##### Załącznik nr 4b do Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 16 marca 2018 r. nr 23/2018/DAiS



*Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego* *Funduszu Społecznego*

**Procedura wyboru realizatorów programu pilotażowego POZ PLUS**

# Definicje, terminologia oraz używane skróty.

1. ankieta – zestaw pytań kierowanych do świadczeniodawców przez Fundusz w celu potwierdzenia spełnienia warunków wymaganych oraz kryteriów rankingujących określonych w zarządzeniu;
2. aplikacja ofertowa – aplikacja informatyczna udostępniona przez Fundusz w celu przygotowania formularza ofertowego i oferty w wersji elektronicznej;
3. formularz ofertowy – część oferty zawierająca opis proponowanego potencjału wykonawczego świadczeniodawcy i odpowiedzi na pytania ankietowe;
4. identyfikator techniczny – unikalny kod nadawany przez oddział Funduszu w chwili wpisywania nowego świadczeniodawcy do rejestru świadczeniodawców w systemie informatycznym oddziału Funduszu;
5. Kancelaria – komórka organizacyjna wskazana przez Dyrektora OW realizująca zadania związane z przyjmowaniem i rejestracją składanych ofert oraz dokumentów związanych z prowadzonym konkursem, ich przechowywaniem, przekazaniem komisji konkursowej oraz wykonywaniem innych czynności wynikających z treści procedury;
6. Komórka OW – komórka organizacyjna Oddziału Funduszu wskazana przez Dyrektora Oddziału Funduszu jako merytorycznie właściwa ds. obsługi ofert;
7. miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tym samym budynku lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
8. numer postępowania – zasady budowy numeru:
9. Numer Oddziału Wojewódzkiego NFZ: 01 – Dolnośląski; 02 – Kujawsko– Pomorski; 03 – Lubelski; 04 – Lubuski; 05 – Łódzki; 06 – Małopolski; 07 – Mazowiecki; 08 – Opolski;   
   09 – Podkarpacki; 10 – Podlaski; 11 – Pomorski; 12 – Śląski; 13 – Świętokrzyski;   
   14 – Warmińsko– Mazurski; 15 – Wielkopolski; 16 – Zachodniopomorski;
10. Myślnik – ‘– ‘
11. Dwie ostatnie cyfry roku, którego dotyczy postępowanie
12. Myślnik – ‘– ‘
13. Kolejna liczba porządkowa w ramach ODDZIAŁU FUNDUSZU i roku (6 cyfr): 000001, 000002, itd.
14. Ukośnik – ‘/’
15. Symbol rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej: PPZ (pilotażowe programy zdrowotne)
16. Ukośnik – ‘/’
17. Kod typu umowy 1801
18. Ukośnik – ‘/’
19. Kod zakresu rzeczowego ………
20. Ukośnik – ‘/’
21. Kod trybu postępowania: 13 – program pilotażowy realizowany na podstawie art. 48e ustawy o świadczeniach;
22. oferta – oferta w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego złożona przez świadczeniodawcę, zgodnie z przedmiotem konkursu określonym w ogłoszeniu; oferta składa się z formularza ofertowego zdefiniowanego w dedykowanym narzędziu informatycznym oraz danych o charakterze informacyjnym, dotyczących świadczeniodawcy i innych dokumentów wymaganych w konkursie;
23. Portal NFZ – środowisko komunikacji, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia;
24. potencjał wykonawczy – zasoby pozostające w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz posiadany sprzęt;
25. profil świadczeniodawcy – struktura organizacyjna świadczeniodawcy wraz z danymi o potencjale wykonawczym;
26. regulamin techniczny przygotowania oferty – zasady zastosowania aplikacji informatycznych (w tym Portalu NFZ i aplikacji ofertowej) oraz sposób przygotowania formularza ofertowego;
27. zapytanie ofertowe – definicja konkursu, udostępniona przez NFZ za pośrednictwem dedykowanego narzędzia informatycznego w celu przygotowania formularza ofertowego;
28. zarządzenie Prezesa Funduszu – zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”.

# Cel procedury

Celem procedury jest zdefiniowanie i opis poszczególnych etapów konkursu prowadzonego w oddziale wojewódzkim NFZ, mającego na celu wybór świadczeniodawców do realizacji programu pilotażowego POZ PLUS.

# Etapy procedury

1. Przygotowanie konkursu.
2. Rejestracja ofert.
3. Ocena ofert pod względem spełniania warunków wymaganych.
4. Porównanie ofert pod względem spełniania kryteriów dodatkowo ocenianych.
5. Przeprowadzenie audytu ex-ante.
6. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu.
7. Unieważnienie konkursu.

