,95 punktów. Na podstawie odpowiedzi zawartych w formularzu ofertowym oferta Odwołującego uzyskała łącznie 31,95 punktów w konsekwencji czego zajął on przedostatnie miejsce w rankingu końcowym, co okazało się jednak niewystarczającym do zawarcia z nim umowy. Przypomnieć należy, że zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Oferta, która zajęła najniższą pozycję w rankingu końcowym i jednocześnie została wybrana do zawarcia umowy otrzymała 35 punktów. Uzyskany wynik punktowy nie pozwolił więc na zawarcie umowy z Odwołującym Cer-Medic.

Odnosząc się do kolejnego odwołania złożonego w postępowaniu nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 przez Odwołującego Jerzego Maya wyjaśnić należy, co następuje:

W zakresie ograniczonego dostępu do usług medycznych z fizjoterapii dla pacjentów miasta i gminy Kobylin jak i odpowiedzi na pytanie dotyczące wyboru oferentów w Krotoszynie i w Koźminie Wlkp., a nie również w Kobylinie, wskazać należy, iż zgodnie z § 3 ust. 1 zarządzenia w sprawie rehabilitacji leczniczej oraz programów zdrowotnych w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką przedmiotem postępowania było wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na terenie powiatu krotoszyńskiego. Liczba punktów, która zakwalifikowała ostatnią ofertę do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, wyczerpała limit zamówienia. Oferent, którego oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę oceny 35 punktów został wskazany w rankingu końcowym jako ostatni, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. Dokonanie wyboru ofert wskazanych w rankingu końcowym wyczerpało środki finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania dla powiatu krotoszyńskiego - zgodnie z ogłoszeniem konkursu ofert. O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała punktacja jaką oferta Odwołującego Jerzego Maya otrzymała za wszystkie kryteria oceny ofert.

Podkreślić również należy, iż w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych maksymalnie pięć umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W rozstrzygnięciu postępowania nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01, zostało wskazanych czterech oferentów przy

czym oferta Urszuli Górnej, Hanny Włodarczyk (63-700) Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3, obejmowała dwa miejsca udzielania świadczeń. W tym miejscu wyjaśnienia wymaga, iż wybranie ofert i określonych w nich miejsc udzielania świadczeń oznacza kwalifikację do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w liczbie tych właśnie miejsc udzielania świadczeń. Pomimo zatem wybrania 4 oferentów, z uwagi na okoliczność, iż Oferent Urszula Górna, Hanna Włodarczyk (63-700) Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3 złożył ofertę obejmującą 2 miejsca udzielania świadczeń, możliwe byłoby zawarcie 5 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Faktyczne objęcie jedną umową, zawartą z Urszulą Górą, Hanną Włodarczyk, (63-700) Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3 dwóch miejsc udzielania świadczeń stanowi jedynie przyjętą w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia techniczną redakcję kontraktu (dokument umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju świadczeń redagowany jest w przypadku tożsamości okresów obowiązywania takiej umowy w poszczególnych zakresach świadczeń w sposób ujmujący wszystkie zakresy i miejsca udzielania świadczeń).

Postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom określonego terenu, w przypadku tego postępowania powiatu krotoszyńskiego, dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie prowadzą jednak do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Komisja wybrała zatem najkorzystniejsze oferty.

Odnosząc się do podnoszonej kwestii zaangażowania dużego potencjału fachowego, pomieszczeń oraz sprzętu jak i potencjalnej perspektywy rozbudowy i rozwoju, wskazać należy, iż komisja konkursowa w trakcie oceny ofert może brać pod uwagę jedynie kryteria określone w przywołanych powyżej aktach prawnych, i właśnie deklarowane w zakresie personelu, pomieszczeń, sprzętu warunki brano pod uwagę.

Nie zasługuje również na uznanie przedstawiony przez Oferenta, uzyskany dopiero 19 grudnia 2017 roku certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością dla miejsca (63-740) Kobylin ul. Grunwaldzka 2a. Oferent w złożonej ofercie zadeklarował już jego posiadanie, jednakże z przedłożonych dokumentów wynikało, że certyfikat nie obejmuje miejsca udzielania świadczeń wskazanego w ofercie, przez co też komisja konkursowa podjęła decyzję o zmianie odpowiedzi na „Nie” i nie przyznaniu punktu.

Trudno także zgodzić się z obawami Odwołującego Jerzego Maya dotyczącymi braku szansy uzyskania kontraktu, jako nowego podmiotu, z uwagi na przywileje podmiotów kontynuujących umowy z NFZ tj. dodatkowe punkty. Maksymalną liczbę punktów jaką oferent mógł uzyskać za kryterium ciągłość to 6. Spełnienie warunków dodatkowo ocenianych określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert warunki do ubiegania się o umowę pozwalają w innych niż ciągłość uzyskać liczbę punktów wystarczającą do zajęcia w rankingu końcowym miejsca kwalifikującego do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nadto wskazać należy, że nowemu podmiotowi nie zostaną odjęte punkty z tytułu przeprowadzonej kontroli przez Płatnika tj. maksymalnie 12 punktów.

Powyżej wskazany sposób postępowania eliminuje element subiektywny działania komisji, jakim byłoby stosowanie do niektórych oferentów dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Przestrzeganie zasady równego traktowania wszystkich oferentów nie pozwala na stosowanie w toku prowadzonego postępowania konkursowego innych kryteriów aniżeli określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert.

Nadmienić należy, że 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 ze zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Zatem, podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się na zasadach konkurencyjności. Uzyskanie przez Odwołującą mniejszej ilości punktów w rankingu końcowym uwzględniającym łącznie kryteria jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyczerpanie wartości zamówienia przez oferentów, którzy uzyskali większą ilość punktów w rankingu końcowym stanowiło jedyny powód niewybrania ich ofert.

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

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż wskutek wniesionych odwołań nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o 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 na obszarze powiatu krotoszyńskiego. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000035/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego Cer-Medic, oraz Odwołującego Jerzego Maya wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i w związku z powyższym nie ma podstaw do uwzględnienia ich odwołań. Wobec powyższego odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Magdalena Kraszewska (1)

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji. Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję.

Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 8 egz.:

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie, (63-700) Krotoszyn ul. Młyńska 2,
2. Urszula Górna, Hanna Włodarczyk, (63-700) Krotoszyn ul. Wojciechowskiego 3,
3. Curasalus Fizjoterapia w Twoim Domu mgr Agnieszka Krawczyńska, (63-700) Krotoszyn ul. Ludowa 23,
4. Paweł Owczarz, Mirosława Wawrzyniak, (63-720) Koźmin Wielkopolski ul. Floriańska 21,
5. adwokat Robert Klejna ul. Chopina 21b 62-510 Konin, reprezentujący Zakład Opieki Medycznej "Cer-Medic" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 63-700 Krotoszyn ul. Przemysłowa 21,
6. Jerzy May, (63 – 930) Jutrosin ul. 700 - Lecia 1,
7. a/a,
8. a/a.

Sporządził: Anna Wicijewska