

WO-DP.422.22.2018

05.02.2018
Poznań, dnia.....

DECYZJA NR 23/2018/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.), zwanej dalej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1257), zwanej dalej: „k.p.a.”, po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000088/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 gminy Poznań - Jeżyce, wniesionego przez Bartłomieja Kopaczewskiego prowadzącego działalność leczniczą pod nazwą Praktyka Lekarska (60-823) Poznań, ul. Słowackiego 8/217-218, postanawiam:

oddalić w całości odwołanie złożone przez Bartłomieja Kopaczewskiego.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 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.) zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie ogłoszenia o postępowaniu”, ogłosił w dniu 31 października 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o nr 15-18-000088/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 gminy Poznań – Jeżyce.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 1 340 889,90 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 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 12 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Bartłomieja Kopaczewskiego prowadzącego Praktykę Lekarską (60-823) Poznań, ul. Słowackiego 8/217-218 dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący zwraca się z prośbą o ponowne rozpatrzenie jego oferty oraz umożliwienie mu udzielania świadczeń w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zaznacza, że Placówka specjalizuje się głównie w rehabilitacji pacjentów po zabiegach neurochirurgicznych kręgosłupa i z problemami związanymi z dysfunkcją kręgosłupa. Podnosi, że świadczeń udziela personel wykwalifikowany pod nadzorem lekarzy operujących pacjentów, gdyż założeniem jest kompleksowe leczenie tj. operacja i rehabilitacja pooperacyjna. Podnosi również, że dysponuje sprzętem, który dostosowany jest do potrzeb takich pacjentów. Zawarcie umowy z NFZ pozwoliłoby na powrót do zdrowia większej liczbie pacjentów, przede wszystkim tym, którzy nie mogą skorzystać z odpłatnych usług medycznych.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismem z dnia 18 stycznia 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o uprawnieniach wynikających z przepisów k.p.a., w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. W dniu 25 stycznia 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał Oferent Halina Rutkowska, Bogna Podhorska-Szymańska (60-547) Poznań ul. Galla Anonima 2d, a w dniu 1 lutego 2018 roku reprezentująca Odwołującego Ewelina Elias. Wyżej wymienionym pismem strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 5 lutego 2018 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000088/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 gminy Poznań - Jeżyce, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonym odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez Oferentów w postępowaniu nr 15-18-

000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 złożonych zostało 6 ofert:

1. oferta numer: 15-18-000088[05/1]-0005/00 złożona przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego, (60-631) Poznań ul. Dojazd 34,
2. oferta numer: 15-18-000088[05/1]-0002/00 złożona przez Krzysztofa Pierchalskiego, (60-644) Poznań ul. Sokoła 38,
3. oferta numer: 15-18-000088[05/1]-0003/00 złożona przez Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów, (60-569) Poznań ul. Szamarzewskiego 62,
4. oferta numer: 15-18-000088[05/1]-0004/00 złożona przez Halinę Rutkowską, Bognę Podhorską-Szymańską, (60-547) Poznań ul. Galla Anonima 2d,
5. oferta numer: 15-18-000088[05/1]-0001/00 złożona przez Bartłomieja Kopaczewskiego Praktyka Lekarska, (60-823) Poznań ul. Słowackiego 8/217-218,
6. oferta numer: 15-18-000088[05/1]-0006/00 złożona przez Behaviour Pracownia Psychologiczno-Pedagogiczna: Fizjoterapia Optima Mariola Ejzenchart-Wojkiewicz (60-846) ul. Kochanowskiego 22/6 (dla 5 miejsc udzielania świadczeń).

Postępowanie nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju prowadzone zostało w oparciu w szczególności o przepisy:

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

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 31 października 2017 roku. Komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty dwóch Oferentów oraz przeprowadziła weryfikację u dwóch Oferentów. Wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Komisja konkursowa odrzuciła jedną ofertę. Żadna z ofert nie została również wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 5 (słownie: pięciu) Oferentów, jako spełniających wymagane warunki formalne związane z konstrukcją samej oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez Oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania nie skutkowało dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał

na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny i porównania ofert.

