WO-DP.422.25.2018

Poznań, dnia 13 lutego 2018 r.

DECYZJA NR 27/2018/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 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin: Grodziec, Konin, Kramsk, Krzymów, Rzgów, Stare Miasto, wniesionych przez Mariusza Jureckiego prowadzącego działalność leczniczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacyjno-Lecznicze „REVITA" z siedzibą w Koninie (62-510) przy ul. Poznańskiej 74 oraz przez Małgorzatę Śliwińską i Michała Śliwińskiego prowadzących działalność leczniczą pod nazwą ZiP-MED Rehabilitacja s. c. z siedzibą w Koninie (62-500) przy ul. Szafirowej 9, postanawiam:

1. **oddalić w całości odwołanie złożone przez Mariusza Jureckiego;**
2. **oddalić w całości odwołanie złożone przez Małgorzatę Śliwińską i Michała Śliwińskiego.**

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, dalej zwanej: „Ustawą" lub „ustawą o świadczeniach", 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 15-18-000093/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 fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze gmin: Grodziec, Konin, Kramsk, Krzymów, Rzgów, Stare Miasto.

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 2 564 254,35 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 13 (słownie: trzynaście).

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 16 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Mariusza Jureckiego prowadzącego działalność leczniczą pod nazwą: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacyjno-Lecznicze „REVITA" z siedzibą w Konin (62-510) przy ul. Poznańskiej 74 (zwanej dalej: „Odwołujący Mariusz Jurecki") dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący Mariusz Jurecki zarzuca:

1. naruszenie art. 134 ust. 1 Ustawy - poprzez niezapewnienie równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i przedmiocie postępowania, w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
2. naruszenie art. 152 ust. 1 Ustawy - poprzez naruszenie interesu prawnego skarżącego i spowodowanie, w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uszczerbku skarżącego.

W uzasadnieniu odwołania, Odwołujący Mariusz Jurecki wskazał, że w dniu 5 stycznia 2018 r. Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił rozstrzygnięcie postępowania nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna

dokonując pominięcia oferty Odwołującego. Z posiadanej przez niego wiedzy wynika, że spełniał on wszystkie wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia kryteria, a w przypadku niektórych jak ciągłość, kompleksowość i dostępność udzielania świadczeń, złożona oferta wyróżniała się pośród innych ofert. Uszczegóławiając, Odwołujący Mariusz Jurecki jest przekonany, że w toku oceny złożonych ofert, Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał nieprawidłowej interpretacji kryterium ciągłości oraz jakości udzielania świadczeń tj. warunku – specjalista w dziedzinie fizjoterapii równoważnik co najmniej ½ etatu. W przypadku kryterium ciągłości, Fundusz zdaniem Odwołującego Mariusza Jureckiego błędnie postąpił opierając się w wielu przypadkach wyłącznie na samych umowach, lub oświadczeniach przedstawionych przez oferentów jednocześnie nie sprawdzając rzeczywistego wykonania (co najmniej części) takich usług potwierdzając nierówne potraktowanie Odwołującego. Nadto komisja konkursowa mimo reprezentowania w konkursie nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podmiotu odpowiedzialnego za zapewnienie mieszkańcom gmin: Grodziec, Kramsk, Krzymów, Rzgów, Stare Miasto dostępności do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, całkowicie zignorowała powszechnie znaną sytuację w zakresie dostępności do świadczeń fizykoterapeutycznych na ww. obszarze (tj. praktyczny brak możliwości zatrudnienia specjalisty fizjoterapii w wymiarze równoważnym co najmniej ½ etatu). Jak dalej wskazuje Odwołujący Mariusz Jurecki, bezkrytyczne i nierzetelne sprawdzenie faktycznych możliwości zagwarantowania przez oferentów powyższego warunku było kluczowe dla prawidłowego rozstrzygnięcia konkursu nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01, ze względu na wysoką wartość punktową z nimi powiązaną. Zdaniem Odwołującego Mariusza Jureckiego postępowanie wskazane powyżej nie tylko narusza interes prawny Odwołującego, ale przede wszystkim narusza zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej . Niewątpliwym jest również, iż prowadzenie postępowania konkursowego w sposób wskazany powyżej nie gwarantuje zachowania uczciwej konkurencji. Jak podaje Odwołujący Mariusz Jurecki wobec braku dostępu do punktacji ofert podmiotów z nim konkurujących , pozbawiony jest możliwości sformułowania wszystkich zarzutów w przedmiotowym odwołaniu, oraz sprawdzenia czy w pozostałych kwestiach niniejszego postępowania nie naruszono zasad postępowania konkursowego, szczególnie w zakresie równego traktowania świadczeniodawców, uczciwej konkurencji i niezmienności warunków w czasie jego trwania.

Dnia 16 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Małgorzatę Śliwińską i Michała Śliwińskiego prowadzących działalność leczniczą pod nazwą ZiP-MED Rehabilitacja s. c. z siedzibą w Koninie (62-500) przy ul. Szafirowej 9 (zwanych dalej: „Odwołujący Małgorzata i Michał Śliwińscy") dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

Na podstawie art. 152 ust. 1 Ustawy Odwołujący Małgorzata i Michał Śliwińscy odwołują się od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert ogłoszonego dnia 5 stycznia 2018 roku i wnoszą o weryfikację rankingu oceny punktowej przyznanej poszczególnym oferentom w postępowaniu nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. Odwołujący Małgorzata i Michał Śliwińscy uważają, iż w toku powyższego postępowania konkursowego został naruszony interes prawny Odwołujących, poprzez naruszenie art. 134 ust 1 i 2 Ustawy. Zdaniem Odwołujących Małgorzaty i Michała Śliwińskich komisja konkursowa błędnie zastosowała przepisy i dokonała wyboru ofert, których ocena była niepełna, nierzetelna oraz nieprawidłowa w kontekście zasad przeprowadzania konkursu określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 3/2017/DSOZ . Takie działanie spowodowało przyznanie zwiększonej ilości punktów za spełnienie kryteriów, których oceniane oferty nie przedstawiały. Postępowanie prowadzone zostało więc z pominięciem zasad równego traktowania oferentów oraz pominięciem

zasad uczciwej konkurencji. Z wiedzy Odwołujących Małgorzaty i Michała Śliwińskich wynika, że wiele podmiotów zawarło w swoich ofertach gwarancję zatrudnienia specjalisty fizjoterapii w wymiarze ½ etatu, natomiast komisja konkursowa nie od wszystkich oferentów zażądała umów będących zapewnieniem takiej współpracy. Ponadto część z tych podmiotów jak wskazują Odwołujący nie posiada takich umów i faktycznie nie jest w stanie zagwarantować współpracy ze specjalistą fizjoterapii w wymaganym wymiarze czasu pracy. Odwołujący Małgorzata i Michał Śliwińscy podnoszą, że dokonanie rzetelnej weryfikacji powyższego, niewątpliwie spowodowałoby obniżenie oceny punktowej ofert i zmianę miejsca w rankingu, co związane jest z inną wartością punktową zaoferowaną podczas negocjacji