| **Procedura wyboru realizatorów programu pilotażowego POZ PLUS** | | **Nr procedury: 2018/kontraktowanie\_POZ PLUS/v.1.0** | |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis poszczególnych etapów i czynności | Jednostka wykonująca / osoba odpowiedzialna (stanowisko) | Dokumenty związane / załączniki / bazy danych/ aplikacje informatyczne |
| **1.** | Przygotowanie konkursu. | | |
| 1.1 | Przekazanie przez Centralę NFZ informacji zawierającej:   1. terminy ogłaszania konkursów, 2. maksymalną liczbę umów o realizację pilotażu POZ PLUS, które mogą zostać zawarte w wyniku konkursu; maksymalna liczba umów oznacza maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń, które zostaną wybrane w wyniku konkursu, 3. obszary (wiejskie, wiejsko – miejskie, miejskie), na jakie powinny zostać ogłoszone konkursy. | Prezes NFZ, Dyrektorzy Oddziałów Funduszu | Informacja przygotowana przez Centralę NFZ |
| 1.2 | Powołanie Komisji ze wskazaniem przewodniczącego, wiceprzewodniczącego, protokolanta i członków. Komisja działa na podstawie Regulaminu Komisji. | Dyrektor Oddziału Funduszu | Zarządzenie Dyrektora Oddziału Funduszu  Regulamin Komisji |
| 1.3 | Przygotowanie ogłoszenia o konkursie. Ogłoszenie zawiera m.in. harmonogram przeprowadzenia konkursu. | Komisja | Wzór ogłoszenia – zał. nr 1 |
| 1.4 | Akceptacja ogłoszenia.  Brak akceptacji ogłoszenia – powrót do pkt. 1.3 | Dyrektor Oddziału Funduszu | Wzór ogłoszenia – zał. nr 1 |
| 1.5 | Publikacja ogłoszenia na stronie internetowej oddziałów wojewódzkich Funduszu | Komórka OW | Zaakceptowane ogłoszenie |
| **2.** | **Rejestracja ofert.** | | |
| 2.1 | Odnotowanie złożenia oferty – wpis do rejestru ofert.  Rejestracji podlega każda oferta, także ta, która wpłynęła po terminie. | Kancelaria | Rejestr ofert – zał. nr 2  Potwierdzenie złożenia oferty/uzupełnienia oferty/wycofania oferty – zał. nr 3  Oznaczenie oferty/uzupełnienia oferty/wycofania oferty - zał. nr 4 |
| 2.2 | Nadanie numeru oferty i jej rejestracja w systemie informatycznym. W przypadku osobistego złożenia oferty wydanie potwierdzenia złożenia, zawierającego numer nadany w rejestrze ofert. Przechowanie ofert do momentu protokolarnego przekazania do Komisji. | Kancelaria | Rejestr ofert – zał. nr 2  Potwierdzenia złożenia oferty /uzupełnienia oferty /wycofania oferty – zał. nr 3 |
| 2.3 | Uzupełnienie oferty. | | |
| 2.3.1 | Sprawdzenie, czy dokumenty stanowiące uzupełnieniu oferty:   1. zostały oznaczone jak oferta (zał. nr 4); 2. zawierają dopisek „Uzupełnienie oferty”.   (sprawdzenie odbywa się poprzez wyszukanie w rejestrze ofert danych identyfikacyjnych świadczeniodawcy i odpowiedniego przedmiotu zamówienia). | Kancelaria | Oznaczenie oferty/uzupełnienia oferty/wycofania oferty - zał. nr 4 |
| 2.3.2 | Odnotowanie w rejestrze ofert daty wpływu uzupełnienia oferty. W przypadku osobistego złożenia uzupełnienia oferty wydanie potwierdzenia złożenia, zawierającego numer nadany w rejestrze ofert. Koperty opisane i złożone jako „Uzupełnienie oferty” przechowywane są do momentu ich protokolarnego przekazania do Komisji. | Kancelaria | Rejestr ofert – zał. nr 2  Potwierdzenia złożenia oferty /uzupełnienia oferty /wycofania oferty – zał. nr 3 |
| 2.4 | Wycofanie oferty | | |
| 2.4.1 | Sprawdzenie, czy wniosek o wycofanie oferty:   1. został oznaczony jako oferta (zał. nr 4); 2. czy zawiera dopisek „Wycofanie oferty”.   (sprawdzenie odbywa się poprzez wyszukanie w rejestrze ofert danych identyfikacyjnych świadczeniodawcy i odpowiedniego przedmiotu zamówienia). | Kancelaria | Oznaczenie oferty/uzupełnienia oferty/wycofania oferty - zał. nr 4 |
| 2.4.2 | W przypadku, gdy wniosek spełnia warunki opisane w pkt. 2.4.1 - odnotowanie w rejestrze ofert informacji o wycofaniu oferty. W przypadku, gdy wniosek nie spełnia warunków opisanych w pkt. 2.4.1, korespondencja dotycząca wycofania oferty pozostaje bez rozpoznania. | Kancelaria | Rejestr ofert – zał. nr 2 |
| 2.5 | Przekazanie ofert do Komisji | | |
| 2.5.1 | Przekazanie ofert do komisji, również tych złożonych po terminie z Kancelarii do Komisji na podstawie protokołu przekazania.  Komisja potwierdza zgodność lub stwierdza rozbieżności pomiędzy liczbą przekazywanych ofert a rejestrem; wynik sprawdzenia Komisja odnotowuje w protokole. | Kancelaria  Komisja | Protokół z przekazania ofert z Kancelarii na posiedzenie Komisji lub z posiedzenia Komisji do Kancelarii – zał. nr 5 |
| **3.** | **Otwarcie ofert. Złożenie przez członków komisji oświadczeń o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac komisji** | | |
| 3.1 | Otwarcie ofert przez Komisję i złożenie przez członków komisji oświadczeń o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac komisji. Przesłanki do wyłączenia z prac komisji zostały wskazane w Regulaminie komisji. | wszyscy członkowie Komisji | Oświadczenie członka Komisji –  zał. nr 6 |
| 3.2 | Wyłączenie członków komisji, którzy nie podpisali oświadczeń o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac komisji. | Komisja | Wniosek o wyłączenie członka Komisji– zał. nr 7 |
| 3.3 | Poinformowanie Dyrektora OW NFZ o konieczności dokonania zmiany w składzie komisji. Przekazanie wniosku członka Komisji albo oferenta ubiegającego się o zawarcie umowy. | Przewodniczący komisji | Wniosek o wyłączenie członka Komisji Konkursowej – zał. nr 7 |
| 3.4 | Dokonanie zmiany w składzie komisji. | Dyrektor Oddziału Funduszu | Zarządzenie Dyrektora Oddziału Funduszu |
| 3.5 | Złożenie przez nowego członka komisji oświadczenia o nieistnieniu przesłanek do jego wyłączenia, o których mowa w Regulaminie Komisji. | Członek Komisji | Oświadczenie członka Komisji –  zał. nr 6 |
| **4.** | Ocena ofert pod względem spełnienia warunków wymaganych. | | |
| 4.1 | Ocena ofert polega na sprawdzeniu, czy oferta spełnia warunki wymagane wskazane w ogłoszeniu o konkursie. W szczególności komisja sprawdza, czy oferta została złożone w terminie wskazanym w ogłoszeniu. W przypadku oferty przesłanej drogą pocztową uważa się ją za złożoną w terminie, jeżeli:   1. data jej nadania w polskiej placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz.U. [poz. 1529](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrsgqydknzwgy4dk)) lub w placówce pocztowej operatora świadczącego pocztowe usługi powszechne w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej nie jest późniejsza niż termin składania ofert określony w ogłoszeniu oraz 2. wpłynie ona do oddziału nie później niż na jeden dzień przed terminem otwarcia ofert.   Oferta, która wpłynęła po terminie wskazanym w ogłoszeniu, podlega odrzuceniu. | Komisja | Ocena oferty pod względem spełnienia warunków wymaganych część A– zał. nr 8  Ocena oferty pod względem spełnienia warunków wymaganych część B – zał. nr 10 |
| 4.2 | W przypadku stwierdzenia braków w ofercie Komisja wzywa oferenta do usunięcia braków, wskazując termin do ich usunięcia.  Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia składane w trakcie konkursu wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności. Komisja konkursowa może doręczać oferentowi oświadczenia i zawiadomienia za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę [1999/93/WE](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrvgaytgmzsg42a) (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73), jeżeli oferent wyrazi zgodę na doręczanie pism w postępowaniu za pomocą tych środków i wskaże adres poczty elektronicznej. | Komisja | Wezwanie do usunięcia braków w ofercie –zał. nr 9  Potwierdzenie złożenia/ uzupełnienia oferty/wycofania oferty – zał. nr 3  Zgoda na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej – zał. nr 25 |
| 4.2.1 | Uzupełnienie braków w ofercie.  Kancelaria sprawdza, czy koperta lub paczka zawierająca dokumenty lub oświadczenia stanowiące realizację wezwania Komisji do usunięcia braków w ofercie jest oznaczona jak oferta oraz dodatkowo zawiera informację „USUNIĘCIE BRAKÓW W OFERCIE”.  W przypadku prawidłowo oznaczonych dokumentów Kancelaria odnotowuje ich wpływ w rejestrze ofert. | Kancelaria  Komisja | Dokumenty związane z usunięciem braków w ofercie  Rejestr ofert – zał. nr 2 |
| 4.2.2 | W przypadku nieusunięcia braków w wyznaczonym terminie oferta podlega odrzuceniu. | Komisja | Ocena oferty pod względem spełnienia warunków wymaganych część B – zał. nr 10  Zawiadomienie o odrzuceniu oferty – zał. nr 11 |
| 4.3 | Oferta podlega odrzuceniu, jeżeli:   1. wpłynęła po terminie wskazanym w ogłoszeniu; 2. zawiera dane niezgodne ze stanem faktycznym; 3. podmiot składający ofertę nie spełnia warunków wymaganych; 4. jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów, w tym podmiot składający ofertę został wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania ze środków Unii Europejskiej; 5. świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną (tj. dotyczącą tego samego miejsca udzielania świadczeń). | Komisja | System informatyczny Oddziału Funduszu  Zestawienie ofert niespełniających warunków wymaganych – zał. nr 14  Zawiadomienie o odrzuceniu oferty – zał. nr 11 |
