WO.422.24.2018 Poznań, dnia 14 -02- 2018

DECYZJA NR 25 /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 10 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000091/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 Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków, wniesionych odrębnie przez „AQUAPARK KALISZ" Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu przy ul. Sportowej 10, Przemysława Bartosika z siedzibą w Kaliszu przy ul. Kopernika 10 oraz Izabelę Krystalską, Macieja Krystalskiego, Alicję Krystalską, prowadzącymi działalność leczniczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kaliskie Centrum Rehabilitacji z siedzibą w Kaliszu przy ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 1a, postanawiam:

I. **oddalić w całości odwołanie wniesione przez „AQUAPARK KALISZ" Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu przy ul. Sportowej 10,**

II. **oddalić w całości odwołanie wniesione przez Przemysława Bartosika z siedzibą w Kaliszu przy ul. Kopernika 10,**

III. **oddalić w całości odwołanie wniesione przez Izabelę Krystalską Macieja Krystalskiego, Alicję Krystalską z siedzibą w Kaliszu przy ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 1a.**

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 15-18-000091/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 Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków.

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 2 297 310,75 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 10 (słownie: dziesięć).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 10 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.

W dniu 15 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez „AQUAPARK KALISZ" Spółka z o.o. z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Sportowej 10 (zwanego dalej: „Odwołującym AQUAPARK") dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 10 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący AQUAPARK wniósł o uzasadnienie niezakwalifikowania Spółki „AQUAPARK KALISZ" do oferentów wybranych w postępowaniu w trybie konkursu ofert,a ponadto o przedstawienie punktacji spółki oraz pozostałych oferentów.

W dniu 17 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Przemysława Bartosika z siedzibą w Koźminku, przy ul. Kopernika 10 (zwanego dalej: „Odwołującym Przemysław Bartosik") dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 10 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący Przemysław Bartosik zarzucił naruszenie art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy, poprzez przeprowadzenie postępowania z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz z pominięciem zasad uczciwej konkurencji. Ponadto Odwołujący Przemysław Bartosik zarzucił:

- niezaproszenie go na negocjacje w zakresie ceny jednostkowej, co w jego ocenie było jedyną szansą na wygraną z podmiotami udzielającymi do tej pory świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ, a był wówczas skłonny obniżyć cenę do 0,80 zł za punkt,
- zaproszenie na negocjacje podmiotów, które oferowały wyższą jak i równą jego propozycji cenę jednostki rozliczeniowej i w konsekwencji zostały wybrane jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- wybór w toku postępowania konkursowego podmiotów, które nie posiadają urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, a odrzucenie jego oferty podczas, gdy takie urządzenie posiada,
- centralizację usług medycznych poprzez dokonany w postępowaniu wybór 9 podmiotów pochodzących wyłącznie z Kalisza, a tylko jednego spoza tego miasta,
- przyznanie dodatkowych punktów oferentom, którzy posiadają umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, co na wstępie obniżyło ofertę Odwołującego Przemysława Bartosika.

Odwołujący Przemysław Bartosik, mając na względzie postawione zarzuty, a także 25 kilometrową odległość miejscowości Koźminek od miasta Kalisza, co stanowi sporą odległość dla osób starszych chcących skorzystać z tego rodzaju świadczeń, wniósł o ponowne rozpatrzenie jego oferty.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanowieniem z dnia 17 stycznia 2018 roku nr 11/2018/O połączył ww. sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

W dniu 19 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Izabelę Krystalską, Macieja Krystalskiego, Alicję Krystalską, prowadzącymi działalność leczniczą pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Kaliskie Centrum Rehabilitacji z siedzibą w Kaliszu, przy ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 1a (zwanych dalej: „Odwołującym I.M.A. Krystalscy"), reprezentowanych przez Pana Marcina Osińskiego, prowadzącego Kancelarię Adwokacką z siedzibą w Warszawie, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 10 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie. Do odwołania załączono oryginał pełnomocnictwa udzielonego dla adw. Marcina Osińskiego przez Izabelę Krystalską, Macieja Krystalskiego, Alicję Krystalską, prowadzącymi działalność leczniczą z siedzibą w Kaliszu. Ponadto załączono:

- pismo z dnia 15 stycznia 2018 roku sporządzone przez Przewodniczącą Kaliskiej Rady Seniorów, w którym wyrażono niepokój co do tak niskiego zabezpieczenia finansowego placówki Odwołujących I.M.A. Krystalscy w ramach usług świadczonych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz oczekiwanie na zmianę stanowiska w tym zakresie,
- pismo z dnia 15 stycznia 2018 roku sporządzone przez Wiceprezydenta Miasta Kalisza, w którym zawarto postulat o ponowne przeanalizowanie warunków kontraktu na 2018 r. ze względu na ważny aspekt społeczny funkcjonowania placówki Odwołujących I.M.A. Krystalscy.

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju rehabilitacja leczniacza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący I.M.A. Krystalscy zarzucił:

- naruszenie interesu prawnego świadczeniodawcy poprzez tylko częściowe uwzględnienie jego oferty w sytuacji, gdy możliwości finansowe Funduszu umożliwiały wybór przedmiotowej oferty w pełnym zakresie ilości oferowanych świadczeń tak, jak to miało miejsce w poprzednich latach, zwłaszcza, że świadczeniodawca dysponuje jedną z największych placówek uczestniczących w konkursie, zarówno jeśli chodzi o użytkowanie pomieszczenia, ilość pracowników, a także ilość posiadanego sprzętu i ilość obsługiwanych świadczeniobiorców, zaś popyt na usługi świadczone przez placówkę w ramach dotychczasowych kontraktów jest stale na bardzo wysokim poziomie, przekraczającym 500 osób.

W tym miejscu Odwołujący I.M.A Krystalscy wskazał, iż rozstrzygnięcie Komisji konkursowej polegające na obniżeniu do ok. 40% wysokości zaakceptowanych jednostek świadczeń w stosunku do oferty, rodzi podejrzenie niedozwolonej dowolności i arbitralności oraz stosowania w tym zakresie kryteriów pozaustawowych.

- naruszenie art. 134 Ustawy poprzez prowadzenie postępowania w sposób naruszający zachowanie uczciwej konkurencji, poprzez brak rozróżnienia odmiennych potencjałów startujących oferentów, wyrażający się w zbliżonym poziomie zakontraktowanej liczby świadczeń od poszczególnych oferentów, w sposób oderwany od możliwości Odwołującego I.M.A Krystalscy i wysokiego zapotrzebowania na jego usługi w ramach kontraktu na rynku lokalnym.

Odwołujący I.M.A Krystalscy wskazał, iż podmioty biorące udział w niniejszym postępowaniu nie powinny być traktowane na równi, bowiem ich sytuacja faktyczna lub prawna nie jest tożsama. Istotna różnica występuje bowiem w potencjale oferentów w zakresie zatrudnianego personelu, doświadczenia na rynku, ilości obsługiwanych świadczeniobiorców, czy też dotychczasowej współpracy z NFZ. W ocenie Odwołującego I.M.A Krystalscy brak było zatem podstaw do zbliżonego rozdysponowania środków finansowych pomiędzy wybrane w postępowaniu konkursowym podmioty. Jednocześnie Odwołujący I.M.A Krystalscy podkreślał, że pewne preferencje co do oceny ofert w prowadzonych postępowaniach, nie prowadzą w istocie do naruszenia zasad uczciwej konkurencji.

- naruszenie art. 140 ust. 1 w zw. z art. 142 ust. 6 pkt 1 w zw. z art. 134 Ustawy poprzez brak sprecyzowania łącznej liczby planowanych do zamówienia świadczeń opieki zdrowotnej, co spowodowało, że w konkursie brały udział podmioty o krańcowo odmiennym profilu, pod względem ilości wykorzystywanych pomieszczeń, ilości pracowników oraz posiadanego sprzętu, a także liczby obsługiwanych świadczeniobiorców oraz odmiennej strukturze stałych wydatków przeznaczonych na zapewnienie nieprzerwanej realizacji świadczeń i odmiennych potrzebach w zakresie finansowania w kontekście wysokości zaproponowanej przez oferenta oferty.

Odwołujący I.M.A. Krystalscy łączy powyższy zarzut z brakiem indywidualizacji ofert biorących udział w postępowaniu. Zdaniem Odwołujących postępowanie winno zostać podzielone na mniejsze części, co pozwoliłoby podmiotom o mniejszym potencjale złożenie ofert adekwatnych do posiadanych zasobów i indywidualnej sytuacji.

- naruszenie art. 148 ust. 1 Ustawy poprzez wybór oferentów, którzy uzyskali mniej punktów niż Odwołujący I.M.A Krystalscy, co skutkowało uwzględnieniem oferty tego świadczeniodawcy jedynie w części zaoferowanych świadczeń, w sytuacji gdy ich pozostała część, która powinna mu przypaść została rozdysponowana pomiędzy pozostałych wybranych oferentów.

Zdaniem Odwołującego I.M.A Krystalscy liczba jednostek rozliczeniowych odjęta z jego oferty, zwiększyła możliwość przyznania ich pozostałym oferentom, niejako jego kosztem i w sposób oderwany od faktycznych potrzeb.

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- naruszenie art. 148 ust. 1 w zw. z art. 132 ust. 2 Ustawy poprzez brak wyboru oferty Odwołującego I.M.A Krystalscy w pełnym zakresie oferowanych świadczeń w sytuacji, gdy z jego własnych wyliczeń wynika, iż powinien uzyskać niemal maksymalną liczbę punktów, co z kolei predystynuje go do uzględnienia złożonej oferty w całości tak, jak miało to miejsce w poprzednich kontraktach.