Uwzględniając okoliczność, że od rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego pod numerem 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 zostały złożone dwa odwołania, postanowieniem nr 10/2018/O z dnia 17 stycznia 2018 roku, działając na podstawie art. 62 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej: „k.p.a.", Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podjął decyzję o połączeniu spraw do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego Mariusza Jureckiego oraz Odwołujących Małgorzatę Śliwińską i Michała Śliwińskiego pismem z dnia 17 stycznia 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego Mariusza Jureckiego i Odwołujących Małgorzatę i Michała Śliwińskich oraz pozostałych świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000093/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 materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały także poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 5 lutego 2018 roku.

W dniu 30 stycznia 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał Odwołujący Michał Śliwiński, prowadzący z Małgorzatą Śliwińską podmiot leczniczy w formie spółki cywilnej ZiP-MED Rehabilitacja s. c. M. Śliwińska, M Śliwiński, natomiast w dniu 2 lutego 2018 roku z powyższego uprawnienia skorzystał również Odwołujący Mariusz Jurecki prowadzący Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacyjno –Lecznicze „REVITA". W dniu 5 lutego 2018 roku ponownie z przysługującego uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał Odwołujący Michał Śliwiński, prowadzący z Małgorzatą Śliwińską podmiot leczniczy w formie spółki cywilnej ZiP-MED Rehabilitacja s. c. M. Śliwińska, M. Śliwiński.

W dniu 5 lutego 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu wpłynęło uzupełnienie odwołania złożone przez Odwołujących Małgorzatę i Michała Śliwińskich, w którym podtrzymano argumentację przedstawioną w odwołaniu złożonym dnia 11 lutego 2018 roku, a w szczególności zarzut dotyczący nierównego traktowania oferentów. W nawiązaniu do treści udostępnionych w dniu 30 stycznia 2018 roku, akt postępowania nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 i dokonanej analizie zebranej dokumentacji z postępowania konkursowego, uzupełniono zarzuty o następujące kwestie.

1. Wskazana w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umów w trybie konkursu ofert (kod postępowania 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01) w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, na obszarze gmin: Grodziec, Konin, Kramsk, Krzymów, Rzgów, Stare Miasto wartość zamówienia określona przez WOW NFZ wynosi 2 564 254, 35 zł.

co stanowi kwotę 284 917,15 zł miesięcznie natomiast suma zeszłorocznych umów tylko dla miasta Konina wynosiła w przybliżeniu 374 672 zł. Odwołujący wskazują, na różnicę wynoszącą około 89 755 zł., i obecną wartość zamówienia stanowiącą zaledwie 76% wartości zeszłorocznych umów. Oznacza to, że przeznaczone na realizację świadczeń w roku 2018 i latach następnych środki finansowe zostały znacząco obniżone. Jednocześnie podkreśla, że w większości innych gmin na terenie województwa wielkopolskiego wartości zamówień w postępowaniu w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna były porównywalne do zeszłorocznych. Zdaniem Odwołujących widoczna dysproporcja w finansowaniu świadczeń na terenie Konina i gmin przyległych w stosunku do innych gmin wyczerpuje znamiona nierównego traktowania świadczeniodawców, a w istocie świadczeniobiorców.

2. Odwołujący przedstawili tabelę opierającą się na rankingu punktowym końcowym wytworzonym przez komisję konkursową z dodatkowymi kolumnami zawierającymi istotne z punktu widzenia Odwołujących dane wskazujące na nieprzestrzeganie przez komisję konkursową zasady równego traktowania oferentów w ww. postępowaniu. Zdaniem Odwołujących z analizy tabeli wynika, że pierwsze miejsce w rankingu zajął Zakład Opieki Zdrowotnej i Medycyny Pracy „MED-ALKO" Sp. z o. o. z ilością 58 punktów otrzymując propozycję finansowania znacząco niższą w stosunku do złożonej oferty od placówki która znalazła się na miejscu drugim z ilością 52,38 punktów. Odwołujący zadają pytanie o powód złożenia tak korzystnej propozycji finansowania dla FUNDACJI MIELNICA w wysokości odpowiednio 100% w stosunku do złożonej oferty i 138% w stosunku do zeszłorocznego kontraktu. Ponadto ZiP-MED Rehabilitacja s. c., którą reprezentują Odwołujący zajęła w rankingu 8 miejsce w zakresie finansowania zostając potraktowana niezgodnie z jakimikolwiek zasadami i logiką wynikającą z rankingu punktowego, otrzymując poziom finansowania na poziomie odpowiednio 34,71% w stosunku do wartości oferowanych i 42% w stosunku do zeszłorocznego kontraktu. Odwołujący uważają, iż takie postępowanie jest skrajnie nieuczciwe i kłóci się z zasadą równego traktowania oferentów tym bardziej że placówki zajmujące niższe 10 i 11 miejsce w rankingu otrzymały propozycje znacząco wyższego finansowania w ujęciu procentowym, zarówno w stosunku do złożonych ofert jak i kontraktów z ubiegłego roku. W związku z przedstawioną analizą Odwołujący poddają w wątpliwość prawidłowy podział środków finansowych dla poszczególnych placówek, który mógł odbyć się ze złamaniem obowiązujących norm przyjętych w rozdziale publicznych pieniędzy. Fakt przyznawania środków finansowych w sposób uznaniowy bez zachowania jasnych i transparentnych zasad, potwierdza zdaniem Odwołujących brak klucza, według którego dokonano podziału tych środków.

3. Odwołujący podnoszą zarzut dotyczący różnicy wartości zamówienia przedstawionego w ogłoszeniu postępowania do wartości rozdysponowanych środków przez komisję konkursową (2 557 955, 27), wskazując na brak przyznania środków w wysokości 6 591,18 zł. Jednocześnie zadają pytanie, dlaczego tak duża różnica środków nie została rozdysponowana pomiędzy oferentów wybranych do zawarcia umowy. Odwołujący informują, iż rosną kolejki oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne, a pozostawienie takiej kwoty bez przyznania na realizację świadczeń fizjoterapii jest działaniem na szkodę pacjentów.