| **5.** | **Porównanie ofert pod względem spełniania warunków dodatkowo ocenianych.** | | |
| 5.1 | Porównania ofert dokonuje się na podstawie rankingu otwarcia sporządzanego na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet. Ranking powstaje przy pomocy systemu informatycznego. Ranking sporządzany jest dla każdego miejsca udzielania świadczeń wskazanego w danej ofercie.  Oferty są uszeregowane w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny uzyskanej za spełnienie kryteriów dodatkowo ocenianych. Oferty o takiej samej łącznej liczbie punktów uzyskują tę samą pozycję w rankingu. W przypadku ofert o takiej samej łącznej punktacji, znajdujących się nad linią odcięcia wyznaczoną poprzez liczbę miejsc udzielania świadczeń określoną w ogłoszeniu, lub w przypadku, gdy linia odcięcia przebiega pomiędzy ofertami o takiej samej łącznej punktacji, komisja konkursowa porównuje następujące dane w odniesieniu do miejsca udzielania świadczeń wskazanego w ofercie, zgodnie ze wskazaną kolejnością (§ 5 ust. 4 zarządzenia Prezesa NFZ):   * 1. relacja liczby świadczeniobiorców objętych opieką w ramach programu profilaktycznego chorób układu krążenia w roku 2016 do liczby świadczeniobiorców uprawnionych do udziału w tym programie, określona na podstawie danych z aplikacji SIMP według danych z dnia 30 czerwca 2017 r.;   2. liczba pielęgniarek udzielających świadczeń na podstawie umowy POZ z uprawnieniami do wystawiania recept według stanu na dzień złożenia oferty;   3. realizowanie przez świadczeniodawcę w 2015 r. lub w I kwartale 2016 r. indywidualnej sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych w świadczeniach lekarza POZ;   4. w dniu złożenia oferty - posiadanie umowy na świadczenia lekarza POZ zawartej na czas nieoznaczony. | Komisja | System informatyczny Oddziału Funduszu  Ranking otwarcia – zał. nr 12 |
| 5.2 | Sprawdzenie, czy liczba bilansów dla dorosłych zadeklarowana w ofercie nie jest niższa od wartości minimalnej wyliczonej zgodnie ze wzorem określonym w Zarządzeniu Prezesa NFZ – dotyczy ofert, które znajdują się nad linią odcięcia. Nieprawidłowa liczba bilansów jest traktowana jako błąd, który jest możliwy do skorygowania przez świadczeniodawcę. W takim przypadku Komisja informuje świadczeniodawcę o prawidłowej minimalnej liczbie bilansów i wzywa do korekty oferty. Brak zgody świadczeniodawcy na dokonanie korekty oferty jest równoznaczny z odrzuceniem oferty z powodu niespełnienia warunków wymaganych. | Komisja | Informacja o nieprawidłowej liczbie bilansów dla dorosłych – zał. nr 13 |
| 5.3 | Oferta lub oferty, które uzyskały największą liczbę punktów i znajdują się nad linią odcięcia oraz w których świadczeniodawca zadeklarował zgodną z minimalnymi wymaganiami liczbę bilansów dla dorosłych, zostają zakwalifikowane do audytu ex-ante. Wykaz tych ofert jest przekazywany Dyrektorowi Oddziału Funduszu. | Komisja  Dyrektor Oddziału Funduszu | System informatyczny Oddziału Funduszu  Wykaz ofert wskazanych do przeprowadzenia audytu ex-ante – zał. nr 15 |
| **6.** | **Przeprowadzenie audytu ex-ante.** | | |
| 6.1 | Audyt ex-ante jest przeprowadzany po uprzednim powiadomieniu świadczeniodawcy o terminie jego przeprowadzenia. Przeprowadzenie audytu ex-ante odbywa się w obecności przedstawiciela świadczeniodawcy i jest udokumentowane w formie protokołu sporządzanego przez osoby wykonujące audyt ex-ante, potwierdzanego przez świadczeniodawcę złożeniem podpisu pod protokołem.   1. W przypadku, gdy audyt ex-ante wykaże, że warunki wymagane dotyczące stopnia przygotowania systemu informatycznego świadczeniodawcy do realizacji zadań wynikających z programu pilotażowego POZ PLUS nie są spełnione – wynik audytu jest negatywny, a oferta podlega odrzuceniu z powodu niespełnienia warunków wymaganych. 2. W przypadku, gdy audyt ex-ante wykaże, że warunki dodatkowo oceniane dotyczące stopnia przygotowania systemu informatycznego świadczeniodawcy do realizacji zadań wynikających z programu pilotażowego POZ PLUS nie są spełnione, a oferent wskazał w ofercie, że je spełnia - oferta zostanie skorygowana w zakresie liczby przyznanych punktów. Korekty dokonuje komisja na podstawie protokołu ex-ante podpisanego przez oferenta. Taka oferta może zostać wybrana do zawarcia umowy, zgodnie z zasadami określonymi w pkt. 7 procedury. 3. W przypadku, gdy audyt ex-wykaże, że warunki wymagane i dodatkowo oceniane wskazane w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym – oferent zostanie zakwalifikowany do zawarcia umowy.   Oferent jest obowiązany do potwierdzenia wyniku audytu ex-ante poprzez złożenie podpisu pod protokołem. | Osoby upoważnione przez Dyrektora Oddziału Funduszu  świadczeniodawca | Upoważnienie do przeprowadzenia audytu ex-ante – zał. nr 16  Zawiadomienie o terminie przeprowadzeniu audytu ex-ante – zał. nr 17  Protokół z przeprowadzenia audytu ex-ante – zał. nr 18 |
| 6.2 | Przekazanie protokołów z przeprowadzonych audytów ex-ante do Komisji. | Komisja | Protokół z przeprowadzenia audytu ex-ante – zał. nr 18 |
| 6.3 | W przypadku:   1. negatywnego wyniku audytu ex-ante lub 2. odmowy poddania się przez świadczeniodawcę audytowi ex-ante lub 3. odmowy podpisania przez świadczeniodawcę protokołu z audytu ex-ante   oferta podlega odrzuceniu z powodu niespełnienia warunków wymaganych.  W takiej sytuacji Komisja podejmuje czynności wskazane w pkt. 5.1 - 5.3, wybierając kolejnego świadczeniodawcę z najwyższą liczbą punktów.  Czynności wskazane w pkt. 5.1 – 5.3 są zakończone, jeśli liczba miejsc udzielania świadczeń z pozytywnym wynikiem audytu ex-ante będzie równa lub mniejsza od liczby miejsc wskazanych w ogłoszeniu o konkursie. | Komisja | System informatyczny Oddziału Funduszu  Zestawienie ofert niespełniających warunków wymaganych – zał. nr 14  Wykaz ofert wskazanych do przeprowadzenia audytu ex-ante – zał. nr 15 |
| **7.** | Wybór świadczeniodawców do zawarcia umowy. | | |
| 7.1 | Sporządzenie rankingu końcowego. W rankingu końcowym zamieszcza się wszystkie oferty, które nie zostały odrzucone, z uwzględnieniem wyników audytu ex-ante. Oferty są uszeregowane malejąco w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny.  Komisja dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu w liczbie wskazanej w ogłoszeniu. | Komisja | Ranking końcowy – zał. nr 19 |
| 7.2 | Przekazanie do Dyrektora Oddziału Funduszu wniosku o zatwierdzenie wyników konkursu i zawarcie umów z wybranymi świadczeniodawcami. | Komisja | Informacja o rozstrzygnięciu konkursu i wniosek o zawarcie umów i – zał. nr 21 |
| 7.3 | Zatwierdzenie wyniku konkursu przez Dyrektora Oddziału Funduszu. Informacja o zatwierdzeniu wniosku jest przekazywana do Komisji. | Dyrektor Oddziału Funduszu  Komisja | Informacja o rozstrzygnięciu konkursu i wniosek o zawarcie umów i – zał. nr 21 |
| 7.4 | Zatwierdzone wyniki konkursu są przekazywane do publikacji.  Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostaje zamieszczone w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie. Kopię ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu Komisja zachowuje w dokumentacji.  Protokolant przesyła ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu w formie elektronicznej do Rzecznika Prasowego celem zamieszczenia na stronie internetowej. | Komisja  Rzecznik Prasowy NFZ | Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu - zał. nr 22 |
| 7.5 | Sporządzenie protokołu końcowego. Zakończenie konkursu. | Komisja | Protokół Komisji – podsumowanie postępowania – zał. nr 20 |
| 8. | **Unieważnienie konkursu.** | | |
| 8.1 | Dyrektor Oddziału Funduszu unieważnia konkurs, jeżeli:   1. nie wpłynęła żadna oferta; 2. odrzucono wszystkie oferty; 3. dyrektor Oddziału Funduszu uwzględnił skargę, o której mowa w § 11 Zarządzenia Prezesa Funduszu; 4. nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie konkursu lub zawarcie umowy nie leży w interesie świadczeniobiorców, czego nie można było wcześniej przewidzieć; 5. konkurs został ogłoszony nieprawidłowo. | Dyrektor Oddziału Funduszu |  |
| 8.2. | Przygotowanie wniosku o unieważnienie konkursu i przekazanie go do Dyrektora Oddziału Funduszu. | Przewodniczący Komisji | Wniosek do Dyrektora Oddziału Funduszu o unieważnienie konkursu - zał. nr 23 |
| 8.3. | Akceptacja wniosku o unieważnieniu konkursu. | Dyrektor Oddziału Funduszu  Właściwa komórka Oddziału Funduszu | Wniosek do Dyrektora Oddziału Funduszu o unieważnienie konkursu - zał. nr 23 |
| 8.4. | Publikacja informacji o unieważnieniu konkursu na stronie internetowej Oddziału Funduszu | Rzecznik Prasowy Oddziału Funduszu | Informacja o unieważnienie konkursu - zał. nr 24 |