Zdaniem Odwołującego I.M.A Krystalscy, oferta złożona przez niego w postępowaniu winna sytuować się niemal na maksymalnym pułapie punktów rankingowych, bowiem nie posiada on wyłącznie basenu, kriokomory, nie prowadzi szkoleń specjalizacyjnych fizjoterapeutów oraz nie posiada odrębnej aplikacji służącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, a w pozostałym zakresie spełnia warunki rankingujace. Z powyższego Odwołujący I.M.A Krystalscy wywiódł wniosek o wysokiej ocenie jego oferty, a zatem nie jest dla nich zrozumiała propozycja umniejszająca ilość jednostek przez nich zaoferowanych. W ocenie Odwołującego I.M.A Krystalscy, na tle pozostałych oferentów, jest on jednym z liderów na lokalnym rynku pod względem posiadanego potencjału, zasobów i doświadczenia, co z kolei plasuje go na najwyższej pozycji wśród pozostałych oferentów, a zatem winno skutkować przyznaniem większej ilości świadczeń, aniżeli pozostałym, którzy uzyskali mniejszą ilość punktów rankingowych. Jednocześnie Odwołujący I.M.A Krystalscy podkreśla, że charakter konkursu przemawia za tym, aby do zawarcia umów wybierani byli świadczeniodawcy uzyskujący najwyższą, a nie najniższą liczbę punktów.

- naruszenie interesu pacjentów poprzez zmniejszenie liczby przyjętych do zakontraktowania świadczeń w stosunku do liczby zaoferowanej przez świadczeniodawcę, co spowoduje konieczność redukcji etatów w placówce Odwołującego I.M.A Krystalscy, a także zmniejszenie dostępności placówki dla stałych klientów oraz przyczyni się ostatecznie do wydłużenia kolejki świadczeniobiorców oczekujących na wizytę.

Odwołujący I.M.A Krystalscy podkreślał, że prowadzi placówkę na największym osiedlu w Kaliszu i zapotrzebowanie na świadczone przez niego usługi jest stale na bardzo wysokim poziomie, stąd winno wynikać przyznanie na jego rzecz większej ilości świadczeń do zakontraktowania.

W związku z postawionymi zarzutami Odwołujący I.M.A Krystalscy wniósł o uchylenie rozstrzygnięcia konkursu i ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz zażądał wglądu w dokumentację związaną z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanowieniem z dnia 19 stycznia 2018 r. nr 15/2018/O połączył ww. trzy sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołań wniesionych przez wszystkich Odwołującyh, pismami z dnia 17 i 19 stycznia 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołujących oraz podmioty, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej „k.p.a.", w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 7 lutego 2018 r.

W dniu 29 stycznia 2018 roku z uprawnienia do przeglądnia akt sprawy skorzytał wspólnik

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

Konsylium Sarna i Wspólnicy Sp. J., natomiast w dniu 31 stycznia 2018 roku z uprawnienia tego skorzystał przedstawiciel Odwołującego I.M.A Krystalscy wraz z pełnomocnikiem.

W dniu 7 lutego 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wpłynęło pismo Odwołującego I.M.A Krystalscy, w którym podtrzymano stanowsko zawarte w złożonym odwołaniu oraz w nawiązaniu do treści udostępnionych w dniu 31 stycznia 2018 r. akt postępowania wniósł o:

- ujawnienie zanonimizowanych fragmentów formularzy ofertowych Dominika Kujawy, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu, Konsylim Sarna i Wspólnicy Sp. J., Okulus Spółka z o.o. oraz GO MAX Group Spółka z o.o., w częściach IV-VI i VIII, celem weryfikacji prawidłowsci działania komisji konkursowej w zakresie przyznawania określonej ilości punktów oferentom za poszczególne kryteria i kategorie wynikające z 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 i załączników do niego,
- wskazanie przez organ podstaw normatywnych, z których wynikała preferowana przez organ w momencie wszczynania rokowań między stronami, ilość świadczeń opieki zdrowotnej możliwych do zakontraktowania przez poszczególnych oferentów w kontekście złożonych przez nich ofert oraz wyjaśnienie czy, a jeśli tak, to kiedy były one ujawnione oferentom, a także wskazanie mechanizmu rozdzielenia ogólnej przewidywanej ilości świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególnych oferentów wyłonionych w wyniku przeprowadzonej procedury konkursowej i wskazania ewentualnych preferncji co do rodzaju, charakteru i ilości podmiotów mających świadczyć usługi w tym zakresie, w kontekście ilości uzyskanych punktów w konkursie,
- przedłużenie terminu rozpoznania sprawy o czas niezbędny na zgromadzenie dokumentów i udostępnienie ich zainteresowanej stronie postępowania administracyjnego.

Pismem z dnia 7 lutego 2018 r. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ poinformował strony postępowania o wyznaczeniu nowego terminu wydania decyzji administracyjnej na dzień 14 lutego 2018 r.

Na skutek złożonych przez Odwołujących odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 10 stycznia 2018 roku postępowania numer 15-18-000091/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 Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołujących w złożonych przez nich odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu numer 15-18-000091/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 15-18-000091/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 Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków, złożonch zostało 12 ofert (słownie: dwanaście):

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

1. Oferta Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „POLIKLINIKA" Spółka z o.o., ul. Kordeckiego 36, 62-800 Kalisz,
2. Oferta „AQUAPARK KALISZ" Spółka z o.o., ul. Sportowa 10, 62-800 Kalisz,
3. Oferta Dominika Kujawy, ul. B. Pobożnego 20, 62-800 Kalisz,
4. Oferta Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w kaliszu, ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz,
5. Oferta Konsylim Sarna i Wspólnicy Spółka Jawna, Gliny 15, 62-574 Grochowy,
6. Oferta Izabeli Krystalskiej, Macieja Krystalskiego, Alicji Krystalskiej, ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 1a, 62-800 Kalisz,
7. Oferta Przemysława Bartosika, ul. Kopernika 10, 62-840 Koźminek,
8. Oferta Macieja Hofmana, ul. Poznańska 21, 62-800 Kalisz,
9. Oferta Kaliskiej Agencji Medycznej „MEDIX" Spółka z o.o., ul. Majkowska 13a, 62-800 Kalisz,
10. Oferta ADAMUS-MED Tomasza Adamus, ul. 1000-lecia 1 I, 62-874 Brzeziny,
11. Oferta GO-MAX Group Spółka z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz,
12. Oferta OKULUS Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz.

Postępowanie nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehablitacja 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), zmienionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie 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 2017 roku, poz. 44);
- 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.);
- zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zmianami;
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami;

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała oferentów do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

odrzucenia ofert. Wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Ostatecznie komisja konkursowa nie odrzuciła żadnej ze złożonych w tym postępowaniu ofert. Żadna z ofert nie została także wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 12 (słownie: dwunastu) oferentów, jako spełniających wymagane warunki formalne związane z konstrukcją samej oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez pozostałych 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

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

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:

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

  - 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 [jedna odpowiedź do wyboru]:
  - 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);

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- 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);

   c) Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „ciągłość – część wspólna" [jedna odpowiedź do wyboru]:
      - 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 [jedna odpowiedź do wyboru]:
        - 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);

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- 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);

d) 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);

e) 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

W dniu 10 stycznia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków, wskazano 10 (słownie: dziesięciu) oferentów:

- Oferta ADAMUS-MED Tomasza Adamus, ul. 1000-lecia 1 I, 62-874 Brzeziny,
- Oferta Dominika Kujawy, ul. B. Pobożnego 20, 62-800 Kalisz,
- Oferta GO-MAX Group Spółka z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz,
- Oferta Izabeli Krystalskiej, Macieja Krystalskiego, Alicji Krystalskiej, ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 1a, 62-800 Kalisz,
- Oferta Kaliskiej Agencji Medycznej „MEDIX" Spółka z o.o., ul. Majkowska 13a, 62-800 Kalisz,
- Oferta Konsylim Sarna i Wspólnicy Spółka Jawna, Gliny 15, 62-574 Grochowy,
- Oferta Macieja Hofmana, ul. Poznańska 21, 62-800 Kalisz,
- Oferta Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „POLIKLINIKA" Spółka z o.o., ul. Kordeckiego 36, 62-800 Kalisz,
- Oferta OKULUS Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
- Oferta Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w kaliszu, ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz.