4. Odwołujący podczas wglądu w dokumentację zgromadzoną w toku wszczętego postępowania administracyjnego stwierdzili brak numeracji stron w teczce zawierającej dokumentację sporządzoną przez komisję konkursową. Na prośbę o wyjaśnienie zaistniałej okoliczności zostali poinformowani, że jest to załącznik do tejże dokumentacji i nie podlega rygorowi numerowania. Odwołujący uważają, że dla zachowania gwarancji, iż przedkładane akta stanowią całość zgromadzonej w sprawie dokumentacji, wszystkie elementy powinny zostać ponumerowane niezależnie czy są załącznikami czy też nie. Odwołujący wskazują, iż numerowanie stron stanowi

nie tylko emanację rzetelności działania organu prowadzącego postępowanie i wyraz jawności prowadzonego postępowania, ale gwarancję dla strony, zapoznania się z całością zgromadzonego materiału dowodowego i wynika bezpośrednio z zasad obowiązujących w postępowaniu administracyjnym.

5. Ostatnią kwestią poruszaną przez Odwołujących jest wyjaśnienie podstaw podjęcia uchwały dotyczącej dopuszczenia do udziału w konkursie podmiotów w rejestrach których widniał kod resortowy 1300 zamiast prawidłowego 1310. Zdaniem Odwołujących, interpretacja przyjęta przez komisję konkursową jest zbyt dowolna i uznaniowa oraz świadczy o nierównym traktowaniu oferentów. Zapis kodu o numerze 1310 charakteryzuje specjalność dotyczącą ambulatoryjnych świadczeń fizjoterapeutycznych o czym świadczy zawarcie kodu 1310 w numerze ogłoszonego postępowania (15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01).

W dniu 5 lutego 2018 roku Odwołujący Małgorzata i Michał Śliwińscy złożyli pismo do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące sprostowania oczywistej omyłki pisarskiej zawartej w uzupełnieniu odwołania tj.: w punkcie 3 zamiast kwoty w 2 557 955,27 powinno być 2 557 663,27 oraz zamiast 6 951,18 powinno być 6 591,08. Ponadto w dniu 6 lutego 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Odwołujących Małgorzaty i Michała Śliwińskich dotyczące włączenia do akt sprawy poprawionej tabeli zamieszczonej w uzupełnieniu odwołania.

W związku z koniecznością odniesienia się do zarzutów podniesionych w uzupełnieniu odwołania złożonego przez Małgorzatę Śliwińską i Michała Śliwińskiego prowadzących działalność lecznicza pod nazwą ZiP-MED Rehabilitacja s. c. z siedzibą w Koninie (62-500) ul. Szafirowa 9, (data wpływu: 5 lutego 2018 roku), niemożliwym stało się wydanie przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia decyzji w sprawie w zakreślonym pierwotnie terminie, tj. w dniu 5 lutego 2018 roku. Biorąc powyższe pod uwagę, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, iż nowy termin załatwienia sprawy w drodze wydania decyzji określono się na dzień 13 lutego 2018 roku.

Na skutek złożonych przez Odwołującego Mariusza Jureckiego oraz Odwołujących Małgorzaty Śliwińskiej i Michała Śliwińskiego, odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania numer 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu nowotomyskiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonych odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 oraz dokumentacja sporządzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin: Grodziec, Konin, Kramsk, Krzymów, Rzgów, Stare Miasto, złożonych zostało trzynaście ofert na piętnaście miejsc realizacji świadczeń:

1. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0001/00 złożona przez Zakład Opieki Zdrowotnej i Medycyny Pracy „MED-ALKO" Spółka. z o. o., ul. Gajowa 7, 62-510 Konin;
2. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0002/00 złożona przez Mariusza Jureckiego, ul. Kwiatowa 32, 62-510 Konin;
3. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0003/00 złożona przez, Arletę Stec-Steinke, ul. Goździkowa 2 7a, 62-502 Konin;
4. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0004/00 złożona przez Przychodnię Onkologiczną „ONKO-MED" A&M Rusin Spółka Jawna, ul. Zakładowa 5E, 2-510 Konin;
5. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0005/00 złożona przez Grażynę Łoś, ul. Przemysłowa 160, 62-505 Konin;
6. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0006/00 złożona przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie, ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin, na dwa miejsca udzielania świadczeń (ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin, ul. Kardynała S. Wyszyńskiego 1, 62-510 Konin);
7. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0007/00 złożona przez Izabelę Ujazdowską, ul. Główna 10A, 62-513 Brzeźno;
8. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0008/00 złożona przez Sylwię Leśkiewicz, ul. Kazimierza Wielkiego 2, 62-502 Konin;
9. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0009/00 złożona przez FUNDACJĘ MIELNICA, ul. Szpitalna 43, 62-504 Konin;
10. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0010/00 złożona przez M.A.R. Spółka z o. o. ul. Chopina 16A, 62-510 Konin, na dwa miejsca udzielania świadczeń(ul. Chopina 16A, 62-510 Konin, ul. Zakładowa 5E, 62-510 Konin);
11. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0011/00 złożona przez Jarosława Kołosowskiego, ul. Posoka 35, 62-504 Konin;
12. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0012/00 złożona przez ZiP MED Rehabilitacja s. c., M. Śliwińska, M. Śliwiński, ul. Szafirowa 9, 62-500 Konin;
13. oferta numer: 15-18-000093[05/1]-0013/00 złożona przez „VITAL" Kruccy Spółka Jawna, ul. 11 Listopada 7/35

Postępowanie nr 15-18-000093/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. z 2013 roku, 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 roku, 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 roku, poz. 1980 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenie 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.

W miejscu tym wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie prowadzenia części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty trzech oferentów oraz przeprowadziła weryfikację u czterech oferentów. Żadna z ofert nie została wycofana, ani pozostawiona bez rozpoznania, a wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Komisja konkursowa odrzuciła jedną ofertę złożoną przez Jarosława Kołosowskiego, ul. Posoka 35, 62-504 Konin na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 12 (słownie: dwunastu) oferentów na czternaście miejsc udzielania świadczeń, jako spełniających wymagane warunki formalne związane z konstrukcją samej oferty.