**Spis załączników do procedury**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr załącznika | | Nazwa załącznika |
| 1 | Wzór ogłoszenia | | |
| 2 | Rejestr ofert | | |
| 3 | Potwierdzenie złożenia oferty/uzupełnienia oferty/wycofania oferty | | |
| 4 | Oznaczenie oferty/uzupełnienia oferty/wycofania oferty | | |
| 5 | Protokół z przekazania ofert z Kancelarii na posiedzenie Komisji lub z posiedzenia Komisji do Kancelarii | | |
| 6 | Oświadczenie członka Komisji | | |
| 7 | Wniosek o wyłączenie członka Komisji Konkursowej | | |
| 8 | Ocena oferty pod względem spełnienia warunków wymaganych część A | | |
| 9 | Wezwanie do usunięcia braków w ofercie | | |
| 10 | Ocena oferty pod względem spełnienia warunków wymaganych część B | | |
| 11 | Zawiadomienie o odrzuceniu oferty | | |
| 12 | Ranking otwarcia | | |
| 13 | Informacja o korekcie liczby bilansów dla dorosłych | | |
| 14 | Zestawienie ofert niespełniających warunków wymaganych | | |
| 15 | Wykaz ofert wskazanych do przeprowadzenia audytu ex-ante | | |
| 16 | Upoważnienie do przeprowadzenia audytu ex-ante | | |
| 17 | Zawiadomienie o terminie przeprowadzenia audytu ex-ante | | |
| 18 | Protokół z przeprowadzenia audytu ex-ante | | |
| 19 | Ranking końcowy | | |
| 20 | Protokół Komisji podsumowanie postępowania | | |
| 21 | Informacja o rozstrzygnięciu konkursu i wniosek o zawarcie umów | | |
| 22 | Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu przeprowadzonego na podstawie art. 48e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | |
| 23 | Wniosek do Dyrektora Oddziału Funduszu o unieważnienie konkursu | | |
| 24 | Informacja o unieważnienie konkursu | | |
| 25 | Zgoda na doręczanie przez Komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej | | |

