

01.02.2018

Poznań, dnia

DECYZJA NR 17/2018/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 odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, wniesionego przez Mirosławę Kamińską-Piecyk, Marię Wojcianowską, Grażynę Stelmaszewską prowadzącymi zakład leczniczy Niepubliczny Zakład Rehabilitacji Leczniczej "VIREs" s.c. z siedzibą w Poznaniu, os. Lecha 120, postanawiam:

oddalić w całości odwołanie

Mirosławy Kamińskiej-Piecyk, Marii Wojcianowskiej, Grażyny Stelmaszewskiej

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy

(Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 31 października 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 2.226.491,40 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych osiem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 5 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

W przypadku wniesienia odwołania przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie naruszenia interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą

odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Dnia 15 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło w terminie odwołanie złożone przez Mirosławę Kamińską-Piecyk, Marię Wojcianowską, Grażynę Stelmaszewską prowadzące zakład leczniczy Niepubliczny Zakład Rehabilitacji Leczniczej "VIREs" z siedzibą w Poznaniu, os. Lecha 120 (zwane dalej „Odwołującym”), dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący Mirosława Kamińska-Piecyk, Maria Wojcianowska, Grażyna Stelmaszewska zwraca się z wnioskiem o ponowne zweryfikowanie złożonej przez niego oferty i zwiększenie zaproponowanej przez komisję konkursową wartości kontraktu na okres rozliczeniowy rozpoczynający się dnia 1 kwietnia 2018 roku. Jak podkreśla Odwołujący zaproponowana przez komisję konkursową wartość kontraktu nie zaspokoi minimalnego nawet zapotrzebowania pacjentów. Odwołujący zwraca uwagę na fakt, iż świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja ambulatoryjna w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej realizuje kompleksowo i nieprzerwanie od 1 stycznia 2000 roku, spełniając przy tym wszystkie wymogi w zakresie realizacji tych świadczeń.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 17 stycznia 2018 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu na dzień 1 lutego 2018 roku terminu wydania decyzji. Z uprawnień umożliwiających wgląd w akta sprawy skorzystali kolejno następujący oferenci: w dniu 24 stycznia 2018 roku Magdalena Szczeszek - Niepubliczny Zakład Rehabilitacji Leczniczej "REMAFIZ" Szczeszek & Krzyżaniak oraz Polska Organizacja Pracodawców

Osób Niepełnosprawnych, a w dniu 30 stycznia 2018 roku Odwołujący, Maciej Wojciechowski, Dorota Sztuka- Romanow - Centrum Rehabilitacji „TĘCZA” s.c. oraz Mateusz Romanowski.

W dniu 30 stycznia 2018 roku Odwołujący złożył w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia pismo zatytułowane „Uzupełnienie odwołania”, w którym wskazuje, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 nieprawidłowo nie uwzględniła zgłoszonej w ofercie Małgorzaty Spiller-Szymańskiej specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Ponadto Odwołujący zarzuca komisji konkursowej naruszenie zasad prowadzenia postępowania konkursowego poprzez przyznanie oferentowi „KRIOMEDICA” Poznańskie Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej Sp. z o.o. zbyt dużej ilości punktów rozliczeniowych w stosunku do pozostałych uczestników postępowania konkursowego nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W dniu 30 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w niniejszej sprawie wpłynęły pisma Haliny Krzyżaniak, Magdaleny Szczeszek prowadzących zakład leczniczy Niepubliczny Zakład Rehabilitacji Leczniczej "REMAFIZ" Szczeszek & Krzyżaniak oraz Polskiej Organizacji Pracodawców Osób Niepełnosprawnych. Obaj oferenci, podobnie jak Odwołujący, wskazują na naruszenie przez komisję konkursową zasad prowadzenia postępowania konkursowego poprzez przyznanie oferentowi „KRIOMEDICA” Poznańskie Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej Sp. z o.o. zbyt dużej ilości punktów rozliczeniowych w stosunku do pozostałych uczestników postępowania konkursowego nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację przywoływaną przez Odwołującego w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 oraz pisma w sprawie, akta postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej oraz dokumentacja komisji konkursowej w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oferty złożyło 9 oferentów: Odwołujący, Mateusz Romanowski, Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Maciej Wojciechowski, Dorota Sztuka-Romanow s.c., Halina Krzyżaniak, Magdalena Szczeszek s.c., Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3, "KRIOMEDICA" Poznańskie Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej Sp. z o.o., Szpital i Przychodnia Medica Celsus spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa oraz Małgorzata Adamska.

