

znak: WO-DP.422.10.2018

Poznań, dnia .....**29** STY. 2018.....**DECYZJA NR *M* /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.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1257), po rozpatrzeniu sprawy z odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000100/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 gmin: 3063011 Leszno, 3013022 Lipno, 3013052 Świąciechowa, 3013062 Wijewo, 3013072 Włoszakowice, wniesionych przez Marię Gierczyńską prowadzącą działalność leczniczą pod nazwą: NZOZ Rehabilitacja Fizykoterapia Masaż Leczniczy pod adresem ul. Łokietka 3, 63-800 Gostyń oraz Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo – Rodzinnej i Szkolnej Salus spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą przy ul. Mikołaja Kopernika 8A, 64-113 Osieczna, postanawiam:

- 1. oddalić w całości odwołanie złożone przez Marię Gierczyńską,**
- 2. oddalić w całości odwołanie złożone przez Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo – Rodzinnej i Szkolnej Salus sp. z o.o.**

**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej: „Ustawą”, oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 31 października 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000100/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 gmin: 3063011 Leszno, 3013022 Lipno, 3013052 Świąciechowa, 3013062 Wijewo, 3013072 Włoszakowice.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 881 897,10 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 konkursowej podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

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 Marię Gierczyńską prowadzącą działalność leczniczą pod nazwą: NZOZ Rehabilitacja Fizykoterapia Masaż Leczniczy (zwaną dalej: „Odwołującą Marią Gierczyńską”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołująca Maria Gierczyńska

wniosła o przedstawienie uzasadnienia decyzji Funduszu o odrzuceniu oferty dotyczącej gabinetu NZOZ Rehabilitacja Fizykoterapia Masaż Leczniczy mieszczącego się w Lesznie przy ul. Prochownia 25A. Odwołująca uważa, że oferta spełnia wszystkie wymagania Ministerstwa Zdrowia i Funduszu oraz że została przygotowana z całą starannością. Gabinet świadczy usługi od 2008 roku. Zabiegi są wykonywane przez magistrów fizjoterapii z wieloma ukończonymi specjalistycznymi kursami. Sprzęt, na którym pracują jest wysokiej jakości, atestowany i serwisowany zgodnie z wymogami. Gabinet zabezpiecza wszystkie zabiegi z każdego rodzaju fizjoterapii. Zapewnia dostępność w godzinach od 8:00 do 18:00. Posiada wiele certyfikatów, w tym ISO, świadczący o najwyższej jakości zarówno usług, lokalu, sprzętu jak i strefy administracyjnej. Posiada profesjonalny transport, umowę z lekarzem rehabilitacji jak również umowę ze specjalistą. Odwołująca wykonuje znaczne ilości zabiegów i w związku z tym wykazuje nadwykonania. Jest to jedyny gabinet wśród zakontraktowanych gabinetów, który położony jest w centrum miasta, co jak zaznacza Odwołująca, jest niezwykle istotne dla ludzi starszych oraz nie posiadających transportu.

Ponadto wnosi o udostępnienie wyników rankingów wszystkich oferentów startujących w konkursie na terenie Leszna.

Dnia 12 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo – Rodzinnej i Szkolnej Salus sp. z o.o. (zwany dalej: „Odwołującym Salus”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

Odwołujący Salus zarzucił komisji konkursowej nie dokonanie wyboru złożonej przez niego oferty, pomimo spełniania przez nią wszystkich ustawowych kryteriów. Zdaniem Odwołującego oferta nie tylko spełniała wszystkie kryteria w stopniu bardzo dobrym ale także pod pewnymi względami oferta bardziej odpowiadała kryteriom ustawowym niż oferty niektórych wybranych podmiotów. Odwołujący Salus zapewnia wysoką jakość i kompleksowość świadczonych usług, zapewniając pacjentom dostęp do licznej, wysoce wykwalifikowanej kadry leczniczej w zakresie rehabilitacji – w osobach rehabilitantów posiadających wyższe wykształcenie i co najmniej 5-letni staż pracy w charakterze fizjoterapeuty, jak i konsultacje lekarza medycyny, specjalisty neurologii i rehabilitacji medycznej. Poza tym Odwołujący posiada szeroką kadrę pielęgniarską. Zapewnia dostęp do niezbędnego, wymaganego w toku postępowania konkursowego, wysokiej jakości sprzętu rehabilitacyjnego i to zarówno w zakresie podstawowym, wymaganym przez Fundusz np.: urządzenia wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, czy też zestaw do kriostymulacji, odrębna sala gimnastyczna i odrębna szatnia dla pacjentów, jak i w zakresie wykraczającym poza podstawowe minimum. Poza tym Odwołujący Salus realizuje na podstawie umowy proces leczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej. Odwołujący posiada również certyfikat ISO 9001:2015, świadczący o wysokim poziomie jakości świadczonych usług. Odwołujący zapewnia dużą dostępność do świadczonych usług, o czym świadczą zaproponowane godziny otwarcia ośrodka obejmujące 10 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, umożliwiające pacjentom wybór dogodnej

godziny korzystania z usług ośrodka, zarówno z uwzględnieniem godzin porannych jak i wieczornych. Także cena zaproponowana przez Odwołującego jest, jego zdaniem, konkurencyjna, gdyż Odwołujący nie zaproponował podwyższenia stawki za punkt w stosunku do cen jakie obowiązują go na podstawie dotychczasowej łączącej go z Funduszem umowy, która była zawarta na okres 5 lat. Odwołujący podnosi, że jednym z kryteriów oceny ofert jest kryterium ciągłości, które spełnia, gdyż realizuje na tym samym terenie, na podstawie umowy z Funduszem proces leczenia nieprzerwanie od 5 lat. Tego kryterium według jego wiedzy nie spełniają dwa spośród wybranych podmiotów. W ocenie Odwołującego jest to istotne kryterium oceny ofert, gdyż ma ono na celu zapewnienie pacjentom możliwości kontynuowania leczenia u dotychczasowych podmiotów. Zwraca uwagę, że rehabilitacja jest procesem długotrwałym, nie ograniczającym się do jednego lub dwóch zabiegów. Ciągłość zabiegów i ich systematyczność oraz kontynuowanie leczenia u tej samej osoby prowadzącej jest bardzo istotna. Zdaniem Odwołującego, uwzględniając fakt, iż spełnia on wszystkie pozostałe kryteria oceny będące podstawą dokonania wyboru, jest zastanawiającym i niezrozumiałym wybór świadczeniodawców dopiero rozpoczynających współpracę z Funduszem, w związku z tym nie spełniających kryterium ciągłości. Równocześnie wątpliwości budzi nie dokonanie wyboru oferty Odwołującego, który spełnia wszystkie kryteria i to w stopniu bardzo dobrym. Odwołujący rozszerza zakres swoich usług zwiększając liczbę pracowników świadczących usługi rehabilitacyjne na rzecz pacjentów, gwarantuje wysoki poziom usług, kompetentną kadrę i zapewnia pacjentom ciągłość leczenia.