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

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

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:
   a) kategorii „Personel":
      - magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta–równoważnik co najmniej ½ etatu:
        - tak (12,00 punktów);
        - nie (brak punktów);
      - specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu:
        - tak (17,00 punktów);
        - nie (brak punktów);
      - zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej:
        - tak (4,00 punkty);
        - nie (brak punktów);
   b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna":
      - urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości–w miejscu udzielania świadczeń:
        - tak (3,00 punkty);
        - nie (brak punktów);
      - wanna do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych–w lokalizacji:
        - tak (3,00 punkty);
        - nie (brak punktów);
      - zestaw do kriostymulacji parami azotu–w miejscu udzielania świadczeń:
        - tak (2,00 punkty);

- nie (brak punktów);

- sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
  - tak (3,00 punkty);
  - nie (brak punktów);
- basen rehabilitacyjny – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej $4m^2$ 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":
  - 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);

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);

- rozliczenie:
  - ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (6,00 punktów);
  - ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (3,00 punkty);
  - żadne z powyższych (brak punktów);

5. Inne warunki oceniane – część wspólna:
   - współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
     - tak (2,00 punkty);
     - nie (brak punktów);
6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 punktów).
   Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:
   - podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferowanej przez oferenta z ceną oczekiwaną przez Fundusz,
   - ceną oczekiwaną przez Fundusz jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu,
   - liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

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

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

gdzie:
y_c - liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny,
C_{maks} - 1,1 x C_{NFZ},
C_{min} - 0,9 x C_{NFZ},
C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,
C_{NFZ}- cena oczekiwana,
s – maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny określona dla przedmiotu postępowania,
A – stosuje się w przypadku gdy $C_{of}<C_{min}$,
B – stosuje się w przypadku gdy $C_{of}\geq C_{min}$.

Należy podkreślić, iż w celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła następujące uchwały:

I. W dniu 20 listopada 2017roku uchwałę w przedmiocie uznania specjalności komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego – część VIII resortowych kodów identyfikacyjnych - 1300.

II. W dniu 20 listopada 2017 roku uchwałę dotyczącą trybu dokonywania zmian w zakresie odpowiedzi udzielanych przez oferenta na pytania ankietowe zawarte w cz. VIII. ANKIETY formularza ofertowego.

III. i IV. W dniu 20 listopada 2017 roku dwie uchwały w przedmiocie oceny ofert pod względem spełniania warunku dodatkowo ocenianego związanego ze sprawozdawczością, uwzględniającą stanowisko Ministerstwa Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2017 roku (znak: UZ-AK.749.32.2017. EW)

V. W dniu 20 listopada 2017 roku uchwałę w przedmiocie oceny zadeklarowanego przez oferentów warunku zapewnienia certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz certyfikatu ISO 27 001 systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji.

VI. W dniu 22 listopada 2017 roku uchwałę w przedmiocie oceny ofert w odniesieniu do warunku wymaganego określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w załączniku Nr 1 WYKAZ ORAZ WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU REHABILITACJI LECZNICZEJ, lp. 1 lit. b pkt 3 *świadczenia udzielane w fizjoterapii ambulatoryjnej, z wyjątkiem masażu, muszą odbywać się pod nadzorem co najmniej osoby wykonującej zawód fizjoterapeuty i posiadającej tytuł magistra, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1994 oraz z 2017 r. poz. 599), lub fizjoterapeuty posiadającego dyplom, świadectwo lub inny dokument, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 5 lit. b i c tej ustawy, potwierdzający ukończenie studiów drugiego stopnia oraz posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.*

VII. W dniu 6 grudnia 2017 roku uchwałę w przedmiocie oceny ofert w zakresie zapewnienia przez oferentów transportu sanitarnego.

Podkreślenia wymaga ponownie, iż powyższe zasady przyjęte w uchwałach komisji konkursowej stosowane były w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższych uchwałach okoliczności celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców wyrażonej w art. 134 Ustawy.

Dnia 5 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000093/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 gmin: Grodziec, Konin, Kramsk, Krzymów, Rzgów, Stare Miasto, wskazano 10 (słownie: dziesięciu) oferentów na dwanaście miejsc udzielania świadczeń:

- Arleta Stec-Steinke, 62-502 Konin, ul. Goździkowa 2,
- FENDACJA MIELNICA, 62-504 Konin, ul. Szpitalna 43,
- Grażyna Łoś, 62-505 Konin, ul. Przemysłowa 160,
- Izabela Ujazdowska, 62-513 Brzeźno, ul. Główna 9A,
- M.A.R. Spółka z o. o., 62-510 Konin, ul. Chopina 16A, obejmująca dwa miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane:
  1. 62-510 Konin, ul. Chopina 16A,
  2. 62-510 Konin, ul. Budowlanych 4,

- Przychodnia Onkologiczna „ONKO-MED" A&M Rusin Spółka Jawna, 62-510 Konin, ul. Zakładowa 50E,
- Sylwia Leśkiewicz, 62-502 Konin, ul. Kazimierza Wielkiego 2,
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie, 62-504 Konin, ul. Szpitalna 45, obejmujący dwa miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane:
  1. 62-504 Konin, ul. Szpitalna 45,
  2. 62-510 Konin, ul. Kardynała S. Wyszyńskiego 1,
- Zakład Opieki Zdrowotnej i Medycyny Pracy „MED-ALKO" Spółka z o. o., 62-510 Konin, ul. Gajowa 7,
- ZiP-MED Rehabilitacja s. c. M. Śliwińska, M. Śliwiński, 62-500 Konin, ul. Szafirowa 9.

Komisja konkursowa nie wybrała pozostałych ofert z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania o wyborze ofert, które uzyskały większą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Ranking końcowy

(malejąco wg łącznej liczby punktów oceny***)