Postępowanie nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

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

- zarządzenia Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

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

W tym miejscu wskazać należy, iż w części jawnej postępowania nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 komisja konkursowa odrzuciła oferty złożone przez Małgorzatę Adamską i spółkę Szpital i Przychodnia Medica Celsus spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa.

Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki postępowania nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, pozostałe siedem ofert.

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

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- kwalifikacje personelu (maksymalnie 33,00 pkt),
- sprzęt i aparaturę medyczną oraz pomieszczenia (maksymalnie 23 pkt),
- prowadzenie przez jednostkę szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii (2 pkt),
- wyniki kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne nieprawidłowości - nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu

kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 Ustawy (maksymalnie do -12,00 pkt),

- posiadanie certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (1,00 pkt),
- posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (1,00 pkt),
- prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) lub indywidualnej dokumentacji medycznej, (maksymalnie 4,00 pkt).

2. Dostępność do świadczeń oceniana poprzez:

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

3. kompleksowość udzielania świadczeń oceniana poprzez:

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

4. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (maksymalnie 12 pkt) – oceniana poprzez:

- realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2,00 pkt),
- realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub od 10 lat (4,00 lub 6,00 pkt),

- rozliczenie ponad 90% lub ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (maksymalnie 6 pkt).

5. inne warunki oceniane, tj.: współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2,00 pkt),

6. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 pkt).

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

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 5 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania wskazano, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna zostanie zawarta z pięcioma oferentami: Odwołującym, Mateuszem Romanowskim, Polską Organizacją Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Maciejem Wojciechowskim, Dorotą Sztuka-Romanow s.c., Haliną Krzyżaniak, Magdaleną Szczeszek s.c., Wielospecjalistycznym Szpitalem Miejskim im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3, "KRIOMEDICA" Poznańskie Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej Sp. z o.o..

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Nazwa oferenta	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Punktacja za ofertę cenową	Jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
1	WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI IM. JÓZEFA STRUSIA Z ZAKŁADEM OPIEKUNICZO-LECZNICZYM SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Z SIEDZIBĄ W POZNANIU PRZY UL. SZWAJCARSKIEJ 3	1,02	6,43	44	0	5	6	0	61,43	Tak
2	HALINA KRZYŻANIAK, MAGDALENA SZCZESZEK	1,03	5,95	43	0	5	6	0	59,95	Tak
3	MATEUSZ ROMANOWSKI	0,95	9,76	43	0	5	0	0	57,76	Tak
4	MACIEJ WOJCIECHOWSKI, DOROTA SZTUKA-ROMANOW	0,98	8,33	36	0	5	4	0	53,33	Tak
5	"KRIOMEDICA" POZNAŃSKIE CENTRUM REHABILITACJI I ODNOWY BIOLOGICZNEJ SP. Z O.O.	1,03	5,95	26	0	5	6	0	42,95	Tak
6	POLSKA ORGANIZACJA PRACODAWCÓW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	1,04	5,48	26	0	5	6	0	42,48	Tak
7	M.KAMIŃSKA-PIECYK, M.WOJCIAŃOWSKA, G.STELMASZEWSKA	1,03	5,95	22	2	5	6	0	40,95	Tak

Wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia

ambulatoryjna, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 Rehabilitacja lecznicza”, pkt 2 „Fizjoterapia ambulatoryjna” i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz załącznika nr 4 „Wykaz Oraz Warunki Realizacji Świadczeń Gwarantowanych z Zakresu Rehabilitacji Leczniczej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Podkreślenia wymaga, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000103/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, uwzględnieni w rankingu końcowym udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

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

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

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

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1 punkt,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny **Oferent Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,02 zł, za co otrzymał 6,43 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Halina Krzyżaniak, Magdalena Szczeszek s.c.

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- zadeklarował czas pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

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

- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napelniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do

prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny **Oferent Halina Krzyżaniak, Magdalena Szczeszek s.c.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,03 zł, za co otrzymał 5,95 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Mateusz Romanowski

W zakresie kryterium kompleksowości

- 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,

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało odjęciem 1 punktu,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

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

- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lub 10 lat, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **Mateusz Romanowski** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 zł, za co otrzymał 9,76 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Maciej Wojciechowski, Dorota Sztuka-Romanow s.c.