Zał. nr 1 do procedury

**Ogłoszenie o konkursie na realizację programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”**

**Kod konkursu** …………

Na podstawie art. 48eustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017.1938 j.t. z późn. zm.)

............................ Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w .............................................ul. ……………………………………….

Adres poczty elektronicznej: ……………………………..

**zaprasza**

**do składania ofert i uczestniczenia w konkursie poprzedzającym zawarcie umów o realizację programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”**

na obszarze: …………………………………………………………………………..

dla świadczeniodawców obejmujących opieką w miejscu udzielania świadczeń populację o wielkości:

od ……………………….. do ………………………………

**(Wielkość populacji liczona według stanu na dzień** ……)

Okres obowiązywania umowy od dnia ……………… **do dnia 31 grudnia 2019 r**.

Maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[[1]](#footnote-1)), które zostaną zawarte po przeprowadzeniu konkursu: …………………

Oferty mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów i spełniające wymagania określone w: ………………………….………………………

(tytuł i numer zarządzenia Prezesa NFZ wprowadzającego materiały obowiązujące w konkursie)

Materiały informacyjne są dostępne na stronie internetowej www. ..................................

Oferty należy składać od poniedziałku do piątku w godz. 8 – 16, w ........................................................................................................................

do dnia ................................................... roku.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie zamieszczone na stronie internetowej ............................................ Oddziału Wojewódzkiego NFZ www.nfz-.....................pl i tablicy informacyjnej w siedzibie ................................ Oddziału Wojewódzkiego NFZ w ........................................................... dnia ........................................................ roku.

............................................ Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu.

…………………………………………

(podpis Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ)

*Data ogłoszenia o konkursie (data umieszczenia ogłoszenia na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń w siedzibie oddziału wojewódzkiego NFZ)*

*\* - niepotrzebne skreślić*

Zał. nr 2 do procedury

**Rejestr ofert**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kod konkursu** | **Nr oferty** | **Kod świadczenio-dawcy** | **Nazwa świadczeniodawcy** | **Adres siedziby** | **NIP** | **REGON** | **Data złożenia oferty** | **Data złożenia/ uzupełnienia oferty** | **Data wycofania oferty** | **Data zwrotu oferty w przypadku odwołania konkursu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*rejestr drukowany w zależności od potrzeb

Zał. nr 3 do procedury

**(-wzór-)**

## *POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY\**

|  |  |
| --- | --- |
| NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA  **........................................Oddział Wojewódzki NFZ w .......................................**  **OFERTA: Konkurs ofert ….…..…**  (rok)  **..............................................................................................................................**  (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem konkursu  oraz obszaru kontraktowania - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie) | |
| **..............................................................................................................................**  (kod konkursu - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie) | |
| (pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny oferenta) | |
| (adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem) | |
| (data złożenia oferty: dd.mm.rrrr) | (numer z rejestru ofert) |
| (Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia oferty: pieczęć, podpis, data) | |

\* niepotrzebne skreślić

Zał. nr 4 do procedury

**(-wzór-)**

## *OZNACZENIE OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY\**

|  |
| --- |
| NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA  **...................................... Oddział Wojewódzki NFZ w .....................................**  **OFERTA: Konkurs ofert ….……**  (rok)  **..............................................................................................................................**  (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem konkursu  oraz obszaru kontraktowania - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie) |
| **..............................................................................................................................**(kod konkursu - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie) |
| (pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny oferenta) |
| (adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem) |
| (oferent – pieczęć, podpis, data) |
| Wydruk formularza rejestracyjnego z kodem paskowym (należy przykleić lub nadrukować) |

\* niepotrzebne skreślić

Zał. nr 5 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | |
| **PROTOKÓŁ SPORZĄDZIŁ:**  (imię i nazwisko) | |

**PROTOKÓŁ**

**Z PRZEKAZANIA OFERT Z KANCELARII NA POSIEDZENIE KOMISJI LUB Z POSIEDZENIA KOMISJI DO KANCELARII\***

(rejestr ofert)

Potwierdzam wydanie powyższych dokumentów konkursowych

……………………………………………….

(czytelny podpis osoby wydającej)

Potwierdzam przyjęcie powyższych dokumentów konkursowych

.......................................................................

(czytelny podpis osoby odbierającej)

\*niepotrzebne skreślić

Zał. nr 6 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | **KOMISJA NR** |

**Oświadczenie członka komisji KONKURSOWEJ**

Zgodnie z Regulaminem Komisji oświadczam, że:

1. nie jestem świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy;
2. nie pozostaję ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt. 1, w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia;
3. nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli ze świadczeniodawcą o którym mowa w pkt 1, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organów osób prawnych biorących udział w postępowaniu;
4. nie pozostaję ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt. 1, w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności oraz w takim stosunku nie pozostaje mój małżonek lub osoba, z którą pozostaję we wspólnym pożyciu.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

....................................................................

(podpis członka komisji konkursowej)

Zał. nr 7 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | **KOMISJA NR** |

**Wniosek o wyłączenie członka komisji konkursowej**

Na podstawie Regulaminu Komisji wnioskuję o wyłączenie członka komisji konkursowej

…………………………………………………………………………………….…………….

(imię i nazwisko)

ponieważ\*:

1. jest świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy;
2. pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia;
3. jest związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, ze świadczeniodawcą; o którym mowa w pkt 1, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organów osób prawnych biorących udział w postępowaniu;
4. pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jego bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje ich małżonek lub osoba, z którą pozostają we wspólnym pożyciu.