Pozycja oferty w rankingu	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Ocena oferty								Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
				Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów oceny	
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem		
1	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ I MEDYCYNY PRACY MED-ALKO SP. ZO.O.	62-510 KONIN ul. GAJOWA 7	GABINET FIZJOTERAPII 62-510 KONIN ul. ALEJE I MAJA 1/A	5	40	2	5	6	0	53	58	Tak
2	FUNDACJA MIELNICA	62-504 KONIN ul. SZPITALNA 43	REHABILITACJA AMBULATORYJNA 62-504 KONIN ul. SZPITALNA 43	7,38	34	0	5	6	0	45	52,38	Tak
3	M.A.R. SPÓŁKA Z O.O.	62-510 KONIN ul. CHOPINA 16A	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA 62-510 KONIN ul. BUDOWLANYCH 4	5,95	31	4	5	6	0	46	51,95	Tak
4	ARLETA STEC-STEINKE	62-502 KONIN ul. GOŹDZIKOWA 2	GABINET FIZJOTERAPII 62-502 KONIN ul. GOŹDZIKOWA 2	10	29	0	6	6	0	41	51	Tak
5	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KONINIE	62-504 KONIN ul. SZPITALNA 45	ZAKŁAD FIZJOTERAPII - OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ 62-504 KONIN ul. SZPITALNA 45	5	29	2	5	6	2	44	49	Tak
6	GRAŻYNA ŁOŚ	62-505 KONIN ul. PRZEMYSŁOWA 160	GABINET FIZJOTERAPII 62-505 KONIN ul. PRZEMYSŁOWA 160	5,95	30	2	5	6	0	43	48,95	Tak
7	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KONINIE	62-504 KONIN ul. SZPITALNA 45	ZAKŁAD FIZJOTERAPII - DZIAŁ FIZJOTERAPII 62-510 KONIN ul. KARDYNAŁA S. WYSZYŃSKIEGO 1	5	29	2	5	4	2	42	47	Tak
8	ZIP-MED REHABILITACJA S.C M ŚLIWIŃSKA, M. ŚLIWIŃSKI	62-500 KONIN ul. SZAFIROWA 9	GABINET FIZJOTERAPII ZIP-MED 62-510 KONIN ul. PÓŁNOCNA 10	7,38	24	4	5	6	0	39	46,38	Tak
9	IZABELA UJAZDOWSKA	62-513 BRZEŹNO ul. GŁÓWNA 10A	GABINET FIZJOTERAPII 62-513 BRZEŹNO ul. GŁÓWNA 10A	9,76	29	0	5	0	0	34	43,76	Tak
10	M.A.R. SPÓŁKA Z O.O.	62-510 KONIN ul. CHOPINA 16A	FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA 62-510 KONIN ul. CHOPINA 16A	5,95	22	0	5	6	0	33	38,95	Tak
11	SYLWIA LEŚKIEWICZ	62-502 KONIN ul. KAZIMIERZA WIELKIEGO 2	GABINET REHABILITACJI 62-502 KONIN ul. KAZIMIERZA WIELKIEGO 2	9,76	17	0	5	6	0	28	37,76	Tak
12	PRZYCHODNIA ONKOLOGICZNA "ONKO-MED" A&M RUSIN SPÓŁKA JAWNA	62-510 KONIN ul. ZAKŁADOWA 5E	PRACOWNIA FIZJOTERAPII AMBULATORYJNEJ 62-510 KONIN ul. ZAKŁADOWA 5E	9,76	20	2	5	0	0	27	36,76	Tak
13	MARIUSZ JURECKI	62-510 KONIN ul. KWIATOWA 32	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM REHABILITACYJNO-LECZNICZE "REVITA" 62-510 KONIN ul. POZNAŃSKA 74	7,38	21	2	0	6	0	29	36,38	Nie
14	VITAL KRUCCY SPÓŁKA JAWNA	62-510 KONIN ul. 11 LISTOPADA 7/35/35	DZIAŁ FIZJOTERAPII 62-586 SŁAWSK ul. WIŚNIOWA 1	10	18	0	5	0	0	23	33	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 Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych 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 Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „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. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY" oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000093/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):

Odwołujący: Mariusz Jurecki, ul. Kwiatowa 32, 62 – 510 Konin.

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;
- 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;
- zadeklarował posiadanie zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty;**
- 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 4m^2 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;
- 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało **przyznaniem 0,50 punktów ujemnych, jednakże, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 r. oraz wyjaśnień złożonych przez odwołującego zmieniono odpowiedź na „NIE", co skutkowało nie odjęciem punktów;**
- 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, co skutkowało **przyznaniem 0,50 punktów ujemnych, jednakże, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 r. oraz wyjaśnień złożonych przez odwołującego zmieniono odpowiedź na „NIE", co skutkowało nie odjęciem punktów;**
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

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 nie otrzymał punktów;
- 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;**
- 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":

- 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":

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

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat", za co otrzymał **6,00 punktów;**
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.
W zakresie kryterium ceny oferent **Mariusz Jurecki**, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał **7,38 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący: Małgorzata i Michał Śliwińscy, ZiP-MED Rehabilitacja s. c. M. Śliwińska, M. Śliwiński, ul. Szafirowa 9, 62-500 Konin.

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;
   - 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;
   - 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 4m^2 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

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

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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat", za co otrzymał **6,00 punktów;**
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent **Małgorzata i Michał Śliwińscy, ZiP-MED Rehabilitacja s. c. M. Śliwińska, M. Śliwiński** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał **7,38 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Arleta Stec-Steinke, ul. Goździkowa 2, 62-502 Konin.

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;
- 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;**
- 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 $4m^2$ 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

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 punktów;
- 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":

- 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":

- 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 w części IV tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna":

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat", za co otrzymał **6,00 punktów;**
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.
W zakresie kryterium ceny oferent **Arleta Stec-Steinke**, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł za co otrzymał **10,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: FUNDACJA MIELNICA, ul. Szpitalna 43, 62-504 Konin.

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

2. kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna określona w lp. I tabeli nr 1 zakres 2 „Przedmiot postępowania: Fizjoterapia ambulatoryjna":

- nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 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 4m^2 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;
- 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

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 punktów;
- 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":

- 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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat", za co otrzymał **6,00 punktów;**
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.
W zakresie kryterium ceny oferent **FUNDACJA MIELNICA**, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł za co otrzymał **7,38 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Grażyna Łoś, ul. Przemysłowa 160, 62-505 Konin.

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;
- 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;**
- 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 $4m^2$ 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało **przyznaniem 0,50 punktów ujemnych, jednakże, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 r. oraz wyjaśnień złożonych przez odwołującego zmieniono odpowiedź na „NIE", co skutkowało nie odjęciem punktów;**
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

5. Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki" tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna":

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,00 punkt;**
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;

- w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych", za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium 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;**
- 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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat", za co otrzymał **6,00 punktów;**
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent **Grażyna Łoś** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,04 zł, przy czym w toku negocjacji zaoferował cenę 1,03 zł, za co otrzymał **5,95 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Izabela Ujazdowska, 62-513 Brzeźno, ul Główna 10A.

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;
- 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;**
- 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 4m^2 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie

12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

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 punktów;
- 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":

- 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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych", za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.
W zakresie kryterium ceny oferent **Izabela Ujazdowska** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, przy czym w toku negocjacji zaoferował cenę 0,95 zł, za co otrzymał **9,76 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: M.A.R. Spółka z o. o., 62-510 Konin, ul. Chopina 16A.