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

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

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

b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:

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

c) kategorii „Pozostałe warunki”:

- w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

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

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

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

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

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 5 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze gminy Poznań-Jeżyce, wskazano 4 (słownie: czterech Oferentów):

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego, (60-631) Poznań ul. Dojazd 34,
- Krzysztof Pierzchalski, (60-644) Poznań ul. Sokoła 38,
- Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów, (60-569) Poznań ul. Szamarzewskiego 62,
- Halina Rutkowska, Bogna Podhorska-Szymańska, (60-547) Poznań ul. Galla Anonima 2d.

Komisja konkursowa wybrała 4 oferty spośród 5 ofert, które zostały zakwalifikowane do części niejawnego postępowania. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punkty za ofertę cenową	Punkty z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
						jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	Inne	razem		
1	15-18-000088/05/11-0005/00	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO	60-631 POZNAŃ-JEŻYCE ul. DOJAZD 34	ZAKŁAD REHABILITACJI LECZNICZEJ I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH 60-631 POZNAŃ-JEŻYCE ul. DOJAZD 34	5	43	4	5	6	0	58	63	Tak
2	15-18-000088/05/11-0002/00	KRZYSZTOF PIERZCHAŁSKI	60-644 POZNAŃ ul. SOKOŁA 38	PRACOWNIA - GABINET FIZJOTERAPII 60-644 POZNAŃ-JEŻYCE ul. SOKOŁA 38	5,48	42	0	5	6	0	53	58,48	Tak
3	15-18-000088/05/11-0003/00	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII IM. EUGENII I JANUSZA ZEYLANDÓW	60-569 POZNAŃ ul. SZAMARZEWSKIEGO 62	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 60-569 POZNAŃ-JEŻYCE ul. SZAMARZEWSKIEGO 62	5	38	2	1	4	0	45	50	Tak
4	15-18-000088/05/11-0004/00	HALINA RUTKOWSKA, BOGNA PODHORSKA-SZYMAŃSKA	60-547 POZNAŃ-JEŻYCE ul. GALLA ANONIMA 2 D	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 60-547 POZNAŃ-JEŻYCE ul. GALLA ANONIMA 2 D	5,95	23	0	5	4	0	32	37,95	Tak
5	15-18-000088/05/11-0001/00	BARTŁOJEW KOPACZEWSKI PRAKTYKA LEKARSKA	60-823 POZNAŃ ul. SŁOWACKIEGO 8/217-218	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 60-823 POZNAŃ-JEŻYCE ul. JULIUSZA SŁOWACKIEGO 8/62	7,38	16	0	5	0	0	21	28,38	Nie

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

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 Rehabilitacja lecznicza, cz. 2. „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna” i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Oferent Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego (60-631) Poznań, ul. Dojazd 34:

W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12,00 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**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielanie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nie odjęciem punktu;

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

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

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

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

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

- zadeklarował, proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał **6,00 punktów**;

- na pytanie: rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

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

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

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

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

Oferent Krzysztof Pierzchalski (60-644) Poznań, ul. Sokoła 38:

W zakresie kryterium jakości:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12,00 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**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie przebierałni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:

- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - pierwotnie nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **jednakże, po weryfikacji, zgodnie z uchwałą komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku zmieniono odpowiedź na „TAK”, co skutkowało odjęciem 1,00 punktu;**
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **jednakże, po weryfikacji, zgodnie z uchwałą komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie odjęciem punktu;**
 - nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktu;

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
- w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

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

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

II. W zakresie kryterium dostępność:

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

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

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

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

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

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

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

Oferent Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów (60-569) Poznań, ul. Szamarzewskiego 62:

I. W zakresie kryterium jakość:

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

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12,00 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**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,00 punkt**;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
 - zadeklarował 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, za co otrzymał **2,00 punkty**;

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

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

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

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

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

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

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

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

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

Oferent Halina Rutkowska, Bogna Podhorska-Szymańska (60-547) Poznań, ul. Galla Anonima 2d:

I. W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12,00 punktów**;
 - nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, za co nie otrzymał punktów;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował posiadanie urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3,00 punkty**;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował posiadanie przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty**;

- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktu;

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
- w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

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

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

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

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

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

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

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

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

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

Odwołujący Bartłomiej Kopaczewski Praktyka Lekarska (60-823) Poznań, ul. Słowackiego 8/217-218:

W zakresie kryterium jakość:

- 1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
 - zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał **12,00 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**;
- 2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania zestawu do kriostymulacji prądem azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania basenu rehabilitacyjnego – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania kriokomory – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna”:
- nie zadeklarował, iż w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za co nie otrzymał punktów;
- 4) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nie odjęciem punktu;

- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktów;
 - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nie odjęciem punktu;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nie odjęciem punktu;
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki” tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktu;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktu;
 - w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

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

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

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

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

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

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

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

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

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

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywołanej przez Odwołującego w odwołaniu dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000088/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 gminy Poznań - Jeżyce wyjaśnić należy, co następuje.