Odwołujący uważa, że nie wybranie jego oferty narusza jego interes prawny, co skutkować będzie brakiem możliwości realizowania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej w kolejnym okresie. Sytuacja ta nie tylko naruszy interes Odwołującego ale także licznej rzeszy pacjentów korzystających dotychczas z jego usług, którzy zostają pozbawieni możliwości podjęcia leczenia lub kontynuowania leczenia prowadzonego dotychczas.

Odwołujący Salus wnosi o umożliwienie uzupełnienia odwołania po uzyskaniu dostępu do dokumentacji konkursowej.

W dniu 25 stycznia 2018 r. wpłynęło uzupełnienie odwołania Odwołującego Salus, w którym Odwołujący przedstawił dodatkowe zarzuty. Przede wszystkim zarzucił komisji konkursowej działanie wbrew przepisowi art. 134 Ustawy poprzez niezapewnienie równego traktowania świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób nie gwarantujący zachowania uczciwej konkurencji.

Po zapoznaniu się z aktami sprawy, w tym z treścią złożonych ofert oraz rankingiem końcowym Odwołujący Salus zauważył, że nie otrzymał punktów za posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości. Równocześnie punkty za posiadanie takiego sprzętu otrzymali inni oferenci, którzy zdaniem Odwołującego przedstawili w ofertach urządzenia wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne niskiej, a nie wysokiej częstotliwości.

Zdaniem Odwołującego doszło do naruszenia przepisów również w części dotyczącej oceny za dostępność. Odwołujący otrzymał 5,00 punktów za zadeklarowanie czasu pracy zakładu w wymiarze co najmniej 5 dni w tygodniu, po co najmniej 10 godzin dziennie. Natomiast trzech spośród wybranych oferentów za ten element oferty otrzymało 6,00 punktów, choć rozporządzenie takiej liczby punktów za ten element nie przewiduje.

Odwołujący nie zgadza się również z nieprzyznaniem mu punktów za posiadanie certyfikatu ISO 9001. Posiadany przez Odwołującego certyfikat, w jego ocenie, spełnia wszystkie warunki, tj. został przyznany dla miejsca, które było wskazane w ofercie i ma zastosowanie do wszystkich rodzajów świadczeń, które były realizowane przez Odwołującego w chwili jego wydania i to w zgłoszonej w ofercie lokalizacji. Odwołujący podkreśla, że bez znaczenia powinien pozostawać fakt, iż po złożeniu oferty poinformował Oddział Funduszu o zamiarze zmiany siedziby, informując równocześnie o tym, że dla nowej siedziby zostanie przeprowadzona certyfikacja.

Odwołujący protestuje wobec nieprzyznania mu punktów za posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i dolnych. Odwołujący zapewnił, że będzie posiadał sprzęt w dniu ewentualnego rozpoczęcia obowiązywania nowego kontraktu. Jego zdaniem okoliczność ta powinna zostać przez Oddział Funduszu uwzględniona.

Równocześnie w pełni podtrzymuje zastrzeżenia zgłoszone w odwołaniu z dnia 12 stycznia 2018 roku, w szczególności dotyczące ciągłości realizacji świadczeń.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołań wniesionych przez Odwołującą Marię Gierczyńską oraz Odwołującego Salus pismami z dnia 16 stycznia 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołujących oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej „kpa”, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 29 stycznia 2018 roku.

W dniu 17 stycznia 2018 roku z uprawnienia do wglądu do akt sprawy skorzystało Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o., w dniu 22 stycznia 2018 roku Odwołująca Maria Gierczyńska prowadząca NZOZ Rehabilitacja Fizjoterapia Masaż Lecznicy w Gostyniu natomiast w dniu 23 stycznia 2018 roku Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo – Rodzinnej Salus sp. z o.o..

Uwzględniając okoliczność, że od rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego pod nr 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 zostały złożone dwa odwołania, postanowieniem numer 8/2018 z dnia 16 stycznia

2018 r., działając na podstawie art. 62 kpa, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podjął decyzję o połączeniu spraw do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

**Na skutek złożonych przez Odwołującą Marię Gierczyńską oraz Odwołującego Salus, odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania numer 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 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 gmin: 3063011 Leszno, 3013022 Lipno, 3013052 Świąciechowa, 3013062 Wijewo, 3013072 Włoszakowice, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołujących w odwołaniach i uzupełnieniu do odwołania złożonego przez Odwołującego Salus w dniu 25 stycznia 2018 roku. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000100/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 numer 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, złożonych zostało siedem ofert:

1. oferta numer: 15-18-000100[05/1]-0001/00 złożona przez Lidię Kwiatkowską ul. Św. Józefa 5, 64-100 Leszno,
2. oferta numer: 15-18-000100[05/1]-0002/00 złożona przez Odwołującego Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo – Rodzinnej i Szkolnej Salus, ul. Mikołaja Kopernika 8A, 64-113 Osieczna,
3. oferta numer: 15-18-000100[05/1]-0003/00 złożona przez Odwołującą Marię Gierczyńską, ul. Władysława Łokietka 3, 63-800 Gostyń,
4. oferta numer: 15-18-000100[05/1]-0004/00 złożona przez Medeor spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Jana Kiepury 10, 64-100 Leszno,
5. oferta numer: 15-18-000100[05/1]-0005/00 złożona przez Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno,
6. oferta numer: 15-18-000100[05/1]-0006/00 złożona przez Medicare Spółka Akcyjna, ul. Ostroroga 8A, 64-100 Leszno,
7. oferta numer: 15-18-000100[05/1]-0007/00 złożona przez Wielkopolski Szpital Zespolony w Lesznie, ul. Jaka Kiepury 45, 64-100 Leszno.