Komisja konkursowa nie wybrała 2 (słownie: dwóch) ofert: „AQUAPARK KALISZ" Spółka z o.o., ul. Sportowa 10, 62-800 Kalisz oraz Przemysława Bartosika, ul. Kopernika 10, 62-840 Koźminek, z powodu uzyskania najmniejszej ilości punktów w wyniku przeporowadzonej oceny ofert oraz wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY
(dane z oferty końcowej po negocjacjach, status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)

POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CENA JEDNOSTKI ROZLICZ. (ZŁ)	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
			ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. Konsylium Sarna i Wspólnicy Spółka Jawna	62-800 Kalisz ul. W. Podkowińskiego 2	0,94	10,00	53,00	0,00	6,00	6,00	0,00	75,00	TAK
2. Izabela Krystalska, Maciej Krystalski, Alicja Krystalska	62-800 Kalisz, ul. Hanki Sawickiej 1a	0,95	9,76	46,00	4,00	5,00	6,00	0,00	70,76	TAK
3. Wojewódzki Szpital Zespolony im.	62-800 Kalisz, ul. Poznańska 79	1,04	5,48	47,00	2.00	5,00	6,00	0,00	65,48	TAK

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

	Ludwika Perzyny w Kaliszu									
4.	OKULUS Spółka z o.o.	62-800 Kalisz, ul. Częstochowska 71-75	0,94	10,00	41,00	4,00	6,00	4,00	0,00	65,00	TAK
5.	NZOZ POLIKLINIKA Spółka z o.o.	62-800 Kalisz, ul. Kordeckiego 36	1,00	7,38	41,00	0,00	5,00	6,00	0,00	59,38	TAK
6.	GO-MAX Group Spółka z o.o.	62-800 Kalisz, ul. Zagorzynek 34	0,94	10,00	34,00	0,00	5,00	4,00	0,00	53,00	TAK
7.	Dominik Kujawa	62-800 Kalisz, ul. B. Pobożnego 20	0,95	9,76	27,00	0,00	5,00	6,00	0,00	47,76	TAK
8.	Maciej Hofman	62-800 Kalisz, ul. Poznańska 21	1,00	7,38	23,00	0,00	5,00	6,00	0,00	41,38	TAK
9.	ADAMUS-MED Tomasz Adamus	62-874 Brzeziny, ul. 1000-lecia 1 1	0,95	9,76	26,00	0,00	5,00	0,00	0,00	40,76	TAK
10.	Kaliska Agencja Medyczna MEDIX Spółka z o.o.	62-800 Kalisz, ul. Majkowska 13a	1,00	7,38	21,00	0,00	5,00	6,00	0,00	39,38	TAK
11.	Przemysław Bartosik	62-840 Koźminek, ul. Kopernika 10	0,95	9,76	22,00	0,00	5,00	0,00	0,00	36,76	NIE
12.	AQUAPARK KALISZ Spółka z o.o.	62-800 Kalisz, ul. Sportowa 10	0,95	9,76	22,00	0,00	5,00	0,00	0,00	36,76	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. 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 cz. 2 „Fizjoterapia ambulatoryjna" i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna" załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza" do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert 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 roku 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 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01w 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):

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

Oferent Konsylium Sarna i Wspólnicy Spółka Jawna, Gliny 15, 62-574 Grochowy:

I. <u>W zakresie kryterium jakość</u>:

1) kategoria 1. Personel:

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

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty**,
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował basen rehabilitacyjny, gdzie 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 otrzymał 6 punktów,**
- nie zadeklarował kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punków,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 1 punkt,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **W zakresie kryterium kompleksowość:**

- 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:**

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, **za co otrzymał 5 punktów,**
- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co **otrzymał 1 punkt.**

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

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

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

Ponadto 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 Konsylim Sarna i Wspólnicy Spółka Jawna zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł za co otrzymał **10,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

Oferent Izabela Krystalska, Maciej Krystalski, Alicja Krystalskia, ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 1a, 62-800 Kalisz (Odwołujący I.M.A Krystalscy):

I. <u>W zakresie kryterium jakość</u>:

1) kategoria 1. Personel:

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

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie 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 zadeklarowała kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punków,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **W zakresie kryterium kompleksowość:**

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, **za co otrzymał 2 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:**

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

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

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

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

Ponadto 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

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł za co otrzymał **9,76 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz:

I. **W zakresie kryterium jakość:**

1) kategoria 1. Personel:

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

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie 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 kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punków,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punków ujemnych,**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punków ujemnych,**
- nie zadekarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzmał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadekarował udaremniania lub utrudniania kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego – po wezwaniu oferenta do złożenia wyjaśnień w powyższym zakresie, wobec rozbieżności pomiędzy odpowiedzią udzieloną w formularzu ofertowym a danymi zawartymi w systemach informatycznych WOW NFZ, **dokonano zmiany odpowiedzi na NIE i tym samym nie odjęto punktów za to kryterium rankingujące,**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 1 punkt,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **W zakresie kryterium kompleksowość:**

- 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 punkty,**

III. **W zakresie kryterium dostępność:**

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

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

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

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

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

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

Oferent OKULUS Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz

I. **W zakresie kryterium jakość:**

1) kategoria 1. Personel:

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

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty**,
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował basen rehabilitacyjny, gdzie 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 otrzymał 6 punktów,**
- zadeklarował kriokomorę – w lokalizacji, **za co otrzymał 4 punkty,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punków ujemnych,**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punków ujemnych,**
- nie zadekarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzmał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadekarował udaremniania lub utrudniania kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 1 punkt,**
- zadeklarował Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co otrzymał 1 punkt,**
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **W zakresie kryterium kompleksowość:**

- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował realizację na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, **za co otrzymał 2 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:**

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, **za co otrzymał 5 punktów,**
- zadeklarował odrębną aplikację służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, **za co otrzymał 1 punkt,**

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, **za co otrzymał 4 punkty,**
- nie zadeklarował rozliczania 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 albo 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, **za co nie otrzymał punktów,**

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

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

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł za co otrzymał **9,76** punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent NZOZ „POLIKLINIKA" Spółka z o.o., ul. Kordeckiego 36, 62-800 Kalisz

I. **W zakresie kryterium jakość:**

1) kategoria 1. Personel:

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

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie 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 kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**

- nie zadeklarował przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał nie otrzymał punktów,**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym - po wezwaniu oferenta do złożenia wyjaśnień w powyższym zakresie, wobec rozbieżności pomiędzy odpowiedzią udzieloną w formularzu ofertowym a danymi zawartymi w systemach informatycznych WOW NFZ, **dokonano zmiany odpowiedzi na NIE i tym samym nie odjęto punktów za to kryterium rankingujące,**
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punków ujemnych,**
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punków ujemnych,**
- nie zadekarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzmał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie

udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **W zakresie kryterium kompleksowość:**

- 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:**

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

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

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

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

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

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

Oferent GO-MAX Group Spółka z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz

I. **W zakresie kryterium jakość:**

1) kategoria 1. Personel:

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

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie 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 kriokomorę – w lokalizacji, **za co otrzymał 4 punkty,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

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

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadekarował udaremniania lub utrudniania kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 1 punkt,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **W zakresie kryterium kompleksowość:**

- 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:**

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

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

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

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, **za co otrzymał 4 punkty,**
- nie zadeklarował rozliczania 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 albo 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, **za co nie otrzymał punktów,**

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

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

W zakresie kryterium ceny Oferent zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,94 zł za co otrzymał **10,00** punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Dominik Kujawa, ul. B. Pobożnego 20, 62-800 Kalisz

I. **W zakresie kryterium jakość:**

1) kategoria 1. Personel:

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

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty**,
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie 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 kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

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

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 1 punkt,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **<u>W zakresie kryterium kompleksowość:</u>**

- 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,**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

III. **W zakresie kryterium dostępność:**

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

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

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

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

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

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

Oferent Maciej Hofman, ul. Poznańska 21, 62-800 Kalisz

I. **W zakresie kryterium jakość:**

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, **za co otrzymał 12 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 lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty,**
- nie zadeklarował zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie 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 kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym – po wezwaniu oferenta do wyjaśnień, w związku z rozbieżnościami w jego odpowiedzi na powyższe pytanie, a danymi zgromadzonymi w systemach informatycznych WOW NFZ, **dokonano korekty odpowiedzi na NIE i tym samym nie odjęto punktów za to kryterium rankingujące,**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **<u>W zakresie kryterium kompleksowość:</u>**

- 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:**

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

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

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

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

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

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

Oferent ADAMUS-MED Tomasz Adamus, ul. 1000-lecia 1 I, 62-874 Brzeziny

I. **W zakresie kryterium jakość:**

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, **za co otrzymał 12 punktów,**
- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu, **za co nie otrzymał punktów,**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- zadeklarował zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, **za co otrzymał 4 punkty,**

2) kategoria 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty**,
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie 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 kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **za co nie otrzymał punktów ujemnych**,

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **W zakresie kryterium kompleksowość:**

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

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- 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:**

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

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

- nie zadeklarował procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie w żadnym ze wskazanych zakresów, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował rozliczania 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 albo 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, **za co nie otrzymał punktów,**

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

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

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

Oferent Kaliska Agencja Medyczna „MEDIX" Spółka z o.o., ul. Majkowska 13a, 62-800 Kalisz

I. **W zakresie kryterium jakość:**

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, **za co otrzymał 12 punktów,**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- 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 lub pomieszczenia:

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty**,
- nie zadeklarował zestawu do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie 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 kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym – po wezwaniu oferenta do wyjaśnień,

w związku z rozbieżnościami w jego odpowiedzi na powyższe pytania, a danymi zgromadzonymi w systemach informatycznych WOW NFZ, **dokonano korekty odpowiedzi na NIE i tym samym nie odjęto punków,**

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- zadeklarował Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co otrzymał 1 punkt,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **W zakresie kryterium kompleksowość:**

