

znak: WO-DP.422.16.2018

Poznań, dnia 01.02.2018 r.

DECYZJA NR 12/2018/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 15-18-000095/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: 3027062 Przykona, 3027011 Turek, 3027082 Turek, 3027092 Władysławów, wniesionych przez Annę Górską prowadzącą działalność leczniczą pod nazwą: Centrum Rehabilitacji ANI-MED Fizjoterapia Anna Górską pod adresem Kowale Pańskie 58A, 62-704 Kawęczyn oraz Danutę Winiecką i Zbigniewa Ćwiklińskiego prowadzących działalność leczniczą pod nazwą: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia REHA-MED spółka cywilna D.Winiecka, Z.Ćwikliński pod adresem ul. Kolska 19, 62-700 Turek, postanawiam:

- 1. oddalić w całości odwołanie złożone przez Annę Górską,**
- 2. oddalić w całości odwołanie złożone przez Danutę Winiecką i Zbigniewa Ćwiklińskiego.**

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 15-18-000095/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: 3027062 Przykona, 3027011 Turek, 3027082 Turek, 3027092 Władysławów.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 692 376,30 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 4 (słownie: cztery).

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 11 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Annę Górską prowadzącą działalność leczniczą pod nazwą Centrum Rehabilitacji ANI-MED Fizjoterapia Anna Górską pod adresem Kowale Pańskie 58A, 62-704 Kawęczyn (zwaną dalej: „Odwołującą Anną Górską”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołującą Anną Górską wnosi o:

- ponowne przeanalizowanie złożonej przez Odwołującą oferty,
- weryfikację przyznanych punktów,
- umieszczenie na liście podmiotów wybranych do zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie oferty.

Dnia 12 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Danutę Winiecką i Zbigniewa Ćwiklińskiego prowadzących działalność leczniczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia REHA-MED spółka cywilna D.Winiecka, Z.Ćwikliński pod adresem ul. Kolska 19, 62-700 Turek, (zwany dalej: „Odwołującym REHA-MED”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

Odwołujący REHA-MED zarzucił, iż postępowanie prowadzone przez komisję konkursową było niezgodne z poniżej wymienionymi przepisami:

- a) art. 132 ust. 2 Ustawy w zw. z art. 148 ust. 1 pkt 4 Ustawy oraz w zw. z zapisami 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, załącznik numer 5:

- tabela 1, pkt 2 lp. I Jakość 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia w zakresie w jakim komisja konkursowa przyznała dodatkową punktację RODAMED sp. z o.o. za odpowiedź na pytanie ankietowe 2.3.4., mimo, iż w podmiocie brak wyodrębnionej architektonicznie przestrzeni przeznaczonej na salę gimnastyczną,
- tabela 2 – rehabilitacja lecznicza – część wspólna, pkt III Dostępność lp. 1 w zakresie w jakim komisja konkursowa przyznała dodatkową punktację RODAMED sp. z o.o. oraz FIZJO-REH Jankowiak sp. z o.o. za odpowiedź na pytanie ankietowe numer 3.1.1. mimo nie dysponowania odrębną aplikacją, służącą wykonania obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.

- b) art. 134 ust. 1 i 2 w zw. z art. 135 ust. 2 pkt 2 Ustawy w zakresie w jakim uniemożliwiono Odwołującemu REHA-MED zapoznanie się z pełną treścią ofert, w tym z protokołami komisji konkursowej w części zawierającej przyznaną punktację, co w konsekwencji uniemożliwiło weryfikację ofert pozostałych uczestników postępowania,

- c) art. 134 ust. 1 w zw. z art. 142 ust. 6 Ustawy w zakresie w jakim komisja konkursowa nie przeprowadziła negocjacji z Odwołującym REHA-MED, co skutkowało niewybraniem jego oferty,

- d) art. 149 ust. 3 Ustawy, w zakresie w jakim organ zakończył postępowanie i nie wezwał do uzupełnienia braków formalnych ofert mimo, iż oferty zawierały takowe braki formalne, w szczególności:
- oferta FIZJO-REH Jankowiak sp. z o.o. zawierała nieprawidłową numerację stron, niezgodną z Zarządzeniem Prezesa Funduszu z dnia 14 marca 2018 roku numer 18/2017/DSOZ § 12 ust. 2 pkt 5,
 - oferta I.Bakalarz, T.Bartosik, K.Szkudlarek-Graczyk, K.Kwiecień, M.Malarowski, B.Niespodziańska, M.Rybacka MEDICUS spółka partnerska lekarzy oraz oferenta RODAMED sp. z o.o. – w zakresie w jakim podpisy na formularzu ofertowym nie odpowiadają ich wzorom przedstawionym w załączniku do oferty,
- e) art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, który stanowi, że odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje - w zakresie w jakim komisja konkursowa nie odrzuciła oferty RODAMED sp. z o.o., który w dacie otwarcia ofert nie wykonywał świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej pod adresem wskazanym w ofercie, a następnie po terminie składania ofert zmienił adres wykonywania świadczeń na nowy, pod którym rozpoczęto wykonywanie świadczeń już po upływie terminu do składania ofert,
- f) § 16 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 stanowiącego, że komisja konkursowa ma prawo przeprowadzenia kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, a także żądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania, w zakresie w jakim nie zweryfikowano ofert:
- RODAMED sp. z o.o., który w dacie składania oferty, nie wykonywał świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej pod adresem ul. Korytkowska 2 oraz Kolska Szosa 28, gdyż nowa placówka w której podmiot zamierza udzielać świadczeń została otwarta po upływie terminu składania ofert, co wskazuje na naruszenie Zarządzenia Prezesa Funduszu z dnia 14 marca 2017 roku numer 18/2017/DSOZ § 14 ust. 2, w zakresie w jakim oświadczenie złożone w ofercie nie było zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a zatem nieprawdziwe, co winno skutkować odrzuceniem oferty na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy,
 - RODAMED sp. z o.o. oraz MEDICUS pod kątem koincydencji z innymi podmiotami wykonującymi świadczenia z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w części, w jakiej oferenci zadeklarowali wykonywanie świadczeń za pomocą specjalistów w dziedzinie fizjoterapii – Piorta Porzycha i Lidii Górniak, za co otrzymali 17 punktów, wobec występujących wątpliwości co do fizycznej i czasowej możliwości realizacji świadczeń przez ww. osoby w placówkach oferentów w zadeklarowanych godzinach, z uwagi na ograniczoną liczbę specjalistów na rynku,
- g) § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 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 komisja konkursowa

zaprasza do negocjacji oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia, a pominięcie jednego z oferentów w toku negocjacji zaburzyć mogło wybór najlepszych ofert,

Ponadto Odwołujący wnosi o ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna pod kątem rzeczywistego spełniania kryteriów przez podmioty wybrane w toku konkursu.