Postępowanie numer 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 1522 ze zm.), zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej”;
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.), zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”;
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1980 ze zm.), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie sposobu ogłaszania 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.);
- zarządzenie Numer 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zmianami, zwanego dalej: „zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rehabilitacji leczniczej”;
- zarządzenia Numer 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania 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 numer 15-18-000100/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. Żadna z ofert nie została wycofana, pozostawiona bez rozpoznania ani odrzucona. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem wszystkie siedem ofert, jako spełniające 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 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii - Personel:

- 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 lub pomieszczenia:

- 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 4m<sup>2</sup> 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 0,75m – 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 (maksymalna suma punktów ujemnych 12,00):
  - 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 (maksymalna suma punktów 6,00):
- Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:

- tak (1,00 punkt);
- nie (brak punktów);
- Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
  - tak (1,00 punkt);
  - nie (brak punktów);
- prowadzenie:
  - indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2,00 punkty);
  - elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (4,00 punkty);
  - żadna z powyższych (brak punktów);

2. 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 (maksymalna suma punktów 12,00):

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

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 numer 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:

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

- liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

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

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

gdzie:

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

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

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

$C_{of}$  - 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  $C_{of} \geq C_{min}$ .

Należy podkreślić, iż w celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła następujące uchwały:

W dniu 20 listopada 2017 roku:

- Komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w części VIII oferty Ankiety. Komisja konkursowa postanowiła wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu korygować odpowiedzi i dodawać lub odejmować punkty. W przypadku, gdy:
  - złożona przez oferenta oferta, w szczególności formularz ofertowy, zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, tj. gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach formularza ofertowego lub innej części oferty,
  - treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Oddziału (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umowy).

Natomiast w przypadkach gdy oferent w złożonej ofercie zadeklarował w sposób niebudzący wątpliwości spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, a dopiero wyniki prowadzonej w miejscu wskazanym do udzielania świadczeń weryfikacji wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia – wzywać oferenta do złożenia wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś w przypadku nieprzedłożenia ich odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe dane. Dotyczy to np.: posiadania sprzętu i aparatury medycznej oraz warunków lokalowych lub też sytuacji gdy wyniki oceny oferty dokonanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Oddziału wiodą do wniosku, że oferent przedmiotowego warunku nie spełnia.

- Komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie uznania specjalności komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego – część VIII resortowych kodów identyfikacyjnych – 1300. W oparciu o przepisy § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r., poz. 594 ze zm.), biorąc pod uwagę iż wystąpiły wśród oferentów, którzy złożyli oferty w postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, przypadki wskazania miejsc udzielania świadczeń, które w Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą oznaczone są w następujący sposób: kod VIII systemu – 1300 poradnia rehabilitacyjna, kod IX systemu – HC.1.2.3. rehabilitacja ambulatoryjna, kod X systemu – 105 fizjoterapia, komisja konkursowa uznała, iż powyższe nie dyskwalifikuje takiego oferenta z dalszego udziału w postępowaniu konkursowym. W aktualnym stanie faktycznym mamy bowiem do czynienia z sytuacją, w której część IX oraz X kodów zostały wskazane w sposób prawidłowy, a zatem nie pozostawiają wątpliwości co do profilu medycznego oraz zakresu świadczeń zdrowotnych wykonywanych w jednostce organizacyjnej lub komórce organizacyjnej zakładu leczniczego.
- Komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie spełnienia warunku posiadania certyfikatów ISO 9001 - systemu zarządzania jakością i ISO 27 001 - systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji. Komisja konkursowa przyjęła, że kryterium posiadania certyfikatu jest spełnione, gdy certyfikat obejmuje miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie. Jednocześnie należy przyjąć, że certyfikat który obejmuje cały rodzaj świadczeń ma zastosowanie do wszystkich zakresów świadczeń, które były realizowane przez oferenta w chwili jego wydania oraz w miejscach ich ówczesnej realizacji. Komisja konkursowa uznała, że warunek jest spełniony w sytuacji gdy łącznie spełnione są powyższe wymagania. Jednocześnie nie będzie spełniony warunek posiadania certyfikatu, gdy certyfikat wydany został przed dniem wpisu właściwej komórki (zadeklarowanej w ofercie jako miejsce udzielania świadczeń) do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
- Komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie spełnienia warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością, tj.:

- przezywaniem 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,
- przezywaniem informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.

Komisja konkursowa po przeprowadzeniu analizy posiadanych przez Oddział danych, w przypadku powzięcia wątpliwości postanowiła wzywać oferentów do złożenia wyjaśnień. W przypadku gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe stoi w opozycji do treści informacji i danych znajdujących się w posiadaniu Oddziału Funduszu korygować treść odpowiedzi ankietowej i odejmować lub dodawać punkty rankingujące.