…………………………………………

(podpis osoby wnioskującej)

\* - niepotrzebne skreślić

Zał. nr 8 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | **KOMISJA NR** |
| **OFERTA NR** (zgodnie z rejestrem ofert): | |
| **OFERENT:**  **ADRES:** | |

**OCENA OFERTY POD WZGLĘDEM SPEŁNIENIA WARUNKÓW WYMAGANYCH**

**CZĘŚĆ A**

| **L.p.** | **Warunek wymagany** | **Tak** | **Nie** | **Uwagi** | **Kwalifikacja oferty w przypadku wskazania odpowiedzi „NIE”** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Czy oferta wpłynęła w terminie** |  |  |  | oferta podlega odrzuceniu z powodu niespełnienia warunków wymaganych |
| **2.** | **Czy oferta zawiera następujące informacje:** | | | | |
| 2.1 | Dane identyfikacyjne oferenta |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| 2.2 | Ankieta |  |  |  | oferta podlega odrzuceniu z powodu niespełnienia warunków wymaganych |
| **3.** | **Czy oferta (każda strona) została podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta** |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| **4.** | **Czy kolejne strony oferty zostały opatrzone numerem kolejnym** |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| 5. | **Czy oferta zawiera następujące załączniki:** | | | | |
| 5.1 | Załącznik nr 1 Lista osób upoważnionych do reprezentowania oferenta wraz ze wzorami podpisów |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| 5.2 | Załącznik nr 2 Informacja o liczbie osób objętych opieką wg stanu na dzień wskazany w ogłoszeniu o konkursie wraz z informacją o wymiarze czasu pracy koordynatora |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| 5.3 | Załącznik nr 3 Oferta w zakresie liczby planowanych do wykonania profilaktycznych badań bilansowych |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| 5.4 | Załącznik nr 4 Przewidywana liczba osób, które zostaną zakwalifikowane do programu zarządzania chorobą w trakcie trwania umowy |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| 5.5 | Załącznik nr 5a Wniosek w sprawie rachunku bankowego |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| 5.6 | Załącznik nr 5b Oświadczenie w sprawie rachunku bankowego, przeznaczonego na rozliczenie grantów |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| 5.7 | Załącznik nr 6 Oświadczenie oferenta |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| 5.8 | Załącznik nr 7 Zgoda na doręczanie przez Komisję oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23.07.2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73) |  |  |  |  |
| 5.9 | Kopia zawartej umowy (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie realizatorów umowy spełniających wymagania do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |
| 5.10 | W przypadku, gdy oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika – pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta w szczególności do złożenia oferty, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania oferenta wynika z dokumentów przedstawionych wraz z ofertą |  |  |  | do uzupełnienia przez oferenta |

W przypadku wystąpienia braków zakwalifikowanych jako „do uzupełnienia przez oferenta”, Komisja wzywa oferenta do uzupełnienia braków.

**KOMISJA NR** ……………………. **W SKŁADZIE:**

1. ………………………………….. przewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. wiceprzewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. protokolant ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

Zał. nr 9 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU** | **KOMISJA NR** |
| **OFERTA NR**  (zgodnie z rejestrem ofert): | |
| **OFERENT:**  **ADRES:** | |

**WEZWANIE DO USUNIĘCIA BRAKÓW W OFERCIE**

**Komisja konkursowa nr** ……. **wzywa oferenta do usunięcia braków w ofercie w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty/ usunięcia braku skutkującego alternatywnością oferty w wyznaczonym terminie pod rygorem jej odrzucenia\*.**

Należy złożyć następujące dokumenty\*:

1. ........................................................................................................................................
2. ........................................................................................................................................
3. ........................................................................................................................................

Należy wycofać następujące dokumenty\*:

1. ........................................................................................................................................
2. ........................................................................................................................................
3. ........................................................................................................................................

**W/w dokumenty należy złożyć w** ……………………………………………………………..

(należy podać miejsce)

**w terminie do dnia** .....................................................................................................................

**Zobowiązanie wręczono osobiście\*/ przesłano pocztą\***/ **za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej\***

…………….……………… .................…….…………………

(podpis protokolanta) (podpis przewodniczącego komisji)

\*niepotrzebne skreślić

Zał. nr 10 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU** | **KOMISJA NR** |
| **OFERTA NR**  (zgodnie z rejestrem ofert): | |
| **OFERENT:**  **ADRES:** | |

**OCENA SPEŁNIENIA WARUNKÓW**

**WYMAGANYCH OFERTY**

**CZĘŚĆ B**

**I. Stwierdzenie spełniania warunków wymaganych przez ofertę**

1. Oferta zawiera wszystkie dokumenty formalno-prawne określone w zarządzeniu Prezesa NFZ\*.
2. Oferent wniósł wyjaśnienie / oświadczenie o treści:\* (potwierdzone podpisem i pieczęcią, dokumentacja powinna stanowić załącznik do oceny lub być zawarta w niniejszym protokole).

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Oferent został wezwany do uzupełnienia następujących braków \*:

1. ….......................................................................................................................................
2. ….......................................................................................................................................
3. ….......................................................................................................................................
4. ….......................................................................................................................................

**do dnia** …..................................................................

**Wezwanie do usunięcia braków zostało wręczone osobiście/wezwanie wysłano pocztą/drogą elektroniczną\* (kopia wezwania stanowi załącznik do oferty).**

1. Braki zostały uzupełnione w dniu................................................................
2. Braki nie zostały uzupełnione do dnia.........................................................

**II. Decyzja o odrzuceniu oferty**

Oferta została odrzucona z następującego powodu\*:

1. wpłynęła po terminie wskazanym w ogłoszeniu;
2. zawiera dane niezgodne ze stanem faktycznym;
3. podmiot składający ofertę nie spełnia warunków wymaganych;
4. podmiot składający ofertę nie spełnia warunków wymaganych dotyczących systemu informatycznego (negatywny wynik audytu ex-ante/brak zgody na przeprowadzenie audytu ex-ante);
5. oferta jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów, w tym podmiot składający ofertę został wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania ze środków Unii Europejskiej;
6. świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną (tj. dotyczącą tego samego miejsca udzielania świadczeń).