- 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:**

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

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

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

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

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

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

Oferent Przemysław Bartosik, ul. Kopernika 10, 62-840 Koźminek

I. **W zakresie kryterium jakość:**

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, **za co otrzymał 12 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 lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń – po weryfikacji przeprowadzonej u oferenta, Komisja konkursowa w załączniku do protokołu wskazała, iż sala gimnastyczna znajduje się w połączeniu z salą do kinezyterapii i nie stanowi oddzielnego pomieszczenia, **wobec powyższego, w związku z rozbieżnością w treści oferty, nie dodano punktów za przedmiotowe kryterium rankingujące,**
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie 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 kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co mógł otrzymać 2 punkty – pomimo przeprowadzonej weryfikacji w miejscu udzielania świadczeń przez Komisję konkursową oraz następczych wyjaśnień złożonych przez oferenta, nie udokumentowano, aby indywidualna dokumentacja medyczna w zakresie wymiany i interpretacji danych medycznych związanych z diagnostyką obrazową była udostępniana w standardzie DICOM, **co skutkowało nie dodaniem punktów za przedmiotowe kryterium rankingujące,**

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **W zakresie kryterium kompleksowość:**

- 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:**

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

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

- nie zadeklarował procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie w żadnym ze wskazanych zakresów, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował rozliczania 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 albo 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, **za co nie otrzymał punktów,**

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

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

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

Oferent „AQUAPARK KALISZ" Spółka z o.o., ul. Sportowa 10, 62-800 Kalisz

I. **W zakresie kryterium jakość:**

1) kategoria 1. Personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, **za co otrzymał 12 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 lub pomieszczenia:

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadekarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, za **co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- zadeklarował salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty,**
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie 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 kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty**

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

- nie zadekarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne)

w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował Certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prawodzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy,

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku, **za co nie otrzymał punktów.**

II. **W zakresie kryterium kompleksowość:**

- 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:**

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

IV. **W zakresie kryterium ciągłość:**

- nie zadeklarował procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie w żadnym ze wskazanych zakresów, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował rozliczania 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 albo 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, **za co nie otrzymał punktów,**

V. **W zakresie innych warunków:**

- 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.**

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

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

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji powoływanej przez poszczególnych odwołujących, należy wskazać, co następuje:

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

W przedmiocie złożonego odwołania przez Odwołującego „AQUAPARK KALISZ" Spółka z o.o. wyjaśnienia wymaga, iż w ogłoszeniu postępowania z dnia 31 października 2017 roku określono wartość zamówienia w wysokości nie większej niż 2 297 310,75 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 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 Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków, w liczbie 10 (słownie: dziesięć). Oferenci, którzy złożyli oferty korzystniejsze od Odwołującego „AQUAPARK KALISZ" Spółka z o.o. wykorzystali niemal całą kwotę środków finansowych przeznaczonych na realizację przedmiotowego zamówienia. 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 2017 roku, poz. 2077 z późn. zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Wobec powyższego podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się w oparciu o zasadę konkurencyjności. Uzyskanie przez Odwołującego „AQUAPARK KALISZ" Spółka z o.o. najniższej (na równi z innym oferentem) liczby punktów w rankingu końcowym, który łącznie uwzględniał kryteria jakości, dostępności, kompleksowości, ciągłości oraz ceny udzielanych świadczeń, a także wyczerpanie niemal w całości środków finansowych przez oferentów, którzy uzyskali większą liczbę punktów oceny oraz wybór do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej maksymalnej liczby oferentów, określonej w ogłoszeniu postępownia konkursowego, stanowiło jedyny powód niewybrania jego oferty. Ponadto punktacja przyznana poszczególnym oferentom w przedmiotowym postępowaniu konkursowym, została szczegółowo omówiona w niniejszej decyzji.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego Przemysława Bartosika, należy stwierdzić co następuje.

W złożonym odwołaniu Odwołujący zarzucił, iż nie został zaproszony na negocjacje cenowe, co skutkowało brakiem możliwości zwiększenia liczby punktów oferty, a gotów był zadeklarować cenę za jednostkę rozliczeniową na poziomie 0,80 zł. Należy w tym miejscu wskazać, iż zgodnie z treścią art. 142 ust. 7 Ustawy, komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Powyższe oznacza, że komisja konkursowa nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji dotyczących ustalenia ostatecznej ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń ze wszystkimi oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnej postępowania konkursowego. Podstawową przesłanką dla komisji winno być ustalenie, czy prowadzenie negocjacji z konkretnym oferentem może prowadzić do zmiany jego pozycji w rankingu. Powyższe pozwala przyjąć, iż przeprowadzenie negocjacji z oferentami jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem organu (vide wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 marca 2014 roku; sygn. II GSK 2042/12). Odnosząc powyższe do analizowanego stanu faktycznego wyjaśnić należy, iż Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 nie zaprosiła Odwołującego Przemysława Bartosika na negocjacje, bowiem po dokonaniu oceny punktowej udzielonych przez niego odpowiedzi na pytania ankietowe i nawet przyznaniu jego ofercie maksymalnej liczby punktów w kryterium ceny (tj. 10,00 punktów), ta oferta i tak nie zostałaby wybrana ze względu na zajmowane miejsce w rankingu ofert. Przyjęty przez Komisję konkursową sposób postępowania wynikał z ekonomiki prowadzenia czynności w trakcie postępowania. W zakresie kryterium ceny Odwołujący Przemysław Bartosik zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 0,95 złotych, za co otrzymał 9,76 punktów. Na podstawie odpowiedzi zawartych w formularzu

ofertowym jego oferta uzyskała łącznie 36,76 punktów i zajęła ostatnie miejsce w rankingu końcowym (na równi z jeszcze jedną ofertą). Nawet gdyby Odwołujący Przemysław Bartosik został zaproszony do negocjacji i zaproponował wówczas niższą cenę, to mógłby uzyskać maksymalnie 10 punktów za to kryterium, co nadal okazałoby się niewystarczające do zawarcia z nim umowy. Otrzymałby on bowiem łącznie 37,00 punktów (36,76 + dodatkowe 0,24 za max. obniżenie ceny = 37,00). Powyższe oznacza, że oferta Odwołującego Przemysława Bartosika i tak nie zostałaby wybrana. Tym samym zarzut Odwołującego Przemysława Bartosika co do tego, iż możliwość obniżenia przez niego ceny jednostki rozliczeniowej i uzyskanie w ten sposób wyższej oceny punktowej, było jedyną szansą na uzyskanie przez niego lepszej pozycji w rankigu końcowym i w konsekwencji wybór jego oferty w miejsce innych świadczeniodawców, którzy do tej pory udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, należy uznać za chybiony. Komisja konkursowa typuje podmioty, z którymi przeprowadzi negocjacje na podstawie kryteriów niecenowych, a zatem jakości, kompleksowości, dostępności oraz ciągłości udzielanych przez nich świadczeń, co wynika z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy. Wobec powyższego to nie kryterium ceny było w tym względzie decydujące, a inne kryteria rankingowe, których spełnienie umożliwiłoby Odwołującemu Przemysławowi Bartosikowi uzyskanie korzystniejszej pozycji w rankigu końcowym.

Powyższe łączy się z kolejnym zarzutem Odwołującego Przemysława Bartosika, który podniósł, iż podmioty oferujące wyższą cenę, albo cenę równą jego ofercie, zostały zaproszone do negocjacji i otrzymały kontrakt z Funduszem. Jak wskazano powyżej, o tym które podmioty zostały zaproszone do negocjacji, decydowały kryteria niecenowe, a zatem to, co oferenci deklarowali w ramach zasobów personelu, sprzętu, dostępności, etc. w zakresie kryteriów rankingowych. Suma punktów, jaką Odwołujący Przemysław Bartosik otrzymał za kryteria niecenowe wynosiła 27,00, zaś ostatnia z wybranych ofert do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym postępowaniu – 32,00. Wobec powyższego, co już sygnalizowano, nawet w przypadku zaproponowania przez Odwołującego Przemysława Bartosika podczas negocjacji takiej ceny, za którą Komisja konkursowa mogłaby przyznać maksymalną liczbę punktów (10,00 punktów), jego oferta i tak uzyskałaby najniższą łączną liczbę punktów oceny – 37,00 punktów, podczas gdy ostatni podmiot, z którym Fundusz zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacja lecznicza w rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków, uzyskał 39,38 punktów. Należy zatem stwierdzić, iż zarzut Odwołujacego w tym przedmiocie jest w całości nieuzasadniony.

Jednocześnie w całości za chybiony należy uznać zarzut Odwołującego Przemysława Bartosika, który podniósł, iż do zawarcia umowy z Funduszem zostały wybrane oferty podmiotów, które nie posiadają urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, a jego oferta – pomimo posiadania takiego urządzenia – została odrzucona. Z całą stanowczością należy stwierdzić, iż oferta Odwołującego Przemysława Bartosika nie została odrzucona – nie została tylko zakwalifikowana do przeprowadzenia negocjacji w zakresie ceny i ilości świadczeń, z uwagi na najniższą ocenę według kryteriów niecenowych. W przedmiotowym postępowaniu Komisja konkursowa nie odrzuciła żadnej ze złożonych ofert. Odnosząc się natomiast do zarzutu Odwołującego Przemysława Bartosika należy wskazać, iż tylko dwóch z wybranych podmiotów nie zadeklarowało posiadania ww. urządzenia – Kaliska Agencja Medyczna „MEDIX" Spółka z o.o. oraz ADAMUS-MED Tomasz Adamus, zaś pozostali wybrani w toku postępowania konkursowego oferenci wskazali, iż takie urządzenia posiadają, za co przyznano im punkty, w tym również

Odwołującemu Przemysławowi Bartosikowi. Podkreślenia wymaga, iż posiadanie przez oferentów urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne o wysokiej częstotliwości, było jednym z siedmiu elementów kategorii „Sprzęt, aparatura medyczna i pomieszczenia" w kryterium jakości, a pozostali oferenci, w tym podmiot który nie zadeklarował posiadania ww. urządzenia, uzyskali punkty za inne elementy tej kategorii. Deklarowane przez oferentów odpowiedzi w zakresie ankiety ofertowej zostały ponadto szczegółowo omówione w niniejszej decyzji. Przyznana przez Komisję konkursową punktacja nie budzi żadnych wątpliwości.