- W dniu 22 listopada 2017 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie oceny ofert w odniesieniu do wymaganego warunku dotyczącego udzielania świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej pod nadzorem co najmniej osoby wykonującej zawód fizjoterapeuty i posiadającej tytuł magistra, lub fizjoterapeuty posiadającego dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty. Dotyczy to udzielania świadczeń, za wyjątkiem masażu. Komisja w przypadku powzięcia wątpliwości co do spełniania warunku wezwie oferenta do złożenia wyjaśnień. Komisja konkursowa przyjmie wyjaśnienia gdy:

- Oferent potwierdzi wymagany staż pracy magistra fizjoterapii celem potwierdzenia zapewnienia nadzoru w godzinach pracy gabinetu lub wskaże godziny przeznaczone na realizację świadczeń, które nie wymagają takiego nadzoru (masaże);
- Oferent dokona zmiany harmonogramu czasu pracy personelu z wykorzystaniem zadeklarowanego potencjału, tj. z zachowaniem osób wskazanych w ofercie oraz wymiaru czasu pracy określonego w stosunku do tych osób;
- Dokona zmniejszenia czasu pracy pracowni/gabinetu z zachowaniem warunków wymaganych w tym zakresie (minimalnego czasu pracy gabinetu - co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie bez przerwy, w tym co najmniej 2 dni w przedziale czasowym od 13:00 do 18:00).

W przypadku, gdy wnioskowana zmiana powoduje, iż oferent nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego (pytanie 3.2.1. z części VIII oferty Ankiety), czas pracy zakładu jest krótszy niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, komisja dokona odjęcia punktów.

Komisja uwzględniając zaistniałe okoliczności przyjmowała wyjaśnienia oferenta również w sytuacji złożenia do oferty oświadczenia o samodzielnym wykonywaniu usług bez udziału podwykonawców.

Dnia 5 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000100/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 fizjoterapia ambulatoryjna wskazano 5 (słownie: pięciu) oferentów:

- Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno,
- Lidia Kwiatkowska, ul. Św. Józefa 5, 64-100 Leszno,
- Medeor sp. z o.o., ul. Jana Kiepury 10, 64-100 Leszno,
- Medicare Polska Spółka Akcyjna, ul. Jana Ostroroga 8A, 64-100 Leszno,
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie, ul. Jana Kiepury 45, 64-100 Leszno.

Komisja konkursowa nie wybrała ofert Odwołującej Mari Gieczyńskiej oraz Odwołującego Salus z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania o wyborze ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

| RANKING KOŃCOWY                                                                        |                                                                         |                              |                  |        |               |            |          |      |                             |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|--------|---------------|------------|----------|------|-----------------------------|--------------------------|
| pozycja oferty w rankingu i nazwa oferenta                                             | nazwa i adres miejsca udzielania świadczeń                              | cena jednostki rozlicz. (zł) | punktacja        |        |               |            |          |      |                             | decyzja o wybraniu ofert |
|                                                                                        |                                                                         |                              | za ofertę cenową | jakość | kompleksowość | dostępność | ciągłość | inne | łączna liczba punktów oceny |                          |
| 1. Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o.                                | Fizjoterapia Ambulatoryjna ul. Słowiańska 41 64-100 Leszno              | 1,00                         | 7,38             | 43     | 2             | 6          | 4        | 0    | 62,38                       | TAK                      |
| 2. Lidia Kwiatkowska                                                                   | Centrum Leczenia i Rehabilitacji Akwawit ul. Św. Józefa 5 64-100 Leszno | 1,03                         | 5,95             | 29     | 0             | 5          | 6        | 0    | 45,95                       | TAK                      |
| 3. Medeor sp. z o.o.,                                                                  | Pracownia Fizjoterapii ul. Jana Kiepury 10 64-100 Leszno                | 0,95                         | 9,76             | 29     | 0             | 6          | 0        | 0    | 44,76                       | TAK                      |
| 3. Medicare Polska Spółka Akcyjna                                                      | Fizjoterapia Ambulatoryjna ul. Jana Ostroroga 8A 64-100 Leszno          | 0,95                         | 9,76             | 29     | 0             | 6          | 0        | 0    | 44,76                       | TAK                      |
| 4. Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie                                              | Dział Fizjoterapii ul. Jana Kiepury 45 64-100 Leszno                    | 1,05                         | 5                | 24     | 4             | 5          | 6        | 0    | 44                          | TAK                      |
| 5. Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo – Rodzinnej i Szkolnej Salus sp. z o.o. | Pracownia Fizjoterapii ul. Żniwna 2 64-100 Leszno                       | 1,05                         | 5                | 23     | 0             | 5          | 4        | 0    | 37                          | NIE                      |

|                      |                                                               |      |   |      |   |   |   |   |      |     |
|----------------------|---------------------------------------------------------------|------|---|------|---|---|---|---|------|-----|
| 6. Maria Gierczyńska | Pracownia Fizjoterapii<br>ul. Prochowska 25A<br>64-100 Leszno | 1,05 | 5 | 11,5 | 0 | 5 | 4 | 0 | 25,5 | 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 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/1 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):

**1. Oferent:** Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o., miejsce udzielania świadczeń - Fizjoterapia Ambulatoryjna, ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii - Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 12,00 punktów;
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 17,00 punktów;
- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4,00 punkty;

b) kategorii - Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał 3,00 punkty;

- nie zadeklarował zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3,00 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> 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 kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;

c) kategorii - Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że 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;

d) kategorii - Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

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

e) kategorii - Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - sposób wykonania umowy:

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

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii – Dostępność - harmonogram czasu pracy:

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie za co otrzymał 5,00 punktów;

b) kategorii - Dostępność – część wspólna:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 1,00 punkt;

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - ciągłość – część wspólna:

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

5. Inne warunki oceniane – część wspólna:

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

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

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał 7,38 punktu. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

**2. Oferent:** Lidia Kwiatkowska, miejsce udzielania świadczeń - Centrum Leczenia i Rehabilitacji Akwawit, ul. Św. Józefa 5, 64-100 Leszno

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii - Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 12,00 punktów;
- nie zadeklarowała 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 4,00 punkty;

b) kategorii - Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał 3,00 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;
- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował basen rehabilitacyjny – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> 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 otrzymał 6,00 punktów;
- nie zadeklarował kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;

c) kategorii - Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że 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;

d) kategorii - Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

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

e) kategorii - Pozostałe warunki – część wspólna:

- nie zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - sposób wykonania umowy:

- 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;

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii – Dostępność - harmonogram czasu pracy:

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie za co otrzymał 5,00 punktów;

b) kategorii - Dostępność – część wspólna:

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

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - ciągłość – część wspólna:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał 6,00 punkty;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o rozliczenie wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów;

5. Inne warunki oceniane – część wspólna:

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

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

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,03 zł za co otrzymał 5,95 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

**3. Oferent:** Medeor sp. z o.o., miejsce udzielania świadczeń – Pracownia Fizjoterapii, ul. Jana Kiepury 10, 64-100 Leszno

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii - Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 12,00 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 4,00 punkty;

b) kategorii - Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3,00 punkty;

- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał 3,00 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3,00 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> 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 kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;

c) kategorii - Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że 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;

d) kategorii - Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

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

e) kategorii - Pozostałe warunki – część wspólna:

- nie zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - sposób wykonania umowy:

- 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;

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii – Dostępność - harmonogram czasu pracy:

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie za co otrzymał 5,00 punktów;

b) kategorii - Dostępność – część wspólna:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 1,00 punkt;

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - ciągłość – część wspólna:

- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o rozliczenie wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów;

5. Inne warunki oceniane – część wspólna:

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

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

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 zł za co otrzymał 9,76 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

**4. Oferent:** Medicare Polska Spółka Akcyjna, miejsce udzielania świadczeń – Fizjoterapia AmbulATORYJNA, ul. Jana Ostroroga 8A, 64-100 Leszno

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii - Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 12,00 punktów;
- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 17,00 punktów; niemniej jednak po analizie wyjaśnień przeprowadzonej przez komisję konkursową, dokonano korekty w ocenie oferty polegającej na zmianie odpowiedzi na: „nie” i odjęciu 17,00 punktów, ostatecznie za powyższy warunek nie naliczono punktów,
- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4,00 punkty;

b) kategorii - Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3,00 punkty;
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał 3,00 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3,00 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> 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 kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;

c) kategorii - Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że 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;

d) kategorii - Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

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

e) kategorii - Pozostałe warunki – część wspólna:

- nie zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - sposób wykonania umowy:

- 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;

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii – Dostępność - harmonogram czasu pracy:

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie za co otrzymał 5,00 punktów;

b) kategorii - Dostępność – część wspólna:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 1,00 punkt;

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - ciągłość – część wspólna:

- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o rozliczenie wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów;

5. Inne warunki oceniane – część wspólna:

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

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

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 zł za co otrzymał 9,76 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

**5. Oferent:** Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie, miejsce udzielania świadczeń – Dział Fizjoterapii, ul. Jana Kiepury 45, 64-100 Leszno

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii - Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 12,00 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 4,00 punkty;

b) kategorii - Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał 3,00 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;
- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> 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 kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;

c) kategorii - Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że 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;

d) kategorii - Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

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

e) kategorii - Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - sposób wykonania umowy:

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

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii – Dostępność - harmonogram czasu pracy:

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie za co otrzymał 5,00 punktów;

b) kategorii - Dostępność – część wspólna:

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

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - ciągłość – część wspólna:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał 6,00 punkty;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o rozliczenie wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów;

5. Inne warunki oceniane – część wspólna:

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

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

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał 5,00 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

**6. Odwołujący:** Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo – Rodzinnej i Szkolnej Salus sp. z o.o.,  
miejsce udzielania świadczeń – Pracownia Fizjoterapii, ul. Żniwna 2, 64-100 Leszno

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii - Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 12,00 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 4,00 punkty;

b) kategorii - Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

- nie zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3,00 punkty;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> 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 kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;

c) kategorii - Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że 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;

d) kategorii - Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

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

e) kategorii - Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt, niemniej jednak po analizie wyjaśnień przeprowadzonej przez komisję konkursową, dokonano korekty w ocenie oferty polegającej na zmianie odpowiedzi na: „nie” i odjęciu 1,00 punktu, ostatecznie za powyższy warunek nie naliczono punktów;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - sposób wykonania umowy:

- 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;

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii – Dostępność - harmonogram czasu pracy:

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie za co otrzymał 5,00 punktów;

b) kategorii - Dostępność – część wspólna:

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

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - ciągłość – część wspólna:

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

5. Inne warunki oceniane – część wspólna:

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

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

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał 5,00 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

**7. Odwołująca:** Maria Gierczyńska, miejsce udzielania świadczeń – Pracownia Fizjoterapii, ul. Prochownia 25A, 64-100 Leszno

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii - Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 12,00 punktów; niemniej jednak po analizie wyjaśnień przeprowadzonej przez komisję konkursową, dokonano korekty w ocenie oferty polegającej na zmianie odpowiedzi na „nie” i odjęciu 12,00 punktów, ostatecznie za powyższy warunek nie naliczono 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 4,00 punkty;

b) kategorii - Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał 3,00 punkty;
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;
- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m<sup>2</sup> 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 kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;

c) kategorii - Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że 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;

d) kategorii - Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co otrzymał 0,50 punktu ujemnego; niemniej jednak po analizie danych posiadanych przez Oddział komisja konkursowa, dokonała korekty w ocenie oferty polegającej na zmianie odpowiedzi na „nie” i dodaniu 0,50 punktu, ostatecznie za powyższy warunek nie naliczono punktów;
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, za co otrzymał 0,5 punktu ujemnego;

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

e) kategorii - Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,00 punkt;
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - sposób wykonania umowy:

- 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;

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kategorii – Dostępność - harmonogram czasu pracy:

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie za co otrzymał 5,00 punktów;

b) kategorii - Dostępność – część wspólna:

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

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii - ciągłość – część wspólna:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał 6,00 punktów; niemniej jednak po analizie danych posiadanych przez Oddział komisja konkursowa, dokonano korekty w ocenie oferty polegającej na zmianie odpowiedzi na „nieprzerwanie od 5 lat” i odjęciu 2,00 punktów, ostatecznie za powyższy warunek naliczono 4,00 punkty;
- zadeklarował odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o rozliczenie wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów;