W dniu 25 stycznia 2018 r. wpłynęło uzupełnienie odwołania złożone przez Odwołującego REHA-MED, który podtrzymał dotychczasowe zastrzeżenia, a jednocześnie zarzucił brak transparentności prowadzonego postępowania, który dyskwalifikuje rozstrzygnięcie komisji konkursowej, stanowiąc jednocześnie przejaw naruszenia zasady równego traktowania oferentów. Przejawia się to w braku w aktach postępowania konkursowego protokołu oględzin oferenta RODAMED sp. z o.o., w utajnieniu przed Odwołującym oferty RODAMED sp. z o.o. w zakresie miejsca wykonywania świadczeń.

Odwołujący zarzuca komisji konkursowej zmianę oferty RODAMED sp. z o.o. w zakresie harmonogramu czasu pracy fizjoterapeuty, co mogło wpłynąć na końcową ocenę oferty.

Jednocześnie w zakresie oferty FIZJO-REH Jankowiak sp. z o.o. Odwołujący REHA-MED zarzuca komisji konkursowej przyjęcie oferty nie zawierającej ponumerowanych stron w kolejności. Ponadto wątpliwości budzi oświadczenie oferenta o zawarciu umowy w zakresie transportu sanitarnego, bowiem pierwsze oświadczenie oferenta o zobowiązaniu do zawarcia umowy nie obejmowało zgody na przeprowadzenie kontroli przez Fundusz. Kolejne oświadczenie zostało rozszerzone o ten wymóg, już po terminie składania ofert.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą Annę Górską oraz Odwołującego REHA-MED 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 15-18-000095/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 23 stycznia 2018 roku z uprawnienia do wglądu w akta sprawy skorzystali Pani Danuta Winiecka i Pan Zbigniew Ćwikliński prowadzący działalność leczniczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia REHA-MED spółka cywilna D.Winiecka, Z.Ćwikliński oraz Odwołująca Anna Górską

prowadząca działalność leczniczą pod nazwą Centrum Rehabilitacji ANI-MED Fizjoterapia Anna Górską. W dniu 24 stycznia 2018 roku z powyższego uprawnienia skorzystali Pan Tomasz Bartosik, Pani Iwona Bakalarz i Pani Romana Rynkiewicz reprezentujący I.Bakalarz, T.Bartosik, K.Szkudlarek – Graczyk, K.Kwiecień, M.Malarowski, B.Niespodziańska, M.Rybacka MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy oraz Magdalena Jankowiak reprezentująca FIZJO-REH Jankowiak sp. z o.o.

Uwzględniając okoliczność, że od rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego pod nr 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01 zostały złożone dwa odwołania, postanowieniem numer 7/2018 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 Odwołującego ANI-MED oraz Odwołującego REHA-MED, odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania numer 15-18-000095/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: 3027062 Przykona, 3027011 Turek, 3027082 Turek, 3027092 Władysławów, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołujących w odwołaniach i uzupełnieniu do odwołania wniesionym przez Odwołującego REHA-MED. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000095/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 15-18-000095/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 na osiem miejsc udzielania świadczeń:

1. oferta numer: 15-18-000095[05/1]-0001/00 złożona przez Karola Bartczaka, ul. Próżna 28, 62-800 Kalisz,
2. oferta numer: 15-18-000095[05/1]-0002/00 złożona przez Odwołującego Danutę Winiecką i Zbigniewa Ćwiklińskiego, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia REHA-MED spółka cywilna D.Winiecka, Z.Ćwikliński, dla dwóch miejsc udzielania świadczeń, ul. Kolska 19 oraz ul. Parkowa 3, 62-700 Turek,
3. oferta numer: 15-18-000095[05/1]-0004/00 złożona przez FIZJO-REH Jankowiak spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Bolesława Chrobrego 13, 62-710 Wyszyna,
4. oferta numer: 15-18-000095[05/1]-0005/00 złożona przez R.Chmielewską i K.Najberg spółka cywilna, ul. Sportowa 9A, 62-700 Turek,

5. oferta numer: 15-18-000095[05/1]-0006/00 złożona przez Odwołującego Annę Górską, Centrum Rehabilitacji ANI-MED Fizjoterapia Anna Górską, Kowale Pańskie 58A, 62-704 Kawęczyn,
6. oferta numer: 15-18-000095[05/1]-0007/00 złożona przez I.Bakalarz, T.Bartosik, K.Szkudlarek – Graczyk, K.Kwiecień, M.Malarowski, B.Niespodziańska, M.Rybacka MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy, ul. Dąbrowskiego 7, 62-700 Turek, zwana dalej: „MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy”,
7. oferta numer: 15-18-000095[05/1]-0008/00 złożona przez RODAMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Korytkowska 2, 62-700 Turek.

Postępowanie numer 15-18-000095/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, zwanego dalej: „zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie warunków postępowania”;

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia

oferty jednego oferenta oraz przeprowadziła weryfikację u czterech oferentów, tj. w miejscach wskazanych do udzielania świadczeń przez Odwołującą Annę Górską, RODAMED sp. z o.o., Karola Bartzaka, FIZJO-REH Jankowiak sp. z o.o. Żadna z ofert nie została wycofana, pozostawiona bez rozpoznania ani odrzucona. Do części niejawnego postępowania zakwalifikowano zatem wszystkie siedem ofert, na osiem miejsc udzielania świadczeń, jako spełniające wymagane warunki formalne związane z konstrukcją samej oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego 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:

- 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 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75m – 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. 311c 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 15-18-000095/|REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła następującą uchwałę:

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.:

- przeżywaniem 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,
- przeżywaniem 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.