Kolejny zarzut Odwołującego Przemysława Bartosika odnosi się do faktu, iż praktycznie wszyscy oferenci wybrani w toku przedmiotowego postępowania konkursowego do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczą swoje usługi w Kaliszu, a winno dążyć się do decentralizacji świadczenia usług medycznych. Dokonując analizy ofert złożonych w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 stwierdzono, iż z dwunastu złożonych ofert tylko dwie dotyczyły miejsca udzielnia świadczeń opieki zdrowotnej zlokalizowanego poza miastem Kalisz, w tym jedna została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Raz jeszcze należy w tym miejscu podkreślić, iż o tym, który podmiot został wybrany do zawarcia umowy z Funduszem decydowały w pierwszej kolejności kryteria niecenowe, a następnie prowadzono negocjacje w zakresie ceny i ilości świadczeń deklarowanych przez oferentów, którzy uzyskali największą liczbę punktów w wyniku oceny ofert w zakresie kryteriów jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości. Oczywistym jest, iż w toku niniejszego postępowania mogli brać udział jedynie ci oferenci, którzy udzielają lub będą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej na wskazanym w ogłoszeniu obszarze kontraktowania, a w tym zakresie nie stwierdzono, aby wybrany został oferent spoza tego obszaru. Miejsce udzielania świadczeń nie stanowi przedmiotu dodatkowej oceny dokonywanej przez Komisję konkursową, bowiem nie przewiduje tego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jeżeli oferta Odwołującego Przemysława Bartosika uzyskałaby wyższą liczbę punktów, aniżeli ostatni z oferentów wybranych w toku prowdzonego postępowania, co już niejednokrotnie zostało podkreślone, Odwołujący zostałby zaproszony do negocjacji i być może, o ile stanowiska wypracowane w ich toku byłyby zbieżne, uzyskałby możliwość podpisnaia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem i mógłby udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ dla mieszkańców gminy Koźminek w miejscu ich zamieszkania. Mając powyższe na względzie, zarzut należy uznać za nieuzasadniony.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego Przemysława Bartosika dotyczącego nierównego traktowania ofert w postępowaniu konkursowym poprzez przyznawanie dodatkowych punktów podmiotom, które do tej pory udzielały świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiocie zgodnym z ogłoszonym postępowaniem nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 i tym samym na wstępie obniżających jego ofertę, należy stwierdzić co następuje. Jednym z dodatkowych kryteriów oceny, wskazanych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest ciągłość udzielania świadczeń. Mając na względzie, że formularz ofertowy stanowi odzwierciedlenie rzeczonego rozporządzenia, Fundusz nie może dowolnie kształtować jego treści, uznając pewne kryteria za zbyteczne, czy też nadto uciążliwe dla niektórych oferentów z uwagi na to, że nie są w stanie ich spełnić, bądź spełniają je w niewystarczającym stopniu. Stąd, dokonując oceny ofert, Komisja konkursowa nie mogła nie wziąć pod uwagę tego, że niektórzy oferenci realizują na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie oraz, że relizują powyższe nieprzerwanie od 5, czy też 10 lat, co dodatkowo potwierdzają dane zawarte w systemach

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

elektronicznych Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Ocena tego kryterium skutkowała uzyskaniem przez wybranych oferentów odpowiedniej ilości punktów w zależności od okresu posiadania umowy z Funduszem, natomiast w świetle przewidzianych przez rzeczone rozporządzenie kryteriów, nie można uznać tego za niezasadne. Trudno również oczekiwać, mając na względzie przede wszystkim zasadę równości oferentów, aby podmiot realizujący świadczenia w ramach NFZ, rezygnował z ubiegania się o ponowny kontrakt tylko z tego względu, że w postępowaniu może uzyskać większą liczbę punktów w ramach kryterium ciągłości aniżeli podmiot, który po raz pierwszy bierze udział w tej procedurze. Każdy z oferentów mógł zapoznać się z kryteriami oceny ofert oraz punktami przyznawanymi za każdy spełniony warunek, branymi pod uwagę podczas rozstrzygania postępowania konkursowego, bowiem były one jawne i znane na długo przed ogłoszeniem przedmiotowego postępowania. Na tej podstawie każdy, czyją wolą było ubieganie się o umowę z NFZ, mógł dokonać weryfikacji własnych zasobów i możliwości oraz skonfigurować swoją ofertę w sposób, który umożliwiłby mu uzyskanie jak największej liczby punktów. Brak jest zatem podstaw by stwierdzić, że punkty dla wybranych oferentów w zakresie kryterium ciągłości, zostały przez Komisję konkursową przyznane niezasadnie. Nie oznacza to również, co niesłusznie podniósł Odwołujący Przemysław Bartosik, iż Fundusz zakłada, że nowy podmiot będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w sposób gorszy aniżeli dotychczasowy, a zatem z daleko posuniętej ostrożności nie dokonuje wyboru nowego świadczeniodawcy. Warto w tym miejscu przytoczyć wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 sierpnia 2017 r. II GSK 3333/15, w którym wskazano: *„(...) kryterium ciągłości wcale nie dyskryminuje przedsiębiorców działających na rynku usług medycznych. (...) szansą na wejście nowych podmiotów na rynek medyczny jest: obniżenie ceny i podwyższenie jakości udzielanego świadczenia. W innym przypadku nie ma potrzeby zmiany oferenta (...)Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów oraz sposobu procedowania w stosunku do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu"*. Maksymalna ocena za ciągłość udzielanych świadczeń w danym zakresie i na danym obszarze to sześć punktów, o ile nie zostaną odjęte punkty związane z wynikami kontroli świadczeniodawcy. Jednocześnie nowy podmiot ubiegający się o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie uzyskuje punktów ujemnych za wyniki kontroli przeprowadzonej przez Fundusz, których łącznie jest dwanaście. Należy przy tym wskazać, że właśnie w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 do zawarcia umowy z Funduszem wyłoniono jeden z trzech nowych podmiotów, którzy zgłosili się do przedmiotowego postępowania, co więcej – spoza miasta Kalisza. Jest to zatem najlepszy dowód na to, iż jako nowy podmiot można było uzyskać wystarczającą liczbę punktów do tego, aby podpisać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ. Z przedstawionych względów nie można podzielić więc zarzutu Odwołującego Przemysława Bartosika, dotyczącego nierównego traktownaia oferentów poprzez przynanie punktów rankingujących za dotychczasowe świadczenie usług w ramach umowy z NFZ w danym zakresie i rodzaju świadczeń.

Poddając pod rozwagę zarzuty i argumenty przedstawione przez Odwołującego I.M.A Krystalscy, należy stwierdzić, iż w całości nie zasługują one na uwzględnienie.

Pierwszy zarzut Odwołującego I.M.A. Krystalscy dotyczy naruszenia jego interesu prawnego poprzez częściowe uwzględnienie ich oferty w sytuacji, gdy posiadany przez nich potencjał oraz możliwości finansowe Funduszu umożliwiały wybór jego oferty w pełnym zakresie zaoferowanych świadczeń. Należy w tym miejscu wskazać, iż w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, określono maksymalną wartość zamówienia wskazując, że jest to kwota 2 297 310,75 zł oraz, że po przeprowadzeniu postępowania konkursowego nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 zostanie zawartych maksymalnie 10 (słownie: dziesięć) umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

ambulatoryjna. W przedmiotowym postępowaniu zgłosiło się dwunastu oferentów, z których do zawarcia umowy wybrano dziesięć podmiotów, a zatem zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu z dnia 31 października 2017 roku. Pula środków rozdzielonych pomiędzy wybranych oferentów wyniosła 2 297 310,16 zł. Porównanie ofert w toku postępowania konkursowego obejmuje zarówno kompleksowość i jakość udzielanych świadczeń, jak również ich dostępność, kwalifikacje personelu, wyposażenie, sprzęt oraz aparaturę medyczną oraz wewnętrzną i zewnętrzną ocenę jakości, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją, a kryteria te muszą być stosowane jednolicie w stosunku do wszystkich oferentów. Wskazać w tym miejscu należy, że ilość punktów rozliczeniowych zaproponowana przez Komisję konkursową w trakcie negocjacji dla każdego z wybranych oferentów, podyktowana była w szczególności dotychczasową liczbą świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze, którego dotyczyło postępowanie konkursowe nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01, a ponadto potencjałem poszczególnych oferentów, a także wynikiem oceny ofert w zakresie kryteriów niecenowych. Należy zauważyć, iż żaden z wybranych oferentów nie otrzymał takiej liczby świadczeń jaką deklarował w ofercie, jak również w żadnym przypadku liczba jednostek rozliczeniowych ustalona w toku negocjajcji nie przekroczyła potencjału oferentów. Komisja konkursowa dbając o utrzymanie dotychczasowej dostępności miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze gmin Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków, postanowiła rozdysponować ilość świadczeń w sposób wskazany w rozstrzygnięciu postępowania konkursowego. Warto wspomnieć, iż w przypadku przyjęcia argumentacji Odwołującego I.M.A Krystalscy i przyznania ilości świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie na podstawie posiadanego potencjału, pula jednostek rozliczeniowych przeznaczonych do zakupu na tym obszarze, wyczerpałaby się już przy czwartym wybranym oferencie, co przy dotychczasowych dziewięciu miejscach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiłoby znaczące naruszenie interesu świadczeniobiorców. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, iż Odwołujący I.M.A Krystalscy podpisał protokół końcowy negocjacji jako stanowisko zbieżne, w którym wskazano ilość jednostek rozliczeniowych na poziomie 377 492, za cenę 0,95 zł za jednostkę, co oznacza iż przystali na zaproponowane im warunki. Protokół ten zawiera jednocześnie zapis mówiący o tym, że znajdują się tam ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji, w zakresie liczby oraz ceny świadczeń.