5. Inne warunki oceniane – część wspólna:

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

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

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał 5,00 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji Odwołującej Marii Gierczyńskiej przywoływanych w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000100/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 gmin: 3063011 Leszno, 3013022 Lipno, 3013052 Świąciechowa, 3013062 Wijewo, 3013072 Włoszakowice, wskazać należy, co następuje.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującą Marię Gierczyńską punktów oceny wynosiła 25,50. Ostatnia z wybranych ofert oferentów, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Funduszu zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej otrzymała 44,00 punkty. Oferta Odwołującej nie została odrzucona, jak twierdzi Odwołująca,

a jedynie nie wybrana. Komisja konkursowa nie stwierdziła wystąpienia przesłanek wymienionych w art. 149 Ustawy, które stanowią podstawę do odrzucenia oferty. Zdaniem Odwołującej Marii Gierczyńskiej oferta została sporządzona starannie i spełniała wszystkie wymogi zapisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej jak i w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rehabilitacji leczniczej. W tym miejscu wskazania wymaga, iż w rankingu końcowym oferta Odwołującej w zakresie kryterium jakości uzyskała 11,50 punktu, podczas gdy ostatnia z wybranych ofert w zakresie tego samego kryterium otrzymała 24,00 punkty. Komisja konkursowa dokonując analizy oferty stwierdziła rozbieżność pomiędzy deklaracją dotyczącą personelu, a zadeklarowanym personelem, która miała najistotniejsze znaczenie dla oceny oferty w zakresie kryterium jakości. Odwołująca wykazała magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w wymiarze czasu pracy odpowiadającej połowie etatu. Po weryfikacji oferty oraz uwzględnieniu wyjaśnień złożonych przez Odwołującą ustalono, że wykazana w ofercie magister fizjoterapii z 5-letnim stażem pracy nie będzie realizować dodatkowo ocenianego zadania polegającego na pracy w wymiarze połowy etatu. Osoba personelu realizuje wyłącznie wymóg wymagany rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wobec powyższych ustaleń komisja konkursowa odjęła ofercie 12,00 punktów. W zakresie zadeklarowanego sprzętu i aparatury medycznej oferta Odwołującej nie odbiegała znacznie od ofert złożonych przez pozostałych uczestników konkursu. Jak większość oferentów Odwołująca zadeklarowała posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i dolnych oraz zestawu do kriostymulacji parami azotu. Natomiast nie zadeklarowała posiadania w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, której posiadanie zadeklarowało czterech z siedmiu oferentów.

W zakresie kryterium dostępności oferta Odwołującej nie odbiega od pozostałych ofert. Natomiast w zakresie oceny ciągłości udzielania świadczeń komisja konkursowa dokonała korekty odpowiedzi, a tym samym umniejszyła wyjściowo naliczoną liczbę punktów, przyznając ofercie 4,00 punkty. Ustalono, że Odwołująca realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji leczniczej, fizjoterapii ambulatoryjnej, nieprzerwanie od 5 lat.

Na marginesie należy wspomnieć, że dla oceny oferty bez znaczenia pozostała informacja o lokalizacji gabinetu fizjoterapii w centrum miasta Leszno. Ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera m.in. określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W niniejszym postępowaniu obszar obejmował gminy: Leszno, Lipno, Świąciechowa, Wijewo, Włoszakowice, wobec czego lokalizacja pracowni powinna znajdować się na wskazanym obszarze aby spełnić warunek umożliwiający wzięcie udziału w postępowaniu konkursowym.

Odnosząc się do zarzutów wniesionych przez Odwołującego Salus wskazać należy w pierwszej kolejności, że komisja konkursowa pozytywnie oceniła ofertę, nie dopatrując się w niej błędów mogących być powodem do jej odrzucenia. Oferta spełniała wszystkie wymagania stawiane przez przepisy regulujące niniejsze

postępowanie zamieszczone w ogłoszeniu o postępowaniu. Odwołujący Salus, tak jak oferenci wybrani do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zadeklarował dodatkowy personel, dzięki któremu oferta uzyskała w kategorii jakość dodatkowe punkty. Zadeklarował magistra farmacji z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta w wymiarze czasu pracy co najmniej pół etatu oraz zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Za spełnienie powyższych warunków ofercie naliczono łącznie 16,00 punktów. Ponadto Odwołujący w zakresie sprzętu i aparatury medycznej zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu, salę gimnastyczną oraz przebieralnię dla pacjentów w miejscu udzielania świadczeń. Nadmienić tutaj należy, że w odwołaniu Odwołujący Salus wskazał, że posiada dostęp do wysokiej jakości sprzętu rehabilitacyjnego przekraczającego zakres wymagany przez Fundusz, w tym do urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości. Niemniej jednak w ofercie nie zadeklarował dysponowania tym urządzeniem w miejscu udzielania świadczeń. Za taką odpowiedź nie uzyskał punktów.

W uzupełnieniu do odwołania Odwołujący Salus podnosi, że co najmniej dwóch spośród wybranych pięciu oferentów otrzymało punkty za posiadanie takiego sprzętu co jest niezgodne z prawdą, gdyż wskazany sprzęt nie wytwarza pola elektromagnetycznego wysokiej częstotliwości, tylko niskiej częstotliwości. W trzecim przypadku trudno zweryfikować, czy oferent spełnia wymóg posiadania takiego sprzętu, gdyż nie wskazał modelu posiadanego sprzętu, a jedynie jego numer seryjny. Wątpliwość Odwołującego budzi, czy komisja konkursowa sprawdziła fakt posiadania wymaganego sprzętu oraz w jaki sposób dokonała tejże weryfikacji, gdyż na podstawie numeru seryjnego nie da się potwierdzić, że urządzenie wytwarza pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości. Zdaniem Odwołującego takie postępowanie komisji konkursowej świadczy o nierównym, a wręcz preferencyjnym traktowaniu niektórych podmiotów będących uczestnikami postępowania.