A. Miejsce udzielania świadczeń – **62-510 Konin, ul. Chopina 16A**

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;
- 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;
- 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;

- 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 4m^2 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowałoby **przyznaniem 0,50 punktów ujemnych, jednakże, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 r. zmieniono odpowiedź na „NIE", co skutkowało nie odjęciem punktów;**
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

5. Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki" tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna":

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,00 punkt;**
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych", za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium 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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru , którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat", za co otrzymał **6,00 punktów;**
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.
W zakresie kryterium ceny oferent **M.A.R. Spółka z o. o.** z miejscem udzielania świadczeń: **62-510 Konin, ul. Chopina 16A** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,03 zł, za co otrzymał **5,95 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

B. Miejsce udzielania świadczeń: **62-510 Konin, ul. Budowlanych 4**

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;
- 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;
- zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 punkty;**
- zadeklarował posiadania zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2,00 punkty;**
- 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 $4m^2$ 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;
- zadeklarował posiadanie kriokomory – w lokalizacji, za co otrzymał **4,00 punkty;**
- 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- pierwotnie zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowałoby **przyznaniem 0,50 punktów ujemnych, jednakże, na podstawie uchwały komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 roku zmieniono odpowiedź na „NIE", co skutkowało nie odjęciem punktów;**
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

5. Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki" tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna":

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,00 punkt;**

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

II. W zakresie kryterium 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 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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat", za co otrzymał **6,00 punktów;**
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent **M.A.R. Spółka z o. o.** z miejscem udzielania świadczeń: **62-510 Konin, ul. Budowlanych 4** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,03 zł. za co otrzymał **5,95 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Przychodnia Onkologiczna „ONKO-MED" A&M Spółka Jawna, 62-510 Konin, ul. Zakładowa 5A.

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":

– nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
– zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 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 4m^2 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
– nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
– nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
– 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

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 punktów;
- 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":

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

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

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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych", za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny oferent **Przychodnia Onkologiczna „ONKO-MED" A&M Rusin Spółka Jawna** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, przy czym w toku negocjacji zaoferował cenę 0,95 zł, za co otrzymał **9,76 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Sylwia Leśkiewicz, 62-502 Konin, ul. Kazimierza Wielkiego 2.

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":

- nie zadeklarował posiadania urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował posiadanie wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych w lokalizacji, za co otrzymał **3,00 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 $4m^2$ 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;
- 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

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 punktów;
- 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":

- 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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach

obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat", za co otrzymał **6,00 punktów;**

- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.
W zakresie kryterium ceny oferent **Sylwia Leśkiewicz** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,00 zł, przy czym w toku negocjacji zaoferował cenę 0,95 zł, za co otrzymał **9,76 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie, 62-504 Konin, ul. Szpitalna 45.

A. Miejsce udzielania świadczeń – **62-504 Konin, ul. Szpitalna 45**

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;
- 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;**
- 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 4m^2 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

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 punktów;
- 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":

- 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":

- 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 punktów;

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

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

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

- zadeklarował współpracę z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co otrzymał **2,00 punkty.**

W zakresie warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego

postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.
W zakresie kryterium ceny oferent **Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie**, z miejscem udzielania świadczeń **62-504 Konin, ul. Szpitalna 45** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

B. Miejsce udzielania świadczeń – **62-510 Konin, ul. Kardynała S. Wyszyńskiego 1**

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;
- 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;**
- 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 $4m^2$ 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

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 punktów;
- 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":

- 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":

- 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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców pierwotnie zaznaczył odpowiedź W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat", za co otrzymał **6,00 punktów, jednakże po dokonaniu weryfikacji przez komisję konkursową zmieniono na odpowiedz „W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru , którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat", co skutkowało otrzymaniem 4,00 punktów;**
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych", za co nie otrzymał punktów;

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

- zadeklarował współpracę z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co otrzymał **2,00 punkty**.

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

W zakresie kryterium ceny oferent **Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie** z miejscem udzielania świadczeń **62-510 Konin, ul. Kardynała S. Wyszyńskiego 1** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: Zakład Opieki Zdrowotnej i Medycyny Pracy „MED-ALKO" Sp. z o. o., 62–510 Konin, ul. Gajowa 7.

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;**
- nie zadeklarował zapewnienie 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;**
- 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 $4m^2$ 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie– tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

5. Pozostałe warunki – określone w części II „Pozostałe warunki" tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna":

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał **1,00 punkt;**
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej, udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych", za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium 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;
- zadeklarował realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, za co otrzymał **2,00 punkty;**
- nie zadeklarował realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, za co nie otrzymał punktów,

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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „W ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru , którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat", za co otrzymał **6,00 punktów;**
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.
W zakresie kryterium ceny oferent **Zakład Opieki Zdrowotnej i Medycyny Pracy „MED-ALKO" Sp. z o. o.**, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent: VITAL Kruccy Spółka Jawna, 62-510 Konin, ul. 11 Listopada 7/35.

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;
   - 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 4m^2 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 udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i w wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 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 nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

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 punktów;
- 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":

- 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 punktów;

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

- na pytanie czy w dniu złożenia oferty, oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców zaznaczył odpowiedź „Żadna z powyższych", za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty zaznaczył odpowiedź „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 Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.
W zakresie kryterium ceny oferent **VITAL Kruccy Spółka Jawna** zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł za co otrzymał **10 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywoływanej w treści odwołań złożonych przez Odwołującego Mariusza Jureckiego i Odwołujących Małgorzatę i Michała Śliwińskich dotyczących rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin: Grodziec, Konin, Kramsk, Krzymów, Rzgów, Stare Miasto, wskazać należy co następuje.

W pierwszej kolejności należy wskazać, iż art. 134 Ustawy stanowi, iż Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W niniejszym postępowaniu jest to załącznik numer 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza". komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięcia komisji konkursowych na zasadzie słuszności bądź uznaniowości. Ponadto zgodnie z art. 134 ust. 2 Ustawy wszelkie wymagania i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem konkursowym nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim oferentom na tych samych zasadach, dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Taki sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich Oferentów. Przenosząc powyższe na sytuację Odwołującego Mariusza Jureckiego

należy wskazać, iż komisja konkursowa zgodnie z art. 148 Ustawy oraz na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert dokonała porównania 12 (z wyjątkiem odrzuconej) ofert złożonych w toku postępowania konkursowego nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 pod względem jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Niesłusznym jest twierdzenie, że oferta Odwołującego Mariusza Jureckiego była wyróżniającą się spośród innych ofert w zakresie podstawowych kryteriów jak: ciągłość, kompleksowość i dostępność. Wskazać należy, iż w zakresie kryterium jakości otrzymała 21 punktów co klasyfikowało ją dopiero na 11 miejscu pośród innych ofert, natomiast w zakresie kryterium kompleksowości dwie oferty otrzymały większą ilość punktów od oferty złożonej przez Odwołującego Mariusza Jureckiego, a pięć złożonych ofert otrzymało taką samą punktację jak Odwołujący Mariusz Jurecki. W zakresie kryterium dostępności w powyższym postępowaniu tylko Odwołujący jako jedyny oferent nie otrzymał punktów, ponieważ w złożonej ofercie nie zadeklarował czasu pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu po 10 godzin dziennie. Taki czas pracy zadeklarowali wszyscy pozostali oferenci uczestniczący w niniejszym postępowaniu. Odwołujący Mariusz Jurecki nie zadeklarował również odrębnej aplikacji służącej wykonaniu zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu. Podkreślenia wymaga ponownie, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podlegała tym samym kryteriom oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, zarzut dotyczący prowadzenia przez komisję konkursową postępowania z naruszeniem zasady równości oraz uczciwej konkurencji, o których mowa w art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy, należy uznać za chybiony.