- W dniu 6 grudnia 2017 roku komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie oceny spełniania przez oferentów warunku wymaganego, iż oferent spełnia i będzie spełniał przez cały okres realizacji umowy wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania. Brak jest jednoznacznie sformułowanych wymagań w rozporządzeniu z zakresu rehabilitacji leczniczej w zakresie zapewnienia transportu sanitarnego w ramach umowy na świadczenia opieki zdrowotnej. Powoduje to trudności interpretacyjne dotyczące konieczności udokumentowania w ofercie zapewnienia transportu sanitarnego, co potwierdza również dotychczasowa praktyka. Komisja konkursowa wzywała oferentów do złożenia wyjaśnień w przedmiocie dysponowania stosownym transportem. Komisja przyjmowała wyjaśnienia oferentów gdy:
 - oferent na potwierdzenie samodzielnego realizowania usług przedłożył dokument potwierdzający dysponowanie własnym środkiem transportu sanitarnego,
 - oferent udokumentował fakt posiadania umowy lub zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem na dzień otwarcia ofert przedkładając kopię zawartej umowy z podwykonawcą albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w Ustawie.

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 15-18-000095/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 4 (słownie: czterech) oferentów:

1. FIZJO-REH Jankowiak spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Bolesława Chrobrego 13, 62-710 Wyszyna,
2. I.Bakalarz, T.Bartosik, K.Szkudlarek – Graczyk, K.Kwiecień, M.Malarowski, B.Niespodziańska, M.Rybacka MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy, ul. Dąbrowskiego 7, 62-700 Turek,
3. R.Chmielewską i K.Najberg spółka cywilna, ul. Sportowa 9A, 62-700 Turek
4. RODAMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Korytkowska 2, 62-700 Turek.

Komisja konkursowa nie wybrała ofert Odwołującej Anny Górskiej oraz Odwołującego REHA-MED 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 15-18-000095/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. R.Chmielewska K.Najberg s.c.	Gabinet Fizjoterapii ul. Sportowa 9A 62-700 Turek	0,94	10	47	0	6	4	0	67	TAK
2. FIZJO-REH Jankowiak sp. z o.o.	Pracownia Fizjoterapii Rynek 28 62-710 Władysławów	0,90	10	46	0	6	0	0	62	TAK
3. RODAMED sp. z o.o.	Dział Fizjoterapii ul. Korytkowska 2 62-700 Turek	0,95	9,76	43	2	6	0	0	60,57	TAK
4. I.Bakalarz, T.Bartosik, K.Szkudlarek – Graczyk, K.Kwiecień, M.Malarowski, B.Niespodziańska, M.Rybacka MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy	Centrum Fizjoterapii ul. Dąbrowskiego 7 62-700 Turek	1,00	7,38	39	0	5	6	0	57,38	TAK
5. Anna Górską	Centrum Rehabilitacji ANI-MED ul. Armii Krajowej 1 62-700 Turek	0,94	10	23	0	5	0	0	38	NIE
6. Danuta Winiecka, Zbigniew Ćwikliński	NZOZ Poradnia REHA-MED ul. Parkowa 3 62-700 Turek	1,04	5,48	23	0	5	4	0	37,48	NIE
7. Danuta Winiecka, Zbigniew Ćwikliński	NZOZ Poradnia REHA-MED ul. Kolska 19 62-700 Turek	1,04	5,48	21	0	5	6	0	37,48	NIE
8. Karol Bartczak	Pracownia Fizjoterapii ul. M.K.Ogińskiego 19A 62-700 Turek	0,95	9,78	2	0	5	0	0	16,76	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 oferty biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000095/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: R.Chmielewska K.Najberg, miejsce udzielania świadczeń - F Gabinet Fizjoterapii, ul. Sportowa 9A, 62-700 Turek

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:

- zadeklarował urządzenia 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 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował kriokomorę – w lokalizacji, za co otrzymał 4,00 punkty;
- nie zadeklarował przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

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;
- 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 0,50 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:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał 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:

- 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 0,94 zł za co otrzymał 10,00 punktu. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

2. Oferent: FIZJO-REH Jankowiak Sp. z o.o., miejsce udzielania świadczeń – Pracownia Fizjoterapii, Rynek 28, 62-710 Władysławów

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:

- 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 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował 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 Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał 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:

- 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 w dniu złożenia oferty 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 0,90 zł za co otrzymał 10,00 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

3. Oferent: RODAMED sp. z o.o., miejsce udzielania świadczeń – Dział Fizjoterapii, ul. Korytkowska 2, 62-700 Turek

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 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;

- 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 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75m – 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 Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał 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:

- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, za co otrzymał 2,00 punkty;
- 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: I.Bakalarz, T.Bartosik, K.Szkudlarek – Graczyk, K.Kwiecień, M.Malarowski, B.Niespodziańska, M.Rybacka MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy, miejsce udzielania świadczeń – Centrum Rehabilitacji, ul. Dąbrowskiego 7, 62-700 Turek

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;
- nie zadeklarował zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;

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;

- 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 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował 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 Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał 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 10 lat, za co otrzymał 6,00 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 1,00 zł za co otrzymał 7,38 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

5. Odwołujący: Anna Górską, miejsce udzielania świadczeń – Centrum Rehabilitacji ANI-MED, ul. Armii Krajowej 1, 62-700 Turek

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 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75m – 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 Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał 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 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 0,94 zł za co otrzymał 10,00 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

6. Odwołujący: Danuta Winiecka, Zbigniew Ćwikliński, w zakresie miejsca udzielania świadczeń – NZOZ Poradnia REHA-MED, ul. Parkowa 3, 62-700 Turek

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 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował 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 Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał 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. 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 1,04 zł za co otrzymał 5,48 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

7. Odwołujący: Danuta Winiecka, Zbigniew Ćwikliński, w zakresie miejsca udzielania świadczeń – NZOZ Poradnia REHA-MED, ul. Kolska 19, 62-700 Turek

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 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 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

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 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
- 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 1,04 zł za co otrzymał 5,48 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

8. Oferent: Karol Bartczak, miejsce udzielania świadczeń – Pracownia Fizjoterapii, ul. M.K.Ogińskiego 19A, 62-700 Turek

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii - Personel:

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

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;
- nie zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;

- 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 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował 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 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 nie otrzymał punktów ujemnych;
- nie 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 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 Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał 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 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. 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 0,95 zł za co otrzymał 9,76 punktów. Planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1,05 zł.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji Odwołującej Anny Górskiej przywoływanych w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000095/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: 3027062 Przykona, 3027011 Turek, 3027082 Turek, 3027092 Władysławów wskazać należy, co następuje.