Wyjaśnić należy, że we wcześniejszej części niniejszej decyzji wyliczono szczegółowo za spełnienie jakich warunków oferty uzyskały punkty rankingujące. W zakresie posiadania w miejscu udzielania świadczeń urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, tylko dwóch z pięciu wybranych oferentów zadeklarowało spełnianie tego warunku. Wykazali ono posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości model MEGAPULSE II 65A oraz model BTL 6000 Shortwave. Oba urządzenia stanowiły przedmiot weryfikacji jakiej komisja konkursowa dokonała we wskazanych miejscach udzielania świadczeń w dniu 24 listopada 2017 roku. Oba wskazane urządzenia wytwarzają impulsowe pole elektromagnetyczne o wysokiej częstotliwości, wobec czego zarzut Odwołującego jest całkowicie bezzasadny.

W zakresie sprzętu i aparatury medycznej, oferta Odwołującego Salus od ofert wybranych oferentów różni się brakiem zadeklarowania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i dolnych. W uzupełnieniu do odwołania Odwołujący wskazuje, że w ofercie zaznaczył, iż sprzęt będzie posiadał od dnia ewentualnego rozpoczęcia obowiązywania nowego kontraktu. Należy zwrócić uwagę, że przedmiotem oceny w ofercie jest spełnianie warunków, a nie ich spełnienie w przyszłości i to pod warunkiem, iż oferent zostanie wybrany do

zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oferent przystępując do postępowania konkursowego deklaruje posiadanie sprzętu i aparatury medycznej oraz pomieszczeń. Deklaracje zawarte w ofercie, a także jego oświadczenia powinny odpowiadać rzeczywistości najpóźniej w dniu otwarcia ofert. Wówczas bowiem, zostaną one zakomunikowane adresatowi, to jest organizatorowi postępowania konkursowego. Dlatego ten właśnie moment stanowi właściwy punkt odniesienia dla oceny prawidłowości informacji zawartych w ofercie. Na potwierdzenie deklarowanego stanu komisja konkursowa działając w oparciu o § 17 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu, przeprowadza weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności poprzez oględziny pomieszczeń i urządzeń przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy którego wykonywana ma być umowa. Tym samym w miejscu udzielania świadczeń winny znajdować się wszystkie zadeklarowane urządzenia, a więc złożenie przez oferenta odrębnej deklaracji, iż będzie w przyszłości posiadał urządzenie nie podlega weryfikacji i w żaden sposób nie może zostać uwzględnione w trakcie oceny oferty. Przepisy rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert nie przewidują możliwości brania pod uwagę przez komisję konkursową deklaracji posiadania sprzętu podczas oceny ofert i to deklaracji uwarunkowanej ewentualnym wykonywaniem nowego kontraktu.

Odwołujący Salus nie zgadza się z nieprzyznaniem punktów za zadeklarowanie Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością. W ofercie zadeklarował realizację świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w Pracowni Fizjoterapii pod adresem ul. Żniwna 2 w Lesznie. Jednocześnie złożył do oferty oświadczenie, że wraz z podpisaniem kontraktu z Funduszem dostarczy Certyfikat ISO 9001 w zakresie certyfikacji rehabilitacji ambulatoryjnej. Postępowaniem swym wykazał, że na dzień otwarcia ofert nie posiadał Certyfikatu ISO 9001 w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej wykonywanej w Pracowni Fizjoterapii, ul. Żniwna 2 w Lesznie. Niemniej jednak komisja konkursowa w dniu 6 grudnia 2017 roku poprosiła Odwołującego o złożenie wyjaśnień w przedmiocie zapewnienia posiadania Certyfikatu ISO 9001 i zażądała przedstawienia odpowiedniego dokumentu. Jednocześnie komisja konkursowa wyjaśniła, że kryterium posiadania certyfikatu systemu zarządzania jest spełnione m.in. jeżeli certyfikat ma zastosowanie w przedmiocie postępowania, na który złożono ofertę oraz obejmuje miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie. Odwołujący w dniu 14 grudnia 2017 roku przedłożył wraz z wyjaśnieniami dokument Certyfikat ISO 9001 wydany dnia 13 grudnia 2017 roku dla lokalizacji ul. Żniwna 2, 64-100 Leszno. Zakresem certyfikacji objęto świadczenie usług medycznych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Jak wyżej wykazano Odwołujący uzyskał Certyfikat ISO 9001 po dniu otwarcia ofert, a więc po dniu wskazanym jako dzień dokonywania weryfikacji zadeklarowanych warunków. Odwołujący Salus nie posiadał stosownego certyfikatu zarządzania jakością, pomimo złożenia deklaracji w formularzu ankietowym. Komisja konkursowa dokonując oceny spełniania tegoż warunku stwierdziła, że jest on nie spełniony na dzień otwarcia ofert, a więc odjęła 1,00 punkt.

Łącznie ocena oferty Odwołującego Salus w zakresie kryterium jakości uzyskała 23,00 punkty i była niższa o 1,00 punkt od ostatniej wybranej oferty. Tak więc niezasadne jest twierdzenie Odwołującego, że jego

oferta „nie tylko spełniała w/w kryteria w stopniu bardzo dobrym ale także pod pewnymi względami jego oferta była bardziej odpowiadająca kryteriom ustawowym niż oferty niektórych wybranych podmiotów”.

W zakresie kryterium dostępności Odwołujący Salus zadeklarował czas pracy zakładu co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie za co otrzymał 5,00 punktów. Taki sam czas pracy zadeklarowali wszyscy pozostali oferenci uczestniczący w niniejszym postępowaniu.

Odnosząc się do ceny zaproponowanej przez Odwołującego Salus trzeba wskazać, że jest ona równa wysokości ceny oczekiwanej przez Fundusz i wynosiła 1,05 zł za jeden punkt rozliczeniowy. Tym czasem oferenci wybrani zaproponowali ceny w wartości od 0,95 zł do 1,05 zł za co otrzymali stosowne wartości punktów. Bez znaczenia dla oceny wysokości zaproponowanej stawki był fakt, że Odwołujący Salus nie zmienił jej wysokości w stosunku do dotychczas u niego obowiązującej, na podstawie obecnie realizowanej umowy z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Funduszu. Zauważyć należy, że Odwołujący dnia 4 stycznia 2018 roku brał udział w negocjacjach i zaproponował cenę jednostkową 1,05 zł za punkt. Podpisał protokół końcowy z negocjacji tym samym potwierdził swoje ostateczne stanowisko co do liczby świadczeń oraz ich ceny.