Odnosząc się do argumentacji przywoływanej w treści złożonych przez Odwołującego Mariusza Jureckiego i Odwołujących Małgorzaty i Michała Śliwińskich odwołań wskazać należy, iż zgodnie z brzmieniem 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. 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. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia badając sprawy z odwołań Mariusza Jureckiego oraz Małgorzaty i Michała Śliwińskich nie stwierdził, żeby komisja konkursowa 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01, oceniając ofertę Odwołującego Mariusza Jureckiego i Odwołujących Małgorzaty i Michała Śliwińskich naruszyła zasady postępowania konkursowego, a zatem działania podejmowane przez komisję konkursową w stosunku do ofert Odwołujących uznać należy za prawidłowe, co prowadzi do stwierdzenia, iż również interes prawny nie został naruszony.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego Mariusza Jureckiego i Odwołujących Małgorzaty i Michała Śliwińskich, dotyczącego weryfikacji przez komisję konkursową warunku rankingującego w postaci zadeklarowania specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu,

wyjaśnienia wymaga, iż komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. W formularzu ofertowym w punkcie IV WYKAZ PERSONELU oferent wykazuje enumeratywnie zasób personelu, który w przypadku zawarcia umowy z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia będzie realizował świadczenia w rodzaju i zakresie danego postępowania. Ponownie w punkcie VI SZCZEGÓŁY OFERTY wymienia personel do realizacji świadczeń, wskazując jednocześnie jego dostępność czasową w poszczególne dni tygodnia. Przyjmuje się za wiarygodne wskazanie przez oferenta zasobu personelu w punkcie IV i VI oferty oraz gwarancję lub zobowiązanie oferenta do zatrudnienia wskazanego w ofercie specjalisty fizjoterapii. Jednocześnie komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację czasu pracy wszystkich pracowników, w tym szczególnie zwrócono uwagę na specjalistów . Porównano harmonogramy pracy zawarte we wszystkich ofertach złożonych nie tylko w niniejszym postępowaniu, ale również we wszystkich postępowaniach w rodzaju rehabilitacji leczniczej toczących się w tym samym czasie w Oddziale Funduszu. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działania komisji konkursowej w tym aspekcie były prawidłowe i wystarczające na etapie oceny ofert złożonych w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Należy przy tym podkreślić, iż od momentu podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z danym podmiotem, deklarowany potencjał personelu winien odpowiadać stanowi faktycznemu i Fundusz bada zgodność tych informacji a ponadto weryfikuje ewentualną rozbieżność. Takie czynności są przeprowadzane tylko z podmiotem, z którym Fundusz posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i w takiej sytuacji świadczeniodawca ponosi pełną odpowiedzialność za podanie informacji niezgodnych z prawdą , czego konsekwencją oprócz nałożonej kary może być również rozwiązanie umowy.

W przedmiocie złożonego odwołania przez Odwołujących Małgorzatę i Michała Śliwińskich wyjaśnienia wymaga, iż w ogłoszeniu postępowania z dnia 31 października 2017 roku określono wartość zamówienia w wysokości nie większej niż 2 564 254,35 zł. na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do 31 grudnia 2018 roku, a także maksymalną liczbę umów, które zostaną zawarte w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin: Grodziec, Konin, Kramsk, Krzymów, Rzgów, Stare Miast, w liczbie 13 (słownie trzynastu).

Wartość zamówienia, w przedmiotowej sprawie wskazana w ogłoszeniu postępowania konkursowego nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01, nie wynika z rozstrzygnięcia postępowania dokonanego przez komisję konkursową. Jest ona ustalana na etapie planowania postępowania konkursowego a następnie zatwierdzana przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Przeznaczone środki finansowe na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w roku 2018 i następnych latach zostały obniżone. Konieczność umniejszenia wartości zamówień wynika z wyodrębnienia fizjoterapii domowej w ramach innego postępowania konkursowego. Jednocześnie wskazać należy, iż wartość zamówienia została proporcjonalnie pomniejszona w każdym obszarze o wartości wynikające z zabezpieczenia świadczeń zakontraktowanych w ramach fizjoterapii domowej z uwzględnieniem średniego wskaźnika dostępności do świadczeń. Nadmienić należy, że Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, musi więc przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1870 ze zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych

celów. Przytoczone powyżej argumenty zdaniem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia pozwalają uznać zarzut za chybiony.

Powyższe łączy się z kolejnym zarzutem Odwołujących Małgorzaty i Michała Śliwińskich dotyczącym pozostawienia wolnych środków w wysokości 6 591,08 zł. Wskazać należy, iż kwota w wysokości 6 591,08 zł. pozostała po przeprowadzonych negocjacjach z oferentami, w wyniku których oferent Mariusz Jurecki w związku z nie obniżeniem ceny zajął 13 miejsce w rankingu końcowym i nie został wybrany do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nadto wskazać należy, iż powyższa kwota stanowi ułamek (0,26%) kwoty wartości zamówienia zamieszczonej w ogłoszeniu o postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert o nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 wynoszącej 2 564 254,35 W związku z tym nie było możliwości równomiernego rozdziału tak niewielkiej kwoty pieniędzy na wybranych w danym postępowaniu dziesięciu oferentów dla dwunastu miejsc udzielania świadczeń.