Odwołująca Anna Górską wniosła o ponowne przeanalizowanie złożonej przez nią oferty, co zostało wykonane w niniejszej decyzji. Powyżej zostały opisane wszystkie oferty jakie zostały złożone w niniejszym postępowaniu w zakresie punktów rankingujących jakie tym ofertom zostały przyznane przez komisję konkursową dokonując oceny spełniania zadeklarowanych wymagań. Szczegółowa analiza wykazała, że łączna liczba punktów oceny uzyskanych przez Odwołującą Annę Górską, wynosiła 38,00. 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 57,38 punktów. Wskazać należy, że różnica w punktacji, w zaokrągleniu 20 punktów, wynika przede wszystkim z wyższej o 16 punktów oceny oferty poprzednika wskazanego w rankingu końcowym, w zakresie kryterium jakości. Na wysokości oceny w tym zakresie zaważyło przede wszystkim nie zadeklarowanie przez Odwołującą Annę Górską posiadania specjalisty w dziedzinie fizjoterapii dostępnego w czasie pracy stanowiącym odpowiednik co najmniej ½ etatu, za co Odwołująca nie otrzymała 17,00 dodatkowych punktów. Na pozostałą różnicę rzutuje 6,00 punktów jakie poprzedzający Odwołującą Annę Górską w rankingu, uzyskał w kategorii ciągłości.

Odwołująca Anna Górską wskazuje, że posiada dziesięcioletnie doświadczenie w zakresie rehabilitacji, dzięki czemu od wielu lat pomaga pacjentom. Posiadane doświadczenie nie znalazło jednak odzwierciedlenia w złożonej ofercie. Odwołująca na pytanie 4.1.1. zawarte w części VIII formularza ofertowego Ankiety - „W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców” umieściła odpowiedź „żadna z powyższych”. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert Odwołująca Anna Górską mogła udzielić jednej z trzech poniższych odpowiedzi, tj. zadeklarować, że w dniu złożenia oferty w ogóle realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie lub też realizuje proces leczenia nieprzerwanie od 5 lub od 10 lat. Za udzielenie powyższych odpowiedzi i zweryfikowanie ich z danymi znajdującymi się w posiadaniu Oddziału Funduszu, oferenci otrzymywali odpowiednio 2, 4 lub 6 punktów. Jednocześnie Odwołująca Anna Górską podkreśla, że wywiązuje się z kontraktów zawartych z Funduszem bez zastrzeżeń. Pomimo tego Odwołująca udzieliła odpowiedzi „żadna z powyższych” za co nie otrzymała punktów. W zakresie kryterium dostępności Odwołująca Anna Górską zadeklarowała czas pracy zakładu w wymiarze co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie za co otrzymała 5,00 punktów. Wszyscy pozostali oferenci również zadeklarowali spełnienie tego warunku. Wobec powyższego oferta Odwołującej Anny Górskiej nie odbiega od poziomu wyznaczonego przez oferentów w niniejszym postępowaniu.

W tym miejscu wyjaśnić należy, jaki jest zakres kryterium kompleksowości. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert kryterium kompleksowości dotyczy sposobu wykonywania umowy. Po dwa dodatkowe punkty rankingujące oferenci otrzymywali za zadeklarowanie, że realizują na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym lub w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych. Zakresem kryterium dostępności nie została objęta ocena inwestowania przez oferentów w rozwój posiadanego potencjału w postaci gabinetów czy zakładów. Tak więc nie istotnym dla niniejszego postępowania pozostaje fakt pozostawiania przez Odwołującą Annę Górską jednym z nielicznych oferentów na terenie powiatu tureckiego, który w ramach działalności dwóch placówek zdecydował się otworzyć kolejną, w celu zapewnienia pacjentom możliwie szybkiego dostępu do rehabilitacji. Inwestowanie w rozwój i szkolenia pracowników oraz nawiązywanie kontaktów z lekarzami specjalistami, co na pewno zapewnia pacjentom jak najlepszą opiekę, nie wypełnia kryterium kompleksowości.

W postępowaniu konkursowym zostały wskazane do zawarcia umów z Oddziałem Funduszu cztery podmioty, które uzyskały od 57,38 do 67,00 punktów. Po dokonaniu wyboru oferentów zaproponowano zgodnie z treścią ogłoszenia o wszczęciu postępowania, zawarcie umów z maksymalnie czterema wskazanymi podmiotami. 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 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01 przewidziano 692 376,30 zł, suma wartości ofert wybranych oferentów do zawarcia umów wynosi 692 371,30 zł). Wobec powyższych wyjaśnień, pomimo spełniania przez ofertę wymagań podstawowych oraz zadeklarowanych wymagań rankingujących, oferta Odwołującej Anny Górskiej nie mogła znaleźć się w wykazie oferentów wskazanych do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej w rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna.

Odwołująca Anna Górka zgłasza gotowość do obniżenia wysokości kontraktu, poniżej zaproponowanej w ofercie, za zadeklarowaną w niej cenę. W tym miejscu podkreślić należy, że zgodnie z art. 139 ust. 1 Ustawy Oddział Funduszu może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie ze świadczeniodawcą wskazanym, po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań. Postępowanie konkursowe numer 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w dniu 5 stycznia 2018 roku zostało rozstrzygnięte, a tym samym zakończone. Wybór wskazanych oferentów wyczerpał nie tylko liczbę przewidzianych do zawarcia umów ale również prawie całkowicie wartość zarezerwowanych dla tego postępowania środków finansowych. Nie ma również podstaw do wszczęcia postępowania w trybie rokowań, ponieważ nie zachodzi żadna z przesłanek do ich ogłoszenia zapisanych w art. 144 Ustawy. Postępowanie numer 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01 nie zostało unieważnione, nie zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć ani też liczba świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń będących przedmiotem niniejszego postępowania nie jest ograniczona. Tym samym przepisy regulujące sposób wyłaniania świadczeniodawców oraz zawierania z nimi umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie umożliwia prowadzenia żadnych negocjacji z oferentem, którego oferta nie została wybrana. Ponadto dokonany wybór, co zapisano powyżej, wyczerpał środki przewidziane na niniejsze postępowanie.