Zdaniem Odwołującego Salus istotny jest fakt, że dwa z wybranych podmiotów nie udzielały dotychczas świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze gmin objętych niniejszym postępowaniem. Natomiast Odwołujący udziela świadczeń od 5 lat, co zadeklarował w ofercie i za co otrzymał 4,00 punkty. Pozostałe oferty również zostały pod względem kryterium ciągłości ocenione i odpowiednio do zadeklarowanego i zweryfikowanego okresu udzielania świadczeń, naliczono odpowiednie ilości punktów. Dwaj oferenci wyłonieni w postępowaniu zadeklarowali w kryterium ciągłości odpowiedź „żadna z powyższych” na pytanie o realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie. Za udzielenie takiej odpowiedzi oferenci ci nie otrzymali punktów. Za spełnienie kryterium ciągłości oferenci otrzymują dodatkowe punkty. Jak słusznie zauważył Odwołujący Salus rehabilitacja jest procesem długotrwałym, a ciągłość zabiegów i ich systematyczność jest bardzo często kluczem do osiągnięcia pozytywnych wyników leczenia. Należy w tym miejscu podkreślić, że rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów wyboru ofert przewiduje możliwość udzielenia odpowiedzi na pytanie o kontynuowanie procesu leczenia świadczeniobiorców. Oferent mógł oświadczyć, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 5 lub 10 lat albo w okresie krótszym. Mógł też udzielić odpowiedzi „żadna z powyższych”, co wskazuje jednoznacznie, że oferent dotychczas, w kontraktowanym zakresie udzielania świadczeń dla przedmiotowego obszaru, nie realizuje umowy. Uniemożliwienie oferentom udzielenia takiej odpowiedzi wykluczyłoby z postępowania konkursowego podmioty nowe, a to miałoby istotny negatywny wpływ na zapewnienie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń i stałoby wbrew zasadzie dbałości o dobro pacjenta, którą kieruje się Fundusz.

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje kompleksowość, jakość udzielanych świadczeń, ale także ich dostępność, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona np. certyfikatem. Określone w art. 148 Ustawy oraz w rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert kryteria ocen muszą być stosowane jednolicie przez komisję konkursową wobec wszystkich oferentów. Powyższe wyjaśnienia wskazują jednoznacznie, że komisja konkursowa dopełniła swoich obowiązków i wykonała oceny ofert zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert.

W tym miejscu przypomnieć należy, że ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym Oddziału Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Oddział Funduszu wskazał, iż po przeprowadzeniu tegoż postępowania zawrze maksymalnie pięć umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oferta Odwołującej Marii Gierczyńskiej i Odwołującego Salus nie zostały wybrane ze względu na fakt, iż ilość świadczeń zaoferowanych do wykonania przez oferentów, którzy wskazani zostali jako ci, z którymi Oddział Funduszu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a którzy w prowadzonym postępowaniu zadeklarowali lepsze warunki realizacji umowy w związku z czym uzyskali większą liczbę punktów, wyczerpała niemal całkowicie kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie w tym postępowaniu. (dla postępowania numer 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 przewidziano 881 897,10 zł, suma wartości ofert wybranych oferentów do zawarcia umów wynosi 877 306,70 zł). Dodatkowo wybór pięciu oferentów w postępowaniu numer 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 wyczerpał przewidzianą w ogłoszeniu postępowania maksymalną liczbę umów, które Oddział Funduszu zawrze po przeprowadzeniu postępowania.

Podnieść należy, że Komisja konkursowa w trakcie oceny ofert może brać pod uwagę jedynie kryteria określone w przywołanych powyżej aktach prawnych. Taki sposób postępowania eliminuje element subiektywny działania komisji, jakim byłoby stosowanie do niektórych oferentów dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Przestrzeganie zasady równego traktowania wszystkich oferentów nie pozwala na stosowanie w toku prowadzonego postępowania konkursowego innych kryteriów aniżeli określone w przepisach.

Podkreślenia wymaga ponownie, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr: 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podlegała identycznym kryteriom oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków. Biorąc powyższe pod uwagę oraz wskazanie w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia

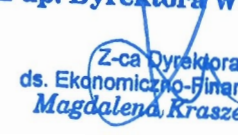
umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym Fundusz po przeprowadzeniu w/w postępowania zawarł pięć umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, brak było podstaw dla wybrania ofert Odwołujących, gdyż uzyskały one niższe punktacje, niż oferty które w całości wyczerpały wartość zamówienia.

Postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Oddział Funduszu 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 Odwołujących mniejszych 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, przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie 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 Odwołujących, 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 w odwołaniach wniesionych przez Marię Gierczyńską oraz Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo – Rodzinnej i Szkolnej Salus sp. z o.o. nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000100/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o zawarcie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin: 3063011 Leszno, 3013022 Lipno, 3013052 Świąciechowa, 3013062 Wijewo, 3013072 Włoszakowice. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Powyższe uzasadnia wnioszek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołujących wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma

podstaw do uwzględnienia 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 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 9 egz.:

1. Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus sp. z o.o., ul. Słowiańska 41, 64-100 Leszno,
2. Lidia Kwiatkowska ul. Św. Józefa 5, 64-100 Leszno,
3. Medeor sp. z o.o., ul. Jana Kiepury 10, 64-100 Leszno,
4. Medicare Spółka Akcyjna, ul. Ostroroga 8A, 64-100 Leszno,
5. Wielkopolski Szpital Zespolony w Lesznie, ul. Jaka Kiepury 45, 64-100 Leszno
6. Maria Gierczyńska, ul. Władysława Łokietka 3, 63-800 Gostyń,
7. Pielęgniarski Ośrodek Medycyny Środowiskowo – Rodzinnej i Szkolnej Salus, ul. Mikołaja Kopernika 8A, 64-113 Osieczna,
8. a/a,
9. a/a.

Sporządził: M. Bajon