Odnosząc się do kolejnego zarzutu złożonego przez Odwołujących Małgorzatę i Michała Śliwińskich dotyczącego podziału środków finansowych dla poszczególnych placówek w postępowaniu nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 wskazać należy, iż do ustalenia propozycji w zakresie liczby świadczeń (jednostek rozliczeniowych – punktów) komisja konkursowa stosowała zasady wynikające z 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, z których wynika, że 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. Przy czym do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Jednocześnie wyjaśnić należy, że komisja podczas ustalania propozycji w zakresie liczby świadczeń dokonała oceny deklarowanego potencjału oferenta z uwzględnieniem stanowiska Krajowej Izby Fizjoterapeutów z dnia 14 sierpnia 2017 r., skierowanego do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz do wiadomości wszystkich Oddziałów Wojewódzkich. W swoim stanowisku KIF zarekomendowała maksymalną miesięczną liczbę punktów, którą może zrealizować jeden fizjoterapeuta, udzielający świadczeń w wymiarze pełnego etatu. Zatem konstrukcja rankingu kwalifikacyjnego uwzględniała ograniczenia wynikające z deklarowanego wymiaru zatrudnienia fizjoterapeutów, tj. propozycja w zakresie liczby świadczeń nie mogła być większa aniżeli wynikająca z deklarowanego przez oferenta potencjału. Powyższe zasady miały zastosowanie we wszystkich postępowaniach, również w postępowaniu nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W świetle przyjętych ustaleń w odniesieniu do oferenta znajdującego się w rankingu kwalifikacyjnym (uwzględniającym ocenę wg kryteriów niecenowych) na pierwszym (Zakład Opieki Zdrowotnej i Medycyny Pracy MED.-ALKO Sp. z o.o.) oraz na drugim miejscu (M.A.R. Spółka z o.o.) komisja przedłożyła propozycję opartą o potencjał oferentów. W odniesieniu do oferenta zajmującego III miejsce w rankingu kwalifikacyjnym (Fundacja Mielnica) z uwagi na deklaracje potencjału znacznie przekraczającą oferowaną liczbę świadczeń (punktów), jak również uwzględniając oferowaną cenę jednostki rozliczeniowej, poniżej ceny oczekiwanej Funduszu, komisja podjęła uchwałę o przyjęciu oferty bez negocjacji. Pozostałe propozycje komisja ustaliła w sposób malejący z uwzględnieniem zajmowanego miejsca w rankingu kwalifikacyjnych do wyczerpania wielkości zamówienia.

Za bezzasadny uznać należy także zarzut Odwołujących Małgorzaty i Michała Śliwińskich dopuszczenia do udziału w konkursie podmiotów o kodzie resortowym 1300 zamiast 1310. Po dokonanej analizie dokumentacji postępowania o nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 wskazać należy, że w ww. postępowaniu uchwała komisji konkursowej z dnia 20 listopada 2017 r.

w przedmiocie uznania specjalności komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego – część VIII resortowych kodów identyfikacyjnych - 1300, nie miała zastosowania. Komisja konkursowa w toku postępowania dokonała weryfikacji ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w części VIII resortowych kodów identyfikacyjnych stwierdzając w rejestrach wszystkich oferentów zapis kodu 1310.

Odnosząc się do kolejnego zarzutu Odwołujących Małgorzaty i Michała Śliwińskich dotyczącego braku numeracji stron w teczce zawierającej dokumentację wytworzoną przez komisję konkursową będącą, zdaniem Odwołujących, dokumentacją zgromadzoną w toku wszczętego postępowania administracyjnego, wskazać należy na postanowienie Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 14 lutego 2007 r., II GSK 330/06. W powyższym postanowieniu, NSA przyjął stanowisko, że postępowanie prowadzone w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez komisję konkursową, jest wzorowane na czynnościach poprzedzających zawarcie umowy cywilnoprawnej, uregulowanych w kodeksie cywilnym. Zgodnie z art. 132 ust. 1 Ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a Funduszem z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4. Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie przyjął stanowisko zgodnie z którym postępowanie prowadzone przez komisję w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. k.p.a., a "rozstrzygnięcie" komisji nie jest decyzją administracyjną, ani innym aktem o charakterze administracyjnoprawnym. Jest ono postępowaniem o charakterze cywilnoprawnym, wzorowanym na czynnościach poprzedzających zawarcie umowy cywilnoprawnej. Do podobnego ustalenia doszedł także, Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 29 października 2008 r., VII SA/Wa 823/08 wskazując, iż *„Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie jest postępowaniem administracyjnym"*. W miejscu tym podkreślić należy, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest organem administracji publicznej i nie przyznano mu kompetencji do stosowania środków prawnych właściwych organom administracji publicznej. Jednakże, tam gdzie przepis wyraźnie stanowi, Fundusz wydaje decyzje administracyjne. I tak zgodnie z art. 154 Ustawy świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu (...) odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania, a dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną, uwzględniającą bądź oddalającą odwołanie. Dlatego zgodnie z postanowieniem Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 17 października 2008 r., II GSK 394/08, przyjąć należy, że sprawa o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej *„staje się sprawą administracyjną z chwilą złożenia przez świadczeniodawcę odwołania od rozstrzygnięcia komisji"*. Odnosząc powyższe do zarzutu Odwołujących Małgorzaty i Michała Śliwińskich dotyczącego braku numeracji stron w teczce zawierającej dokumentację wytworzoną przez komisję konkursową będącą dokumentacją zgromadzoną w toku wszczętego postępowania administracyjnego stwierdzić należy, iż zarzut ten jest w całości bezzasadny.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionych odwołaniach nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o zawarcie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin: Grodziec, Konin, Kramsk, Krzymów, Rzgów, Stare Miasto. Naruszeń takich nie dostrzegł z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000093/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem tych samych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez

siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedze 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 odwołujących wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołań. Wobec powyższego odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.

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

.....

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy 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 13 egz.:

1. Odwołujący Mariusz Jurecki;
2. Odwołujący Małgorzata i Michał Śliwińscy;
3. Arleta Stec-Steinke, ul. Goździkowa 2, 62-502 Konin;
4. FUNDACJA MIELNICA., ul. Szpitalna 43, 62-504Konin;
5. Grażyna Łoś, ul. Przemysłowa 160, 62-505 Konin;
6. Izabela Ujazdowska, ul. Główna 10A, 62-513 Brzeźno;
7. M.A.R. Spółka z o. o., ul. Chopina 16A, 62-510 Konin;
8. Przychodnia Onkologiczna „ONKO-MED" A&M Rusin Spółka Jawna, ul. Zakładowa 5E, 62-510 Konin;
9. Sylwia Leśkiewicz, ul. Kazimierza Wielkiego 2, 62-502 Konin
10. Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie, ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin;
11. Zakład Opieki Zdrowotnej i Medycyny Pracy MED-ALKO Sp. z o. o., ul. Gajowa 7, 62 -510 Konin;
12. 2 egz. a/a

Opracował: Hanna Pawlak