Oferty w postępowaniu nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 oceniane były pod względem kryterium kompleksowości, jakości, dostępności, ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz oferowanej ceny. Żadne z kryteriów nie zawierało oceny z tytułu udzielania świadczeń rehabilitacyjnych skierowanych stricte na pacjentów po neurochirurgicznych zabiegach operacyjnych kręgosłupa czy też z problemami związanymi z dysfunkcją kręgosłupa. W tej sytuacji argumenty Odwołującego nie zasługują na uznanie, gdyż ostatecznie nie wpłynęły na ocenę oferty.

Odnosząc się natomiast do podnoszonej kwestii udzielania świadczeń przez wykwalifikowany personel oraz będącego w dyspozycji Odwołującego wyposażenia, wskazać należy, iż komisja konkursowa w trakcie oceny ofert może brać pod uwagę jedynie kryteria określone w przywołanych powyżej aktach prawnych i właśnie deklarowane przez Odwołującego w zakresie personelu, sprzętu i pomieszczeń warunki brano pod uwagę, za co odpowiednio przyznane zostały punkty.

Wyjaśnienia wymaga, iż oferta Odwołującego nie została wybrana, ze względu na fakt, iż ilość świadczeń zaoferowanych do wykonania przez Oferentów, którzy wskazani zostali jako ci, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a którzy w prowadzonym postępowaniu zadeklarowali lepsze warunki realizacji umowy w związku z czym uzyskali większą liczbę punktów, wyczerpała niemal całkowicie kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie w tym postępowaniu. Ponadto wybór czterech oferentów wyczerpał również maksymalną liczbę umów przewidzianych do zawarcia przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w tym postępowaniu. Jednocześnie podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż zgodnie z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie ogłoszenia 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 oraz kwalifikuje się oferentów,

licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Oferta Odwołującego uzyskała najniższą ocenę punktową w zakresie kryteriów niecenowych tj. 21,00 punkty, a ponieważ Odwołujący zaoferował cenę w wysokości 1,00 zł za punkt rozliczeniowy, to w wyniku jej porównania z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy Odwołujący otrzymał za kryterium ceny ilość punktów 7,38 tj. tylko o 2,62 punkty mniej od maksymalnej wartości. Powyższe spowodowało, iż Odwołujący nie został nawet zaproszony do negocjacji, gdyż jego oferta w zakresie kryteriów niecenowych otrzymała najniższą punktację, a z uwagi na zaproponowaną przez niego cenę za jednostkę rozliczeniową, nie mógł zatem w ramach negocjacji poprawić swojej pozycji w rankingu.

Zauważyć należy, iż wyłonienie świadczeniodawcy w postępowaniu konkursowym ma na celu przede wszystkim realizację ustawowego zadania tj. zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przy tym przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne, (w kontekście ograniczonych środków finansowych) istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Raz jeszcze przypomnieć należy, że dokonanie wyboru ofert wskazanych w rankingu końcowym wyczerpało środki finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania. Podkreślić również należy, iż w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych maksymalnie cztery umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W rozstrzygnięciu postępowania nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01, zostało wskazanych czterech Oferentów.

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

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

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż w odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o zawarcie 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 gminy Poznań – Jeżyce. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie

administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000088/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z Oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i w związku z powyższym nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Magdalena Kruszyńska

POUCZENIE

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

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję.

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

Wykonano w 7 egz.:

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego, (60-631) Poznań ul. Dojazd 34,
 2. Krzysztof Pierzchański, (60-644) Poznań ul. Sokoła 38,
 3. Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów, (60-569) Poznań ul. Szamarzewskiego 62,
 4. Halina Rutkowska, Bogna Podhorska-Szymańska, (60-547) Poznań ul. Galla Anonima 2d,
 5. Odwołujący: Bartłomiej Kopaczewski Praktyka Lekarska, (60-823) Poznań ul. Stowackiego 8/217-218,
 6. a/a,
 7. a/a.
- Opracowała: Anna Wicijewska