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 17 punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, **przy czym w świetle informacji będących w posiadaniu komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „TAK”, co wiązało się z odjęciem 1,00 punktu,**
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów, nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował w lokalizacji posiadania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co

najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co otrzymał 4 punkty,
- nie zadeklarował rozliczenia na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, za co nie otrzymał punktów.

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

W zakresie kryterium ceny **Oferent Maciej Wojciechowski, Dorota Sztuka-Romanow s.c.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,98 zł, za co otrzymał 8,33 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent "KRIOMEDICA" Poznańskie Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej Sp. z o.o.

W zakresie kryterium kompleksowości

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

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

W zakresie kryterium jakości:

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

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

- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co otrzymał 4 punkty,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny **Oferent "KRIOMEDICA" Poznańskie Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej Sp. z o.o.** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,03 zł, za co otrzymał 5,95 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, że czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co otrzymał 4 punkty,

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

- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, że co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia zostało sprawozdanych po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował, braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,

- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny Oferent **Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,04 zł, za co otrzymał 5,48 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący **Mirosława Kamińska-Piecyk, Maria Wojcianaowska, Grażyna Stelmaszewska**

W zakresie kryterium kompleksowości

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

W zakresie kryterium jakości:

- zadeklarował, czas pracy magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta wynosi równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 12 punktów,
- nie zadeklarował czasu pracy specjalisty w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował, zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, przy czym w świetle udzielonych na wezwanie komisji konkursowej wyjaśnień zmieniono odpowiedź na „NIE”, co wiązało się z nieprzyznaniem 4 punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazywania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące

miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

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

- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w lokalizacji posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował w miejscu udzielania świadczeń posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania w miejscu udzielania świadczeń sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji basenu rehabilitacyjnego, w którym na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania w lokalizacji kriokomory ogólnoustrojowej, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował posiadanie w miejscu udzielania świadczeń przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku lub prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, przy czym w świetle wyjaśnień oferenta zmieniono odpowiedź na „ŻADNE Z POWYŻSZYCH”, co wiązało się z nieprzyznawaniem punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do

prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

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

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

W zakresie kryterium ceny **Odwolujący Mirosława Kamińska-Piecyk, Maria Wojcianowska, Grażyna Stelmaszewska**

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

Ponadto wskazać należy, iż w poszczególnych ofertach przywołani wyżej oferenci zadeklarowali każdorazowo, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W tym miejscu zwrócić uwagę należy na fakt, iż w dniu 20 listopada 2017 roku komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła uchwałę w przedmiocie trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi

udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w części VIII. ANKIETY formularza ofertowego. Komisja konkursowa postanowiła:

- 1) w przypadkach, gdy złożona przez oferenta oferta, w tym, w szczególności formularz ofertowy, zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest, 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 w innej części oferty - wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany,
- 2) w przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdawanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów) - wzywać oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, że nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt zgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);
- 3) w przypadkach innych, niż określone w pkt 1 i 2 tj. wtedy gdy oferent w złożonej ofercie zadeklarował w sposób niebudzący wątpliwości spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, a dopiero wyniki prowadzonej w miejscu udzielania świadczeń weryfikacji oferenta (dotyczy np. posiadania sprzętu i aparatury medycznej, spełnienia warunków lokalowych) lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dotyczy np. współpracy oferenta z Agencją Oceny

Technologii Medycznych i Taryfikacji, posiadania aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną czy prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej) wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia - wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosowanych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś po ich przyjęciu, gdy nie potwierdzą one faktu spełniania przez oferenta warunku dodatkowo ocenianego odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.), zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

Kolejno w dniu 28 grudnia 2017 roku komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła uchwałę zgodnie z treścią której po uwzględnieniu faktu, iż oferent „KRIOMEDICA” Poznańskie Centrum Rehabilitacji Odnowy Biologicznej Sp. z o.o. jest, jak dotąd, jedynym podmiotem na terenie miasta Poznania i subregionu poznańskiego, który zabezpiecza świadczenia w zakresie krioterapii – zabiegów w kriokomorze, jak również jest wiodącym realizatorem przedmiotowych świadczeń w Wielkopolsce, komisja postanowiła przy określaniu liczby jednostek rozliczeniowych w propozycji finansowej Funduszu uwzględnić występujące okoliczności i dodatkowo do liczby punktów określonej dla 5 miejsca w rankingu oceny ofert uwzględnić punkty przeznaczone na realizację świadczeń w kriokomorze.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego w przedmiocie nieuwzględnienia przez komisję konkursową, wykazanego w ofercie lekarza Małgorzaty Spiller-Szymańskiej, i odjęcia tym samym 4 punktów w kryterium oceny „Jakość” (pytanie ankietowe nr 2.1.3. „zapewnianie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej”) wyjaśnić należy, co następuje.