Odnosząc się do zarzutów wniesionych przez Odwołującego REHA-MED, w pierwszej kolejności należy ustosunkować się do zarzutu nie zastosowania się przez komisję konkursową do dyspozycji art. 134 ust. 1 i 2 w zw. z art. 135 ust. 2 pkt 2 Ustawy poprzez nieudostępnienie Odwołującemu REHA-MED pełnej dokumentacji konkursowej, czym uniemożliwiono mu zapoznanie się w treścią ofert, protokołów komisji w części zawierającej przyznaną punktację, co w konsekwencji uniemożliwiło weryfikację ofert pozostałych uczestników postępowania. Na wstępie należy stwierdzić, że zasada równego traktowania podmiotów biorących udział w postępowaniu konkursowym została przez komisję konkursową dochowana, ponieważ wszystkie podmioty były traktowane na równych zasadach. Dokumentacja konkursowa, a więc oferty oraz udokumentowana korespondencja prowadzona pomiędzy oferentami, a komisją konkursową jak i dokumenty wytworzone przez komisję konkursową w celu przeprowadzenia postępowania, zostały udostępnione oferentom po wszczęciu postępowania administracyjnego. Postępowanie administracyjne rozpoczęło się z chwilą wniesienia odwołania przez oferenta na rozstrzygnięcie postępowania. Wszystkie strony postępowania, a więc Odwołujący REHA-MED i Anna Górka oraz świadczeniodawcy wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zostali powiadomieni o przysługującym im uprawnieniu do zapoznania się w dokumentacją, co w praktyce polega na możliwości przejrzenia akt sprawy, sporządzeniu z

nich notatek, kopii lub odpisów oraz umożliwieniu wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Zgodnie z brzmieniem art. 135 ust 2 Ustawy oferty są udostępniane w całości po określeniu danych, które oferenci uznali za tajemnice swego przedsiębiorstwa. Oferenci korzystając z formularza zamieszczonego w załączniku numer 8 do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie warunków postępowania mogli wskazać elementy oferty jakie ich zdaniem stanowią tajemnice ich przedsiębiorstwa. Ponadto decyzja o objęciu pewnych elementów oferty utajnieniem lub jej modyfikacją, mogła być podjęta, aż do dnia poprzedzającego dzień ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Odwołujący podkreślił, że po rozstrzygnięciu konkursu odmówiono mu udostępnienia jawnej części dokumentacji konkursowej tj. protokołów, czym uniemożliwiono zapoznanie z treścią ofert, co w konsekwencji uniemożliwiło ich weryfikację. W tym miejscu należy podkreślić, że zasada jawności zapisana w art. 135 jest realizowana przez Fundusz w zakresie umów oraz ofert. Przepis nie obliguje Funduszu do udostępniania innych dokumentów, w tym również tych wytworzonych w trakcie postępowania konkursowego. Odwołujący skorzystał z przysługującego mu prawa i w dniu 23 stycznia 2018 roku przejrzał akta postępowania.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego REHA-MED dotyczącego nieprawidłowej oceny spełnienia warunków postępowania przez oferenta RODAMED sp. z o.o. w zakresie posiadania sali gimnastycznej oraz przez ww. podmiot i oferenta FIZJO-REH sp. z o.o. w zakresie dysponowania odrębną aplikacją służącą do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu wskazać należy, że szczegółowa ocena spełnienia zadeklarowanych warunków, zweryfikowana przez komisję konkursową znajduje się we wcześniejszej treści niniejszej decyzji. Na pytanie ankietowe numer 2.3.4. o posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń oferent RODAMED sp. z o.o. udzielił odpowiedzi twierdzącej. Komisja konkursowa w dniu 28 listopada 2017 roku przeprowadziła weryfikację tego oferenta stwierdzając, że posiada on salę gimnastyczną spełniającą wymagania rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej i w związku z tym oferent RODAMED sp. z o.o. otrzymał dodatkowe 3,00 punkty rankingujące zgodnie z rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert. W tym samym dniu przeprowadzono również weryfikację miejsca udzielania świadczeń oferenta FIZJO-REH sp. z o.o. Obaj oferenci posiadają aplikację umożliwiającą bieżącą rejestrację świadczeniobiorców drogą elektroniczną, spełniającą wymów zapisany w rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert. Obaj oferenci otrzymali za spełnienie tegoż warunku po 1,00 punkcie.

W uzupełnieniu odwołania Odwołujący REHA-MED zarzuca, iż w okazanej mu dokumentacji z postępowania konkursowego brak było protokołu oględzin z weryfikacji przeprowadzonej w miejscu udzielania świadczeń wskazanym przez oferenta RODAMED sp. z o.o. Komisja konkursowa dokonała weryfikacji, a dokumentem potwierdzającym jest protokół z dnia 28 listopada 2017 roku oraz załącznik do niego, który omyłkowo nie został wpięty jako kolejna strona pod protokołem. Na pytanie Odwołującego REHA-MED podczas przeglądania dokumentów w dniu 23 stycznia 2018 roku przedmiotowy załącznik został udostępniony. Zauważyć należy, że ta sytuacja dotyczyła wyłącznie jednego załącznika i stanowiła

nieistotne niedopatrzenie podczas przygotowywania kopii ofert. Zdaniem Odwołującego REHA-MED protokół z weryfikacji miejsca udzielania świadczeń jest niekompletny, ponieważ w wersji mówiącym o sali do kinezyterapii, która powinna stanowić odrębne pomieszczenie, nie ma żadnej adnotacji. Część protokołu nazwana „Wymagane warunki dotyczące pomieszczeń (Dz.U.2017.946)” jest niewypełniona. Wyjaśnić należy w tym miejscu, że załącznikiem do protokołu o nazwie „Wynik weryfikacji oferenta” jest dokument o nazwie „Załącznik nr 1 do protokołu – lista kontrolna do wyniku weryfikacji oferenta”, który tak jak i sam protokół, został podpisany przez członków komisji konkursowej sprawdzających spełnienie zadeklarowanych warunków przez oferenta oraz przedstawiciela oferenta RODAMED sp. z o.o. Dokument, na który powołuje się Odwołujący REHA-MED jest dokumentem roboczym komisji konkursowej, o czym świadczy brak podpisów.