**KOMISJA NR** ……………………. **W SKŁADZIE:**

1. ………………………………….. przewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. wiceprzewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. protokolant ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

\*niepotrzebne skreślić

Zał. nr 11 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU** | **KOMISJA NR** |
| **OFERTA NR**  (zgodnie z rejestrem ofert): | |
| **OFERENT:**  **ADRES:** | |

**ZAWIADOMIENIE O ODRZUCENIU OFERTY**

Komisja nr .......... powołana do przeprowadzenia konkursu na realizację programu pilotażowego „POZ PLUS**”** informuje, że na posiedzeniu w dniu ………………………… odrzuciła ofertę nr ................................................ w pozycji\* ……………………………………………………………

(należy podać adres miejsca udzielania świadczeń)

złożoną przez :

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(nazwa i adres oferenta)

Oferta została odrzucona z następującego powodu\*:

1. wpłynęła po terminie wskazanym w ogłoszeniu;
2. zawiera dane niezgodne ze stanem faktycznym;
3. podmiot składający ofertę nie spełnia warunków wymaganych;
4. podmiot składający ofertę nie spełnia warunków wymaganych dotyczących systemu informatycznego (negatywny wynik audytu ex-ante/brak zgody na przeprowadzenie audytu ex-ante);
5. oferta jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów, w tym podmiot składający ofertę został wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania ze środków Unii Europejskiej;
6. świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną (tj. dotyczącą tego samego miejsca udzielania świadczeń).

Uzasadnienie :

……………….……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………….

......................................................  
 (podpis przewodniczącego komisji)

\*w przypadku odrzucenia oferty w więcej niż jednej pozycji, należy podać powód odrzucenia dla każdej z nich

\*\* niepotrzebne skreślić

Zał. nr 12 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU** | |

**Ranking otwarcia (oferty uszeregowane malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pozycja oferty w rankingu (\*) | Dane z oferty | | | | | | | | | Propozycja Funduszu - liczba bilansów dla dorosłych | | Weryfikacja dodatkowych warunków  \*\* |
| Nr oferty | Nazwa oferenta | Adres miejsca udzielania świadczeń | Identyfikator komórki | Liczba osób objętych opieką w miejscu udzielania świadczeń | | Liczba bilansów dla dorosłych | | Łączna liczba punktów za spełnienie warunków dodatkowo ocenianych | Liczba bilansów dla dorosłych | Liczba bilansów dla dorosłych |
| dla oferty | narastająco | dla oferty | narastająco | dla oferty | narastająco |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Oferty o takiej samej łącznej liczbie punktów uzyskują tę samą pozycję w rankingu.

\*\* Należy wpisać odpowiedni kod/kody w przypadku spełnienia poniższych wymagań, zgodnie z kolejnością wskazaną w zarządzeniu:

* 1. relacja liczby świadczeniobiorców objętych opieką w ramach programu profilaktycznego chorób układu krążenia w roku 2016 do liczby świadczeniobiorców uprawnionych do udziału w tym programie, określona na podstawie danych z aplikacji SIMP według danych z dnia 30 czerwca 2017 r. (kod nr 1);
  2. liczba pielęgniarek udzielających świadczeń na podstawie umowy POZ z uprawnieniami do wystawiania recept według stanu na dzień złożenia oferty (kod nr 2);
  3. realizowanie przez świadczeniodawcę w 2015 r. lub w I kwartale 2016 r. indywidualnej sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych w świadczeniach lekarza POZ (kod nr 3);
  4. w dniu złożenia oferty - posiadanie umowy na świadczenia lekarza POZ zawartej na czas nieoznaczony (kod nr 4).

**KOMISJA NR** ……………………. **W SKŁADZIE:**

1. ………………………………….. przewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. wiceprzewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. protokolant ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | **KOMISJA NR** |
| **OFERTA NR**  (zgodnie z rejestrem ofert) | |
| **OFERENT:**  **ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:** | |

Zał. nr 13 do procedury

**INFORMACJA O KOREKCIE LICZBY**

**BILANSÓW DLA DOROSŁYCH**

Komisja nr .......... powołana do przeprowadzenia konkursu na realizację programu pilotażowego „POZ PLUS**”** informuje, że podana w ofercie minimalna liczba bilansów została błędnie wyliczona.

Prawidłowa liczba bilansów dla dorosłych wynosi co najmniej:……………………………..

i została obliczona w następujący sposób:

liczba osób objętych opieką przez świadczeniodawcę według stanu na dzień podany w ogłoszeniu: ………………………………………..

z tego: liczba osób uprawnionych do bilansu (osoby w wieku pomiędzy 20 r. ż. a 65 r. ż.): ………………………..

Minimalny wskaźnik bilansu obliczono zgodnie ze wzorem określonym w Zarządzeniu Prezesa NFZ w następujący sposób:………………………………

(należy podać sposób wyliczenia liczby bilansów)

Komisja wzywa do uzupełnienia oferty poprzez wskazanie właściwej liczby bilansów w terminie do dnia….

Nieuzupełnienie oferty w podanym terminie jest równoznaczne z odrzuceniem oferty.

……………………………………………………..

*(Podpis przewodniczącego komisji konkursowej)*

Zał. nr 14 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | |

**ZESTAWIENIE OFERT NIESPEŁNIAJĄCYCH**

**WARUNKÓW WYMAGANYCH**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr oferty** | **Nazwa oferenta** | **Adres oferenta** | **Adres miejsca udzielania świadczeń** | **Warunki niespełnione przez oferenta** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**KOMISJA NR** ……………………. **W SKŁADZIE:**

1. ………………………………….. przewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. wiceprzewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. protokolant ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

Zał. nr 15 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | |

**WYKAZ OFERT WSKAZANYCH DO PRZEPROWADZENIA**

**AUDYTU EX-ANTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr oferty** | **Nazwa oferenta** | **Adres oferenta** | **Adres miejsca udzielania świadczeń** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**KOMISJA NR** ……………………. **W SKŁADZIE:**

1. ………………………………….. przewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. wiceprzewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. protokolant ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

Zał. nr 16 do procedury

**Upoważnienie nr do przeprowadzenia audytu ex-ante**

Upoważniam

Pana/Panią ………………………………………………………………………………………

do przeprowadzenia audytu ex-ante oferenta ubiegającego się o zawarcie umowy w celu dokonania oceny zgodności złożonej oferty w zakresie stopnia przygotowania systemu informatycznego świadczeniodawcy do realizacji zadań wynikających z programu pilotażowego POZ PLUS ze stanem faktycznym.