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie może również zgodzić się z zarzutem Odwołującego I.M.A Krystalscy, jakoby niesprecyzowanie łącznej liczby planowanych do zamówienia świadczeń opieki zdrowotnej spowodowało, iż w postępowaniu wzięły udział podmioty o znacząco różnym potencjale i odmiennej strukturze wydatków oraz potrzeb w kontekście zaproponowanej przez niego oferty. Zgodnie z art. 140 ust. 1 Ustawy, przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty. Ponadto w Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określono, iż przedmiotem postępowania są określone w ogłoszeniu o postępowaniu świadczenia opieki zdrowotnej należące do rodzaju i zakresu świadczeń, które są kontraktowane w ramach danego postępowania, a ponadto w § 8 rzeczonego zarządzenia wskazano, iż przedmiot postępowania oraz jego maksymalna wartość są określone w ogłoszeniu o postępowaniu, zaś przedmiot postępowania określa się dla zakresów świadczeń. W ogłoszeniu postępowania znalazła się informacja o klasyfikacji przedmiotu zamówienia na podstawie Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług (PKWiU) – usługi fizjoterapii, usługi ambulatoryjne, usługi rehabilitacyjne, jak również dookreślenie powyższego poprzez wskazanie rodzaju i zakresu świadczeń stanowiących przedmiot zamówienia: rehabilitacja lecznicza, fizjoterapia ambulatoryjna. Ponadto wskazano również obszar, którego przedmiotowe postępowanie będzie dotyczyć

oraz maksymalną liczbę umów, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania konkursowego. Wobec powyższego należy stwierdzić, iż przedmiot postępowania został określony prawidłowo, bowiem żaden z powołanych przepisów nie wymaga wskazania w ogłoszeniu ilości planowanych do zamówienia świadczeń. Należy w tym miejscu wyraźnie wskazać, iż w ślad za ogłoszeniem z dnia 31 października 2017 roku o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01, pojawił się komunikat dla świadczeniodawców, chcących wziąć udział w konkursie ofert w rodzaju rehablitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, w którym przedstawiono cenę oczekiwaną za jednostkę rozliczeniową i określono ją na poziomie 1,05 zł. Wobec powyższego, znając maksymalną wartość zamówienia w przedmiotowym postępowaniu, określoną jako 2 297 310,75 zł oraz wartość jednostki rozliczeniowej, oczekiwanej przez Fundusz – 1,05 zł, określenie łącznej minimalnej liczby planowanych świadczeń w przedmiotowym postępowaniu było możliwe, a liczba tych świadczeń wynosiła 2 187 915 (2 297 310,75 ÷ 1,05 = 2 187 915). Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ jest jednostką sektora finansów publicznych, ma zatem obowiązek przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 2077 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. Powyższe oznacza, iż podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się na zasadach konkurencyjności. Jednocześnie konsekwencją tego faktu jest sytuacja, w której w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie można określić maksymalnej ilości świadczeń, które Fundusz może zakupić, bowiem zgodnie z zasadą ekonomiki należy dążyć do zakupu jak największej ilości świadczeń za jak najniższą cenę. Mając na względzie, że świadczenia zostały zakupione za cenę niższą, aniżeli oczekiwana, łączna liczba zakupionych świadczeń w przedmiotowym postępowaniu wyniosła 2 371 493. Informacje o sposobie określenia przedmiotu zamówienia są powszechnie obowiązujące, zaś Fundusz określił wartość jednostki rozliczeniowej w formie ceny oczekiwanej, wobec czego pełna odpowiedzialność za niezapoznanie się przez Odwołującego I.M.A Krystalscy w wystarczającym stopniu z informacjami zamieszczonymi przez oddział wojewódzki Funduszu w miejscach wskazanych do ogłoszeń – strona internetowa oraz tablica informacyjna w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, spada na oferenta. Tym samym nie dopatrzono się w tym zakresie naruszenia interesu prawnego Odwołującego I.M.A Krystalscy.

Wobec faktu, iż powyższy zarzut Odwołujący I.M.A Krystalscy łączy z naruszeniem art. 134 Ustawy, a ponadto naruszenie tego przepisu Ustawy wskazał jako osobne zastrzeżenie do rozstrzygnięcia postępowania konkursowego przyjęto, iż łączne rozpatrzenie zastrzeżeń w zakresie naruszenia zasad uczciwej konkurencji w odniesieniu również do omówionego wyżej zarzutu, będzie działaniem zasadnym.

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 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 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 prawnych możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięć Komisji konkursowej na zasadzie słuszności bądź uznaniowości.

Przenosząc powyższe na sytuację Odwołującego I.M.A Krystalscy należy wskazać, iż brak jest podstaw prawnych do dokonania podziału potencjalnych oferentów, chcących wziąć udział w postępowaniu konkursowym o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę formę prawną prowadzenia przez nich działalności, liczbę zatrudnianych pracowników, doświadczenie na rynku, czy też ilość obsługiwanych świadczeniobiorców. Zasada uczciwej konkurencji w tym zakresie jest realizowana przez Fundusz poprzez przyjęcie, iż w postępowaniu dotyczącym podziału ograniczonych środków finansowych, bierze udział nieograniczona ilość oferentów (vide orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie II SA/Ol 214/17 z dnia 26 kwietnia 2017 r.). Ocena poszczególnych oferentów dokonywana jest w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i brak jest tam kategorii, o których mowa w piśmie Odwołującego I.M.A Krystalscy. Należy zgodzić się zatem, iż taki sposób postępowania przez Komisję konkursową eliminuje element subiektywny, jakim byłoby stosowanie wobec niektórych oferentów dodatkowych kryteriów oceny. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie może zgodzić się z Odwołującym I.M.A Krystalscy, jakoby brak jednakowych, czy też zbliżonych do Odwołujących potencjałów w zakresie przez niego wskazanym u innych podmiotów, które brały udział w przedmiotowym postępowaniu konkursowym, wyklucza możliwość ubiegania się przez nie o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na tym samym obszarze, bowiem nie można traktować ich jako podmioty o równej pozycji. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie można przyjąć takiego rozumienia zasady równości. Prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz ma obowiązek stosowania podczas oceny tych samych warunków w stosunku do wszystkich oferentów biorących w nim udział. To, czy podmiot jest mniejszy w znaczeniu potencjału personelu, finansów, czy też dotychczasowego doświadczenia pod względem współpracy z NFZ, nie znajduje potwierdzenia w kryteriach rankingujących, ustalonych przez Ministra Zdrowia. W tej kwestii wypowiedział się również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, który w uzasadnieniu do wyroku z dnia 27 lutego 2012 r. VI SA/Wa 1854/11 wskazał, iż: *„Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej."*