W tym miejscu należy odnieść się do zarzutu nieodrzućcenia oferty oferenta RODAMED sp. z o.o., która zdaniem Odwołującego REHA-MED podlegała odrzuceniu, a komisja konkursowa nie postąpiła zgodnie z przepisem art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Zdaniem Odwołującego REHA-MED oferent w dacie składania oferty nie wykonywał świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej pod adresem wskazanym w ofercie tj. ul. Korytkowska 2, a następnie po terminie składania ofert zmienił adres wykonywania świadczeń na nowy tj. Szosa Kolska 28, a ponadto pod tymże nowo wskazanym adresem rozpoczęto wykonywanie świadczeń po upływie terminu do składania ofert. Odwołujący zarzuca komisji konkursowej nierówne traktowanie oferentów, którego przejawem było umożliwienie oferentowi RODAMED sp. z o.o. przedstawienie kompletnej oferty w terminie dłuższym. Pozostali oferenci zostali zmuszeni do merytorycznego przygotowania oferty na określony dzień, tj. na dzień składania ofert. Komisja konkursowa dokonując weryfikacji ofert przeprowadziła analizę Księgi Rejestrowej oferenta RODAMED sp. z o.o., o numerze 000000178342, prowadzonej przez Wojewodę Wielkopolskiego w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą. W Dziale II, w którym umieszcza się wpis jednostek organizacyjnych zakładów leczniczych, pod pozycją 15 wpisano Poradnię Rehabilitacyjną znajdującą się przy ul. Korytkowskiej 2 w Turku. Dla poradni wpisano kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – 1300 Poradnia rehabilitacyjna. Poradnia ta rozpoczęła działalność 1 maja 2017 roku. Pod następną pozycją wpisano Dział Fizjoterapii położony przy ul. Kolska Szosa 28 w Turku. Dla działu wpisano VIII część kodu resortowego – 1310 Dział (pracownia) fizjoterapii. Data rozpoczęcia działalności przez dział to 1 maja 2017 r. Oferent RODAMED sp. z o.o. wskazał jako miejsce udzielania świadczeń Dział Fizjoterapii, pod adresem ul. Korytkowska 2, 62-700 Turek. Dane te zapisano w formularzu ofertowym w Dziale III Wykaz miejsc udzielania świadczeń, w Dziale VI Szczegóły oferty, w Dziale VII Podsumowanie oraz w Dziale VIII Ankiety. Jednocześnie oferent RODAMED sp. z o.o. złożył do oferty oświadczenie z dnia 10 listopada 2017 roku, w którym oświadczył, że złożył wniosek o zmianę błędnie przypisanej do Działu Fizjoterapii lokalizacji w systemie zarządzania obiegiem informacji (SZOI). W momencie składania przez niego oferty na świadczenia z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej (dnia 14 listopada 2017 roku) wniosek ten był nadal na etapie rozpatrywania przez pracowników Oddziału Funduszu. Komisja konkursowa badając powyższą sytuację

wzięła pod uwagę przede wszystkim zapisy z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą oraz wniosek złożony poprzez SZOI o zmianę błędnie przypisanej lokalizacji komórki zakładu leczniczego. Jednocześnie kierując się uchwałą komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku komisja nie miała wątpliwości, iż wskazane miejsce do udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, fizjoterapii ambulatoryjnej znajduje się przy ul. Kolska Szosa 28. Jest nim Dział fizjoterapii, dla którego wpisano następujące kody resortowe: VIII część – 1310 Dział (pracownia) fizjoterapii, IX część – HC.2.3., X część – 105 fizjoterapia. W analizowanym stanie faktycznym wpisy w rejestrze oraz wniosek oferenta RODAMED sp. z o.o. nie pozostawiają wątpliwości co do zaoferowanego miejsca udzielania świadczeń. Wobec powyższego zarzut Odwołującego REHA-MED o braku staranności w weryfikacji oferty oferenta RODAMED sp. z o.o. i w związku z tym nierównym traktowaniu oferentów, należy uznać za całkowicie bezzasadny.

Jednocześnie w uzupełnieniu do odwołania Odwołujący zarzuca komisji konkursowej utajnienie danych o miejscu zadeklarowanym do udzielania świadczeń przez oferenta RODAMED sp. z o.o., którego to miejsca oferent nie objął tajemnicą. Podczas przeglądania akt Odwołujący REHA-MED potwierdził, że zna zadeklarowane miejsce udzielania świadczeń przez oferenta RODAMED sp. z o.o. O wiedzy Odwołującego świadczy złożone przez niego odwołanie, w którym prowadzi szczegółowy wywód dotyczący miejsca udzielania świadczeń przez oferenta RODAMED sp. z o.o. W tej sytuacji należy zauważyć, że zaciemnienie adresu miejsca udzielania świadczeń mogło być wynikiem pomyłki, która jednak nie miała wpływu na stan wiedzy Odwołującego REHA-MED jak i pozostałych stron postępowania. Ponadto w ofercie RODAMED sp. z o.o. znajduje się oświadczenie oferenta mówiące o adresie miejsca udzielania świadczeń, które nie podlegało anonimizacji.

W tym miejscu należy odnieść się do kolejnego zarzutu Odwołującego REHA-MED, który wiąże się z zarzutem poprzednim i dotyczy również oferenta RODAMED sp. z o.o. Odwołujący zarzuca komisji konkursowej, iż działając wbrew § 16 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu nie wykorzystwała uprawnienia do przeprowadzenia kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, a także żądania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania. Odwołujący podkreśla, że niedopuszczalne jest przekazywanie w ofercie informacji, które na dzień złożenia oferty nie są prawdziwe. W odniesieniu do tego zarzutu stwierdzić należy, że komisja konkursowa wzywała wszystkich oferentów, których oferty były rozpatrywane w niniejszym postępowaniu do złożenia wyjaśnień w zakresie stwierdzonych w ofertach nieścisłości i wątpliwości. Ponadto komisja dokonała weryfikacji spełnienia zadeklarowanych warunków u wszystkich oferentów, którzy dotychczas nie realizowali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej, fizjoterapii ambulatoryjnej. Nie przeprowadzono weryfikacji u dwóch „starych” oferentów, w tym u Odwołującego.