Odwołujący w dniu 5 grudnia 2017 roku, w związku z zadeklarowaniem w ankiecie formularza ofertowego zapewniania konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, został wezwany przez komisję konkursową do przedłożenia dyplomu lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji leczniczej oraz umowy w zakresie konsultacji lekarskich Małgorzaty Spiller-Szymańskiej. Na wezwanie komisji konkursowej Odwołujący przedłożył dyplom Pierwszego stopnia specjalizacji w zakresie rehabilitacji leczniczej Małgorzaty Spiller-Szymańskiej, z dnia 8 kwietnia 2004 roku. Nadto Odwołujący załączył „Umowę o świadczenie konsultacji lekarza rehabilitacji medycznej” zawartą przez Odwołującego z wyżej wskazaną Małgorzatą Spiller-Szymańską z dnia 7 grudnia 2017 roku.

Zgodnie z brzmieniem § 2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza specjalistę rozumieć należy lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny. Natomiast zgodnie z brzmieniem § 2 pkt 8 tego rozporządzenia przez lekarza w trakcie specjalizacji należy rozumieć lekarza, który:

- a) rozpoczął specjalizację w szczegółowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r. - w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.³⁾), oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
- b) ukończył pierwszy rok specjalizacji - w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
- c) ukończył drugi rok specjalizacji - w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę.

Konfrontując treść przedłożonego dyplomu z brzmieniem przywołanych wyżej przepisów wskazać należy, iż Małgorzata Spiller-Szymańska nie jest lekarzem specjalistą rozumieniu przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższym komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 postąpiła prawidłowo nie przyznając ofercie Odwołującego 4 punktów z tytułu zapewniania konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

Odnosząc się do zarzutu podniesionego zarówno przez Odwołującego, jak i Polską Organizację Pracodawców Osób Niepełnosprawnych oraz Halinę Krzyżaniak, Magdalenę Szczeszek s.c. w przedmiocie liczby punktów rozliczeniowych i wartości kontraktu przyznanego oferentowi "KRIOMEDICA" Poznańskie Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej Sp. z o.o. wyjaśnić należy, co następuje.

Na wstępie podkreślić należy, iż wszyscy oferenci, w tym Odwołujący, którzy zostali wskazani w rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, jako ci z którymi Wielkopolski

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna podpisali Protokół końcowy z negocjacji akceptując liczbę świadczeń opieki zdrowotnej i cenę za jednostkę rozliczeniową świadczenia. Protokół ten zawiera jednocześnie zapis mówiący o tym, że zawiera on ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji, co do liczby i ceny. Uwzględniając powyższe podkreślić należy, iż oferenci ci zgodzili się na zaproponowane warunki finansowe obejmujące liczbę jednostek rozliczeniowych, ich cenę, jak i ogólną wartość kontraktu. Nie można zgodzić się zatem z argumentami Odwołującego, jak i innych wyżej wskazanych oferentów, kwestionującymi wartość umowy, na którą wcześniej wyrazili zgodę, podpisując Protokół końcowy z negocjacji.