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

Jednocześnie Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ podziela stanowiska wyrażone w powołanych przez Odwołującego I.M.A Krystalscy orzeczeniach sądów administracyjnych, dotyczących wymogu dokonania przez organ odwoławczy klasyfikacji wartościującej poszczególnych ofert i porównania ich w toczącym się postępowaniu, co winno wyrażać się kwestią pewnych relacji pomiędzy tymi ocenami, odzwierciedlającymi odmienną sytuację konkurujących podmiotów (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 14 stycznia 2014 r. II GSK 1615/12 oraz wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 20 stycznia 2015 r. II SA/Bd 1185/14). Należy jednak wskazać, iż stan faktyczny przedstawiony w ww. orzeczeniach dotyczył okoliczności niedokonania przez organ odwoławczy porównania ofert odwołujących z pozostałymi ofertami złożonymi w toku prowadzonych wówczas postępowań oraz niezamieszczeniem w rozstrzygnięciu postępowania administracyjnego szczegółowych informacji o dokonanej ocenie każdej ze złożonych ofert, co w niniejszej sprawie nie ma miejsca. Dzięki zindywidualizowaniu każdej ze złożonych ofert w niniejszej decyzji, Odwołujący I.M.A Krystalscy, a także pozostali oferenci, ma możliwość szczegółwego zapoznania się ze sposobem przyznawania punktów za poszczególne kryteria oceny u każdego z podmiotów biorących udział w postępowaniu konkursowym nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Nadto, należy zgodzić się z twierdzeniem Odwołujących I.M.A Krystalscy, iż prowadzenie postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wskazuje na występowanie pewnych preferencji, co ma charakter naturalny i pożądany z punktu widzenia świadczeniobiorców, co zostało poparate przywoałnym przez nich orzecznictwem, w szczególności uzasadnieniem wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 sierpnia 2017 r. II GSK 333/15 oraz wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 lipca 2017 r. VI SA/Wa 963/17. Jednakże należy wyraźnie wskazać, iż w powołanych sprawach preferencja niektórych podmiotów wynikała wyłącznie z przyjętego w rozporządzeniu 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 kryterium ciągłości, które należy rozumieć jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów (art. 5 pkt 2a Ustawy). Mając powyższe na względzie, w tym zakresie Fundusz może premiować podmioty, które dotychczas świadczyły usługi w ramach danego zakresu i rodzaju świadczeń oraz na danym obszarze. Należy przy tym pamiętać, iż dotychczasowemu świadczeniodawcy mogą zostać odjęte punkty za negatywne wyniki kontroli przeprowadzonej przez Fundusz, co z kolei nie ma miejsca w sytuacji dokonywania oceny nowego podmiotu ubiegającego się o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Trzeba ponadto wskazać, że zarówno Odwołujący I.M.A Krystalscy, jak i osiem innych podmiotów wybranych do zawarcia umowy, otrzymało odpowiednie wartości punktów za spełnianie kryterium ciągłości, a żadnemu z dotychczasowych świadczeniodawców nie odjęto punktów za wyniki kontroli. Należy również podzielić pogląd wyrażony w uzasadnieniu do wyroku NSA z dnia 9 sierpnia 2017 r. II GSK 3333/15, gdzie wskazano, iż *„(...)kryterium ciągłości nie jest kryterium wyłącznym, lecz preferencją usprawiedliwioną dobrem pacjentów (...) stanowi kilka procent łącznej możliwej do uzyskania w konkursie sumy punktów. Dlatego nie narusza ona również zasady proporcjolaności”*. Odnosząc powyższe do zarzutu Odwołującego I.M.A Krystalscy, iż Fundusz pominął w ocenie jego oferty kwestie związane z subiektywnymi kryteriami, których nie wymienia rozporządzenie 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, a które ich zdaniem należało wziąć w ich sytacji pod uwagę, stwierdzić należy, iż zarzut ten jest w całości bezzasadny.

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

Odnosząc się również do podniesionej przez Odwołującego I.M.A Krystalscy kwestii dotyczącej podziału ilości założonych świadczeń na kilka odrębnych postępowań o mniejszym zakresie kwotowo-obszarowym, co pozwoliłoby mniejszym podmiotom na złożenie ofert zgodnych z ich potencjałem, a podmiotom większym – przede wszystkim Odwołującemu I.M.A Krystalscy, na utrzymanie dotychczasowej wielkości kontraktu, stwierdzić należy co następuje.

Wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z przepisem art. 146 ust. 2 Ustawy, Prezes Funduszu określa szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie. I tak, zgodnie z treścią § 3 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (ze zm.), postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym: województwa, więcej niż jednego powiatu, powiatu, więcej niż jednej gminy, gminy, więcej niż jednej dzielnicy,dzielnicy.

W oparciu o przedstawione wyżej przepisy, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ określił w ogłoszeniu z dnia 31 października 2017 r. o postępowaniu nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 obszar terytorialny postępowania jako gminy: Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków. Uzasadnionym jest zatem stanowisko, iż to w gestii dyrektora oddziału Funduszu pozostawiona została kwestia określenia obszaru, na jaki zostanie ogłoszone postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. Wskazanie pojedynczych gmin lub grupy gmin zostało dokonane na podstawie aktualnej lokalizacji podmiotów leczniczych oraz geograficznego ich położenia w aspekcie możliwości dotarcia do placówek leczniczych przez mieszkańców wskazanych gmin. Powyższe działanie miało na celu przeciwdziałanie centralizacji usług na obszarach miast powiatowych oraz zabezpieczenia świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. W odniesieniu do powiatów z liczbą mieszkańców powyżej 80 tys., tak jak ma to miejsce w tym przypadku, ustalono obszar kontraktowania jako pojedynczą gminę, grupę gmin lub dzielnice.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż organ rozpoznający odwołanie bada naruszenie interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowej, podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję konkursową podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania oraz, czy wskutek tego działania, został naruszony interes prawny odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania zasadnicze jest, aby obie te przesłanki zaistniały łącznie. Nieuprawnione jest zatem czynienie zarzutu Komisji konkursowej prowadzącej przedmiotowe postępowanie, w przedmiocie określenia obszaru terytorialnego, na jaki zostało ogłoszone postępowanie konkursowe. Tym samym argument co do innego podziału kwotowo-obszarowego nie może również być podstawą uwzględnienia odwołania. Należy wyraźnie podkreślić, że na wskazanym obszarze terytorialnym prawo do udziału w postępowaniu konkursowym miał każdy podmiot, który spełniał warunki wymagane dla tego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, jak również jego oferta została oceniona w sposób pozytywny z uwagi na spełnienie kryterów niecenowych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Odmienne podejście do ww. zagadanienia, w szczególności

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

w sposób zaproponowany przez Odwołującego I.M.A Krystalscy, w sposób oczywisty przeczyłoby zasadzie równości uprawnionych świadczeniodawców, wyrażonej w art. 134 Ustawy.

Kolejny zarzut Odwołującego I.M.A Krystalscy dotyczył naruszenia art. 148 ust. 1 Ustawy poprzez wybór oferentów, którzy uzyskali mniej punktów od niego, co skutkowało uwzględnieniem jego oferty jedynie w części zaoferowanych świadczeń w sytuacji, gdy pozostała część mająca im przypaść została rozdysponowana pomiędzy pozostałych wybranych oferentów. Podkreślenia wymaga, iż treść art. 148 Ustawy dotyczy porównania ofert złożonych w toku postępowania na podstawie kryteriów określonych w rozporządzeniu 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: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja konkursowa dokonała porównania ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu, w pierwszej kolejności na podstawie kryteriów niecenowych, co z kolei jest zgodne z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, a następnie z wybranymi podmiotami przeprowadziła negocjacje co do ceny i ilości zaproponowanych świadczeń. W toku postępowania konkursowego wytypowano dziesięć podmiotów, które uzyskały liczbę punktów wystarczającą do zawarcia z nimi umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazać należy, iż Odwołujący I.M.A Krystalscy również nie otrzymał największej liczby punktów w wyniku porównania ofert złożonych w postępowaniu konkursowym, a zatem podążając za argumentacją Odwołującego I.M.A Krystalscy, gdyby możliwa była sytuacja, iż pierwszy wybrany podmiot był w stanie w całości zabezpieczyć wartość konktraktu na wybranym obszarze, to wówczas również i on, jako podmiot zajmujący w rankingu końcowym drugą pozycję, nie zostałby wybrany do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. Subiektywne odczucie Odwołującego I.M.A Krystalscy, iż pomiędzy pozostałych oferentów rozdysponowano część świadczeń winnych przypaść w udziele właśnie jemu, należy uznać za zbyt daleko idące. Maksymalna liczba umów do zawarcia na danym obszarze została wskazana na podstawie dokonanych analiz, w których pod uwagę wzięto przede wszystkim populacyjny podział i równomierny dostęp do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, a także dotychczasową liczbę umów, których było dziewięć. Wobec powyższego wybór dziesięciu podmiotów dla wskazanego obszaru, biorąc pod uwagę, iż nie został on określony wyłącznie dla gminy Kalisz, a dla grupy gmin w powiecie kaliskim, należy uznać za prawidłowy. Zmniejszenie ilości podmiotów, w których świadczeniobiorcy mogliby korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, w ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ stałoby w sprzeczności z ich interesem. W konsekwencji, a także wobec ograniczonych środków finansowych, każdy z wybranych podmiotów przystał w toku negocjacji na mniejsze ilości świadczeń, aniżeli deklarowane w ofercie.

W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału NFZ w tym miejscu warto również odnieść się do ostatniego z zarzutów Odwołującego I.M.A Krystalscy, podniesionego na okoliczność naruszenia interesu pacjentów poprzez zmniejszenie liczby przyjętych do zakontraktowania świadczeń w stosunku do liczby zaoferowanej przez Odwołującego, co przełoży się na zmniejszenie dostępności placówki dla stałych klientów i wydłużenia kolejki oczekujących. Mając na względzie, iż w toku prowadzonego postępowania konkursowego aż dziewięć podmiotów świadczy usługi fizjoterapii ambulatoryjnej na terenie samego miasta Kalisz należy uznać, iż zarzut ten jest w pełni nieuzasadniony. Świadczeniobiorcy mają bowiem wybór co do miejsca, gdzie mogą skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej. Trzeba w tym miejscu również wskazać, iż osiedle, na którym Odwołujący I.M.A Krystalscy świadczy swoje usługi, nie jest jedynym osiedlem w Kaliszu, a zamierzeniem działań Funduszu w zakresie rozdysponowania środków finansowych było