Ponadto Odwołujący REHA-MED zarzuca komisji konkursowej nieprzeprowadzenie badania koincydencji czasu pracy wskazanych do realizacji świadczeń w zakresie fizjoterapii specjalistów z tej dziedziny oraz

w uzupełnieniu do odwołania zarzuca komisji przyjęcie zmiany harmonogramu czasu pracy fizjoterapeuty, co mogło wpłynąć na końcową ocenę oferty. Dwoje wskazanych przez Odwołującego REHA-MED oferentów tj. RODAMED sp. z o.o. oraz MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy, wskazało dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie fizjoterapii do realizacji świadczeń w wymiarze ½ etatu. Obaj oferenci za zadeklarowany warunek otrzymali po 17,00 punktów. Przyjęcie przez komisję konkursową spełnienia tegoż warunku, budzi w ocenie Odwołującego REHA-MED zastrzeżenia. Wątpliwa jest fizyczna i czasowa możliwość realizacji świadczeń przez wskazane osoby we wskazanych godzinach z uwagi na ograniczoną liczbę specjalistów na rynku. Podkreślić należy, że trudna sytuacja wynikająca z ograniczonej liczby specjalistów w dziedzinie fizjoterapii leczniczej jest doskonale znana komisji konkursowej i Dyrektorowi Oddziału Funduszu. Dlatego komisja konkursowa wezwała oferenta MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy do przedłożenia dokumentów potwierdzających zapewnienie realizacji świadczeń przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii wraz z przedłożeniem kopii dokumentu potwierdzającego posiadane kwalifikacje. Oferent wypełnił żądanie komisji konkursowej, a jego deklaracja została przyjęta i naliczono za nią odpowiednią liczbę punktów rankingowych. Jednocześnie komisja konkursowa prowadziła weryfikacje zaoferowanych czasów pracy wszystkich pracowników, w tym szczególnie zwrócono uwagę na specjalistów. Porównywano harmonogramy pracy zawarte we wszystkich ofertach złożonych nie tylko w niniejszym postępowaniu ale również we wszystkich postępowaniach w rodzaju rehabilitacji leczniczej toczących się w tym samym czasie w Oddziale Funduszu. Komisja konkursowa wzywała oferentów, w tym oferenta RODAMED sp. z o.o., do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu. Po uzyskaniu wyjaśnień i dokonaniu zmian w harmonogramach czasu pracy komisja kierując się treścią uchwały podjętej dnia 22 listopada 2017 roku odpowiednio dokonywała ich oceny. W przypadku zmian w harmonogramie zadeklarowanym przez oferenta RODAMED sp. z o.o. komisja konkursowa przyjęła zmianę harmonogramu, ponieważ zmiana dotyczyła zadeklarowanego personelu i nie miała wpływu na całkowity czas pracy pracowni. Tym samym nie można mieć zastrzeżeń do komisji konkursowej w tym zakresie, ponieważ komisja wykorzystała przysługujące jej uprawnienie do weryfikacji dostępności zadeklarowanego personelu jak i jego kwalifikacji.

Komisja konkursowa przyjęła również uzupełnienie do oferty złożonej przez oferenta FIZJO-REH Jankowiak sp. z o.o. w zakresie uzupełnienia zobowiązania podwykonawcy o zawarcie umowy na wykonywanie transportu sanitarnego, o poddanie się kontroli prowadzonej przez Oddział Funduszu na zasadach określonych w Ustawie. Dokonanie takiego uzupełnienia zobowiązania, nastąpiło po dacie otwarcia ofert, w wyniku udzielenia odpowiedzi na pytanie komisji konkursowej. Postępowanie takie jest zgodne z przepisami regulującymi prace komisji konkursowej zawartymi w rozporządzeniu w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu. Tym samym wątpliwości Odwołującego REHA-MED co do poprawności działania komisji konkursowej są całkowicie bezzasadne.

Na marginesie należy dodać, że komisja konkursowa dokonując oceny informacji zawartych w ofertach, weryfikacji z danymi znajdującymi się w posiadaniu Oddziału Funduszu oraz wynikami weryfikacji zadeklarowanego sprzętu, aparatury medycznej i pomieszczeń w miejscach udzielania świadczeń nie

odrzucała żadnej oferty bowiem, nie dopatrzoneo się w żadnej z ofert wystąpienia nieprawidłowości skutkujących odrzuceniem oferty.

Odwołujący REHA-MED zarzuca komisji konkursowej działanie wbrew art. 134 ust. 1 w zw. z art. 142 ust. 6 Ustawy w zakresie w jakim komisja nie zaprosiła Odwołującego do negocjacji. Zgodnie z treścią art. 142 ust. 7 Ustawy, komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Jednocześnie podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż zgodnie z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu, do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia. Oferentów kwalifikuje się licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Powyższe oznacza, że komisja konkursowa nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji dotyczących ustalenia ostatecznej ceny i liczby planowanych do udzielania świadczeń ze wszystkimi oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnego postępowania konkursowego. Podstawową przesłanką dla komisji winno być ustalenie, czy prowadzenie negocjacji z konkretnym oferentem może prowadzić do zmiany jego pozycji w rankingu. Powyższe pozwala przyjąć, iż przeprowadzenie negocjacji z oferentami jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem organu (vide wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2014 roku, sygn. II GSK 2042/12). Odnosząc powyższe do analizowanego stanu faktycznego wyjaśnić należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01 przeprowadziła negocjacje z czterema oferentami. Przyjęty przez komisję konkursową sposób postępowania wynikał z ekonomiki prowadzenia czynności w trakcie postępowania. Oferenci ci zostali wskazani do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Oddziałem Funduszu. W prowadzonym postępowaniu zadeklarowali lepsze warunki realizacji umowy, w związku z czym uzyskali większą liczbę punktów niż Odwołujący REHA-MED. Wybór ich wyczerpał niemal całkowicie kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie w tym postępowaniu, wyczerpał również maksymalną liczbę umów przewidzianych do zawarcia przez Oddział Funduszu w tym postępowaniu.

Na podstawie odpowiedzi zawartych w formularzu ofertowym oferta Odwołującego REHA-MED, dla obu wskazanych miejsc udzielania świadczeń, uzyskała łącznie 37,48 punktów i zajęła 6 i 7 miejsce w rankingu końcowym. Nawet gdyby Odwołujący został zaproszony do negocjacji i zaproponował cenę umożliwiającą otrzymanie maksymalnej liczby punktów, czyli 10,00, otrzymałby łącznie 41,00 punktów. Ta liczba punktów spowodowałaby przesunięcie oferty Odwołującego na pozycje 5 i 6, co jednak nie umożliwiłoby mu zawarcie umowy o udzielanie świadczeń. Oferta zdobyłaby niewystarczającą liczbę punktów i nie zostałaby wybrana do zawarcia umowy. Powyższe oznacza, że decyzja komisji konkursowej o braku zaproszenia do negocjacji nie naruszyła interesu prawnego Odwołującego.