Odnosząc się jednakże, w tym miejscu do przyjętego przez komisję konkursową prowadzącą postępowanie nr 18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 sposobu podziału punktów rozliczeniowych wskazać należy, iż oferent „KRIOMEDICA” Poznańskie Centrum Rehabilitacji Odnowy Biologicznej Sp. z o.o. był do momentu ogłoszenia postępowania konkursowego jedynym podmiotem na terenie miasta Poznania i subregionu poznańskiego zabezpieczającym udzielanie świadczeń w zakresie krioterapii – zabiegów w kriokomorze, jak również jest wiodącym realizatorem przedmiotowych świadczeń w Wielkopolsce. Wskazać należy, iż w roku 2017 na dziewięciu realizatorów zabiegów w kriokomorze na obszarze województwa wielkopolskiego, realizował on 44,77 % ogółu udzielonych świadczeń. Drugi w kolejności podmiot realizował 23,21 % ogółu udzielanych świadczeń. Pozostałe podmioty nie przekroczyły 9 % ogółu realizowanych świadczeń. Dotychczasowa realizacja świadczeń w zakresie kriokomory przez „KRIOMEDICA” Poznańskie Centrum Rehabilitacji Odnowy Biologicznej Sp. z o.o. dawała rękojmię tego, że środki finansowe przeznaczone na realizację tych świadczeń, zostaną w pełni wykorzystane. Znajomość powyższych wskaźników przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia stanowiła podstawę do podjęcia decyzji, już na etapie planowania postępowań konkursowych, o zwiększeniu środków finansowych przeznaczonych na zakontraktowanie świadczeń na obszarze gminy Poznań-Nowe Miasto, w ten sposób, aby w sytuacji złożenia oferty przez „KRIOMEDICA” Poznańskie Centrum Rehabilitacji Odnowy Biologicznej Sp. z o.o. podmiot ten mógł uzyskać wystarczającą ilość środków finansowych umożliwiających realizację zabiegów w kriokomorze na zbliżonym poziomie do dotychczasowego wykonania. Innymi słowy środki finansowe, które złożyły się na wartość kontraktu oferenta „KRIOMEDICA” Poznańskie Centrum Rehabilitacji Odnowy Biologicznej Sp. z o.o., pochodziły z dodatkowych środków finansowych jakie Wielkopolski Oddział Wojewódzki

Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczył, przed ogłoszeniem postępowania konkursowego, na zakontraktowanie zabiegów w kriokomorze. Na marginesie wskazać należy, iż wartość kontraktu tego oferenta określona w rankingu końcowym była niższa od tej jaką miał ten podmiot w roku ubiegłym.

Odnosząc się do kwestii uruchomienia w Swarzędzu nowej placówki udzielającej świadczeń w zakresie kriokomory wskazać należy, przede wszystkim, iż wymieniony przez Odwołującego podmiot, w tym roku po raz pierwszy przystąpił do konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z faktem, że nie był on do tej pory realizatorem przedmiotowych świadczeń w ramach umowy z Funduszem, komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000111/REH/05/1/05.1310.208.02/01, ogłoszone na obszar gminy Swarzędz, nie miała danych na podstawie których mogłaby oszacować liczbę świadczeń w zakresie kriokomory, które ten podmiot mógłby zrealizować. Nie miała również informacji czy w ogóle takie świadczenia będą przez ten podmiot realizowane pomimo złożonej w ofercie deklaracji o ich udzielaniu. Komisja konkursowa prowadząca nr 15-18-000111/REH/05/1/05.1310.208.02/01 dokonywała zatem podziału punktów rozliczeniowych proporcjonalnie do miejsca oferenta w rankingu ofert.

Podkreślić należy, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 31 października 2017 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu tegoż postępowania zawrze maksymalnie osiem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego, w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, musi więc przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2016 roku, poz. 1870 z późn. 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, jakim w tym wypadku było zabezpieczenie dostępności do świadczeń w zakresie kriokomory.

Biorąc powyższe ustalenia pod uwagę, a przede wszystkim fakt podpisania przez Odwołującego i innych uczestników niniejszego postępowania administracyjnego, którzy zostali wskazani w rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, jako ci z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Protokołu końcowego z negocjacji, stwierdzić należy, iż Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatrując odwołanie wniesione przez Odwołującego ustalił, że komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000089/REH/05/1/05.1310.208.02/01 nie dopuściła się naruszenia zasad prowadzenia postępowania. W odwołaniu Odwołujący nie wykazał w jakikolwiek sposób, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w sposób naruszający interes prawny Odwołującego. Jako że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia przez komisję konkursową zasad postępowania, brak jest podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

.....
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Magdalena Górska

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy

sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 10 egzemplarzach:

1. Mateusz Romanowski,
2. Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych
3. Maciej Wojciechowski, Dorota Szuka- Romanow
4. Halina Krzyżaniak, Magdalena Szczeszek,
5. Odwołujący
6. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia Z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3
7. "KRIOMEDICA" Poznańskie Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej Sp. z o.o.
8. a/a. – 2 egz.

Opracował: Michał Badowski – Wydział Organizacyjny.