rozdzielenie ich w taki sposób, aby wszyscy mieszkańcy mogli skorzystać ze świadczeń w miejscach możliwie najbliższych swojemu miejscu zamieszkania. Z topograficznego rozmieszczenia miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Kalisza wynika, iż odległości pomiędzy miejscem świadczenia usług przez Odwołującego I.M.A Krystalscy a pozostałymi oscylują w granicach od 3 do 6 km, a zatem nie jest to ograniczenie nie do pokonania. Podsumowując, interes świadczeniobiorców nie mógł zostać naruszony, bowiem nie uległa zmniejszeniu liczba miejsc, w których mogą oni skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze, którego dotyczyło postępowanie konkursowe nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W toku prowdzonego postępowania odwoławczego na uznanie nie zasługują również załączone do odwołania pisma sporządzone przez Kaliską Radę Seniorów oraz Wiceprezydenta Miasta Kalisza, wyrażające prośby o zawarcie z Odwołującym I.M.A Krystalscy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna w dotychczasowym wymiarze. Żadne z kryteriów stanowiących podstawę do zawarcia umowy nie obejmuje takiej oceny, zatem nie ma możliwości aby załączone do odwołania pisma organizacji społecznych, czy też władz samorządowych, mogły być podstawą do zmiany ocen w rankingu końcowym.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 148 ust. 1 w zw. z art. 132 ust. 2 Ustawy poprzez brak wyboru oferty Odwołującego I.M.A Krystalscy w pełnym zakresie oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej w sytacji, gdy z jego własnych wyliczeń wynika, iż winien uzyskać niemal maksymalną liczbę punktów, a co z kolei predystynuje go do uwzględnienia oferty w całości należy wskazać, mając przede wszystkim na względzie przytoczone wyżej motywy uzasadnienia niniejszej decyzji w kontekście pozostałych zarzutów formułowanych przez Odwołującego I.M.A Krystalscy, iż jest on w pełni nieuzasadniony. Po raz kolejny należy podkreślić, iż oferta złożona przez Odwołującego I.M.A Krystalscy nie uzyskała najwyższej liczby punktów w rankingu ofert, mając na względzie zarówno kryteria niecenowe, jak i z uwzględnieniem punktacji przyznanej za kryterium ceny. Podnoszona przez Odwołującego I.M.A Krystalscy argumentacja, iż na wyposażeniu swojej poradni nie posiada jedynie basenu, kriokomory, czy odrębnej aplikacji służącej do rejestracji elektronicznej, znalazła odzwierciedlenie w przyznanej mu punktacji w kryteriach niecenowych. Podobnie rzecz ma się w stosunku do pozostałych oferentów. W wyniku oceny dokumentacji przedmiotowego postępowania nie stwierdzono błędu Komisji konkursowej polegającego na niesłuszym przyznaniu punktów ofercie, w której deklarowano warunki rankingujące. Jednocześnie raz jeszcze trzeba podkreślić, iż Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie przyjął do uwzględnienia podczas oceny ofert czynników dotyczących stażu świadczeniodawcy, powierzchni posiadanych pomieszczeń, czy też wielkości deklarowanego potencjału, stąd Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma prawa dokonywania ich oceny pod tym kątem. Ponownie należy podkreślić, iż rozdzielając ilość świadczeń opieki zdrowotnej do zakontraktowania pomiędzy poszczególnych oferentów wybranych w wyniku oceny ofert, Komisja konkursowa miała na uwadze w szczególności dotychczasową liczbę miejsc udzielania świadczeń na tym obszarze oraz fakt, aby oferowana ilość jednostek rozliczeniowych nie przekroczyła potencjału poszczególnych świadczeniodawców. W tym miejscu należy zgodzić się z przytoczonym przez Odwołujących I.M.A Krystalscy wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 8 grudnia 2016 r. II GSK 1232/15, w którym wskazano iż *„Konkursowy charakter postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polega na eliminowaniu ofert, z którymi Fundusz nie zawrze umowy, powoduje więc ten skutek, że przy określonej puli środków na zakup poszczególnych świadczeń, do zawarcia umów wybierane są podmioty, które uzyskują w tym konkursie najwyższą, a nie najniższą ilość punktów"*. Podobnie jednak, jak w poprzednio cytowanych orzeczeniach, stan faktyczny sprawy będącej przedmiotem badania

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

NSA dotyczył sytuacji podmiotu, który nie został wybrany przez Fundusz do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bowiem uzyskał najniższą liczbę punktów podczas dokonanej oceny ofert. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ powyższe nie znajduje jednak zastosowania do sytuacji Odwołującego I.M.A Krystalscy, bowiem w przedmiotowym postępowaniu ich oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast Komisja konkursowa nie dokonała wyboru ofert, które uzyskały najniższą liczbę punktów w wyniku przeprowadzonej oceny.

Jednocześnie mając na względzie pismo Odwołujących I.M.A Krystalscy, które wpłynęło w dniu 7 lutego 2018 r., wskazać należy co następuje. Zgodnie z art. 135 Ustawy oferty złożone w postępowaniu są jawne w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert po zakończonym postępowaniu, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zostały zastrzeżone przez świadczeniodawcę. Powtórzenie powyższej regulacji nastąpiło w § 11 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postepowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z powyższym oferent zastrzega informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy w formie pisemnej, w szczególności poprzez wypełnienie i załączenie do oferty formularza, którego wzór określony został w rzeczonym zarządzeniu. Ponadto zastrzeżenie to winno w sposób nie budzący wątpliwości wskazywać informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy. W ofertach wskazanych przez Odwołującego I.M.A Krystalscy, których odanonimizowania żądał, zostało zawarte takie zastrzeżnie. Zgodnie z jego treścią oferty zostały zanonimizowane i w takiej formie udostępnione stronom postępowania. Należy jednak wskazać, iż Odwołujący I.M.A Krystalscy mieli możliwość zapoznania się z dokumentacją sporządzoną przez Komisję konkursową na podstawie złożonych w toku postępowania konkursowego ofert, w tym z zestawieniem odpowiedzi udzielonych w ankietach. Ponadto podkreślenia wymaga, iż to Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ jako organ rozpatrujący odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego, jest obowiązany do weryfikacji prawidłowości działania Komisji konkursowej, co zostało dokonane w niniejszym postępowaniu administracyjnym. W toku rozpoznania sprawy nie stwierdzono błędów Komisji konkursowej w zakresie przyznawania punktów poszczególnym ofertom za spełnienie kryteriów rankingujących, stąd brak jest podstaw do kwestionowania ostatecznego rozstrzygnięcia postepowania konkursowego nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Należy ponadto wskazać, że zgodnie z § 15 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań i trybu pracy, Komisja konkursowa kwalifikuje do negocjacji oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. W kwestii rozdziału środków pomiędzy poszczególnych oferentów wybranych w postępowaniu do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz przeprowadzania z nimi negocjacji, Komisja konkursowa podejmuje działania w sposób autonomiczny, mając na uwadze dotychczasową liczbę świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, a także fakt aby zaproponowana liczba świadczeń nie stała w sprzeczności z potencjałem posiadanym przez oferentów. W przedmiotowym postępowaniu konkursowym żaden z wybranych oeferntów nie otrzymał deklarowanej przez siebie liczby jednostek rozliczeniowych, a ponadto w toku prowadzonych negocjacji wszyscy wybrani świadczeniodawcy podpisali protokoły końcowe, w tym również Odwołujący I.M.A Krystalscy, uznając tym samym stanowiska w zakresie ceny i liczby jednostek rozliczenowych za ostateczne. W przedmiotowym postepowaniu, z uwagi na ograniczoną pulę środków finansowanych, a także ze względu na dotychczasową liczbę świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, których było, co już podkreślano, dziewięciu, Komisja konkursowa

nie mogła ograniczyć liczby wybranych podmiotów do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej poniżej dotychczasowej dostępności. Stałoby to bowiem w oczywistej sprzeczności z interesem świadczeniobiorców, którym w sposób istotny ograniczonoby wybór pomiędzy miejscami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze gmin Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionych odwołaniach nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o zawarcie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze gmin Blizanów, Brzeziny, Godziesze Wielkie, Kalisz, Koźminek, Mycielin, Stawiszyn, Szczytniki oraz Żelazków. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000091/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego żadnego z odwołujących wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia żadnego z wniesionych odwołań. Wobec powyższego wszystkie odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ
Z-ca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Magdalena Kraczewska (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. 2017, poz. 1938 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

www.nfz.gov.pl | Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
tel.: 061 850 60 00, fax: 061 850 61 02, e-mail: sekretariat@nfz-poznan.pl

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 14 egz.:

1) Odwołujący AQUAPARK KALISZ Spółka z o.o., ul. Sportowa 10, 62-800 Kalisz,
2) Odwołujący Przemysław Bartosik, ul. Kopernika 10, 62-840 Koźminek,
3) Odwołujący Izabela Krystalska, Maciej Krystalski, Alicja Krystalska s.c., reprezentowani przez adw. Marcina Osińskiego, Kancelaria Adwokacka, ul. Śmiała 31, 01-523 Warszawa,
4) ADAMUS-MED Tomasz Adamus, ul. 1000-lecia 1 I, 62-874 Brzeziny,
5) Dominik Kujawa, ul. B. Pobożnego 20, 62-800 Kalisz
6) GO-MAX Group Spóka z o.o., ul. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz,
7) Kaliska Agencja Medyczna „MEDIX" Spółka z o.o., ul. Majkowska 13A, 62-800 Kalisz,
8) KONSYLIUM Sarna i Wspólnicy Sp. J., ul. Gliny 15, 62-574 Grochowy
9) Maciej Hofman, ul. Poznańska 21, 62-800 Kalisz,
10) NZOZ „POLIKLINIKA" Spółka z o.o., ul. Kordeckiego 36, 62-800 Kalisz,
11) OKULUS Spółka z o.o., ul. Częstochowska 71-75, 62-800 Kalisz,
12) Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, ul. Poznańska 79, 62-800 Kalisz,
13) 2 x a/a.

Oprac. Marta Węckowska