Odwołujący zarzuca również komisji konkursowej uniemożliwienie mu oprotestowania decyzji komisji o nie zaproszeniu go na negocjacje, poprzez ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania w terminie krótszym niż 7

dni od dnia podjęcia decyzji przez komisję. Z oferentami przeprowadzono negocjacje w dniach 3-4 stycznia 2018 roku. Natomiast ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania nastąpiło 5 stycznia 2018 r. Zgodnie z art. 153 ust. 1 Ustawy oferent może złożyć do komisji umotywowany protest na czynność komisji konkursowej, w terminie 7 dni od jej podjęcia. Protest można wnieść w toku postępowania konkursowego, aż do dnia jego zakończenia. Przedmiotem protestu może być czynność komisji konkursowej, a więc nie zaproszenie Odwołującego REHA-MED na negocjacje nie stanowi czynności i nie mogło zostać zaskarżone. Warto w tym miejscu przypomnieć o powyższych wyjaśnieniach, które jednoznacznie wykazują, że zapraszanie do negocjacji jest uprawnieniem komisji realizowanym przez komisje konkursowe tak długo, aż nie zostanie osiągnięty cel postępowania, tj. zostaną wskazani oferenci do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w ilości wyczerpującej zapisaną w ogłoszeniu liczbę umów oraz przewidziany dla danego postępowania budżet. Brak więc jest podstaw do twierdzenia, że nie przeprowadzenie negocjacji z Odwołującym stanowi naruszenie zasad prawa, a pominięcie go w toku negocjacji zaburzyć mogło wybór najkorzystniejszych ofert.

Odwołujący REHA-MED zarzuca również komisji konkursowej, że działając wbrew art. 149 ust. 3 Ustawy zakończyła postępowanie nie wzywając do uzupełnienia braków formalnych ofert mimo, że oferty takie braki zawierały. Zarzut dotyczy oferty złożonej przez oferenta FIZJO-REH Jankowiak sp. z o.o., która zawiera nieprawidłową numerację stron, niezgodną z § 12 ust. 2 pkt 5 zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie warunków postępowania oraz oferty oferenta MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy i RODAMED sp. z o.o. w zakresie w jakim podpisy na formularzach ofertowych nie odpowiadają ich wzorom przedstawionym w załącznikach do ofert.

Odnosząc się kolejno do ww. zarzutu należy wyjaśnić, że zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie warunków postępowania oferta złożona przez oferenta FIZJO-REH spełniła wymagania przedmiotowego zarządzenia. Oferent wydrukował wersję elektroniczną formularza ofertowego opatrując każdą ze stron kolejnym numerem. Druga część oferty zawierająca zbiór oświadczeń oferenta, dokumentów potwierdzających spełnienie warunków zadeklarowanych w formularzu ofertowym została ponumerowana oddzielnie, poczynając od numeru 1. Zastosowana numeracja stron nie budziła wątpliwości komisji konkursowej, bowiem zapewniała kompletność oferty. Wobec powyższego Oferent nie musiał zostać wezwany do uzupełnienia braków formalnych oferty. W zakresie parafowania stron oferty regulacje odpowiednie zawiera § 10 ust. 2 zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie warunków postępowania. Zgodnie z nim wydruk formularza ofertowego opatrzony jest na każdej stronie kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania oferenta, zgodnych ze wzorami podpisów, zamieszczonymi w tabeli określonej w załączniku numer 6, stanowiącej część oferty. W ofertach oferentów MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy i RODAMED sp. z o.o. parafy i podpisy osób uprawnionych do reprezentacji oferentów znajdują się w załączonej tabeli. Parafy na każdej stronie oferty nie wzbudzają wątpliwości zarówno co do ich oryginalności jak i tego, że zostały złożone przez osoby, które wpisały podpisy i parafy do tabeli. Na marginesie należy zaznaczyć, iż w obu ofertach znajduje się wiele

dokumentów zawierających wyraźne podpisy osób uprawnionych do reprezentowania oferentów. Komisja konkursowa nie miała wątpliwości, iż oferty zostały złożone przez umocowanych reprezentantów oferentów.

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 dokonała oceny ofert zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert.

Oferta Odwołującej Anny Górskiej i Odwołującego REHA-MED 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 umowy 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 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01 przewidziano 692 376,30 zł, suma wartości ofert wybranych oferentów do zawarcia umów wynosi 692 371,30 zł).

Podkreślenia wymaga ponownie, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr: 15-18-000095/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 ww. postępowania zawrze cztery umowy 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 z urzędu naruszenia interesu prawnego Odwoływających 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 Odwoływających, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie. W toku prowadzonego postępowania Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się naruszenia interesu prawnego Odwoływających wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w odwołaniach wniesionych przez Annę Górską oraz Danutę Winiecką i Zbigniewa Ćwiklińskiego nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000095/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o zawarcie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin: 3027062 Przykona, 3027011 Turek, 3027082 Turek, 3027092 Władysławów. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwoływających 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 8 egz.:

1. Danuta Winiecka, Zbigniew Ćwikliński, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia REHA-MED s.c. D.Winiecka, Z.Ćwikliński, ul. Kolska 19, 62-700 Turek,
2. FIZJO-REH Jankowiak sp. z o.o., ul. Bolesława Chrobrego 13, 62-710 Wyszyna,
3. R.Chmielewska, K.Najberg s.c., ul. Sportowa 9A, 62-700 Turek,
4. Anna Górka, Centrum Rehabilitacji ANI-MED Fizjoterapia Anna Górka, Kowale Pańskie 58A, 62-704 Kawęczyn,
5. I.Bakalarz, T.Bartosik, K.Szkudlarek – Graczyk, K.Kwiecień, M.Malarowski, B.Niespodziańska, M.Rybacka MEDICUS Spółka Partnerska Lekarzy, ul. Dąbrowskiego 7, 62-700 Turek,
6. RODAMED sp. z o.o, ul. Korytkowska 2, 62-700 Turek.
7. a/a,
8. a/a.

Sporządził: M.Bajon