…………………………………………………………

*(podpis Dyrektora Oddziału Funduszu)*

Zał. nr 17 do procedury

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | **KOMISJA NR** | |
| **OFERTA NR**  (zgodnie z rejestrem ofert) | | |
| **NAZWA I ADRES OFERENTA:**  **Miejsce udzielania świadczeń:** | | |

**ZAWIADOMIENIE O TERMINIE PRZEPROWADZENIA**

**AUDYTU EX-ANTE**

Informuję, że w dniu ………………….. odbędzie się audyt ex-ante w miejscu udzielania świadczeń zgłoszonym w ofercie. Celem audytu jest dokonanie oceny zgodności złożonej oferty w zakresie stopnia przygotowania systemu informatycznego świadczeniodawcy do realizacji zadań wynikających z programu pilotażowego POZ PLUS ze stanem faktycznym.

Audyt ex-ante zostanie przeprowadzony przez osobę upoważnioną przez dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ i zostanie zakończony protokołem.

Odmowa poddania się audytowi ex-ante jest równoznaczna z odrzuceniem oferty.

…………………………………………………………

(podpis przewodniczącego komisji)

Zał. nr 18 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | **KOMISJA NR** |
| **OFERTA NR**  (zgodnie z rejestrem ofert) | |
| **NAZWA I ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:** | |

**PROTOKÓŁ Z PRZEPROWADZENIA AUDYTU EX-ANTE**

**W ZAKRESIE SPEŁNIENIA WARUNKÓW WYMAGANYCH**

W dniu…………….. został przeprowadzony audyt ex-ante w ……………………………………

(adres miejsca udzielania świadczeń)

W wyniku audytu ex-ante stwierdzono:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Opis funkcjonalności | Warunek wymagany/  dodatkowo oceniany | Spełnienie wymagania  TAK/ NIE/ WARUNEK NIE ZOSTAŁ WYKAZANY W OFERCIE | Uwagi |
| 1 | Czy świadczeniodawca prowadzi elektroniczny terminarz wizyt w miejscu udzielania świadczeń? | Warunek wymagany |  | Niespełnienie warunku oznacza odrzucenie oferty |
| 2 | Czy świadczeniodawca prowadzi indywidualną dokumentację medyczną, o której mowa w ustawie o prawach pacjenta w wersji elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku? | Warunek wymagany |  |
| 3 | Czy świadczeniodawca prowadzi rejestrację wizyt u lekarza, udostępniając terminarz wizyt on-line? | Warunek dodatkowo oceniany |  | Warunek sprawdzany w przypadku, gdy oferent w ankiecie uzyskał dodatkowe punkty za jego spełnienie.  W przypadku, gdy warunek nie jest spełniony, liczba punktów uzyskana za jego spełnienie jest korygowana do 0. Korekty dokonuje komisja konkursowa na podstawie protokołu z audytu ex-ante podpisanego przez oferenta.  Oferta może zostać wybrana do zawarcia umowy, jeżeli po korekcie punktów znajduje się nad linią odcięcia. |
| 4 | Czy świadczeniodawca udostępnia portal/konto pacjenta? | Warunek dodatkowo oceniany |  |
| 5 | Czy świadczeniodawca wdrożył system przypominania o umówionej wizycie? | Warunek dodatkowo oceniany |  |
| 6 | Czy świadczeniodawca współpracujący ze specjalistami pracującymi w innej lokalizacji lub w tej samej lokalizacji ma możliwość elektronicznej wymiany informacji medycznej, z zachowaniem przepisów o ochronie danych osobowych? | Warunek dodatkowo oceniany |  |
| 7 | Czy świadczeniodawca prowadzi elektroniczną dokumentację medyczną (EDM w rozumieniu przepisów ustawy o systemie w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy?) | Warunek dodatkowo oceniany |  |
| 8 | Czy świadczeniodawca wdrożył e-zwolnienie | Warunek dodatkowo oceniany |  |  |

Z upoważnienia Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ:

1. ………………………………….. ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

Kopię protokołu otrzymałam/otrzymałem dnia …………………………………………..

………………………………………………………….

Podpis i pieczęć oferenta

Odmowa podpisania protokołu oznacza odrzucenie oferty.

*(Kopię protokołu należy przekazać oferentowi)*

Zał. nr 19 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU** | |

**Ranking końcowy (malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pozycja oferty w rankingu (\*) | Dane z oferty | | | | | | | | | Propozycja Funduszu - liczba bilansów dla dorosłych | | Weryfikacja dodatkowych warunków\*\* | Wynik audytu ex-ante (P/Z/N)\*\*\* | Decyzja o wybraniu oferty (T/N)\*\*\*\* |
| Nr oferty | Nazwa oferenta | Adres miejsca udzielania świadczeń | Identyfikator komórki | Liczba osób objętych opieką w miejscu udzielania świadczeń | | Liczba bilansów dla dorosłych po uwzględnieniu propozycji Funduszu | | Łączna liczba punktów za spełnienie warunków dodatkowo ocenianych po przeprowadzeniu audytu ex-ante | Liczba bilansów dla dorosłych | Liczba bilansów dla dorosłych |
| dla oferty | narastająco | dla oferty | narastająco | dla oferty | narastająco |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* | *11* | *12* | *13* | *14* | *15* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Oferty o takiej samej łącznej liczbie punktów uzyskują tę samą pozycję w rankingu.

\*\*Należy wpisać odpowiedni kod/kody w przypadku spełnienia poniższych wymagań, zgodnie z kolejnością wskazaną w zarządzeniu:

* 1. relacja liczby świadczeniobiorców objętych opieką w ramach programu profilaktycznego chorób układu krążenia w roku 2016 do liczby świadczeniobiorców uprawnionych do udziału w tym programie, określona na podstawie danych z aplikacji SIMP według danych z dnia 30 czerwca 2017 r. (kod nr 1);
  2. liczba pielęgniarek udzielających świadczeń na podstawie umowy POZ z uprawnieniami do wystawiania recept według stanu na dzień złożenia oferty (kod nr 2);
  3. realizowanie przez świadczeniodawcę w 2015 r. lub w I kwartale 2016 r. indywidualnej sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych w świadczeniach lekarza POZ (kod nr 3);
  4. w dniu złożenia oferty - posiadanie umowy na świadczenia lekarza POZ zawartej na czas nieoznaczony (kod nr 4).

\*\*\* **P** (pozytywny) – wszystkie warunki wymagane i wszystkie warunki dodatkowo oceniane, które zostały wykazane w ofercie, zgadzają się ze stanem faktycznym; **Z** (zmiana liczby punktów) – wszystkie warunki wymagane, które zostały wykazane w ofercie, zgadzają się ze stanem faktycznym i co najmniej jeden warunek dodatkowo oceniany, który został wykazany w ofercie, nie zgadza się ze stanem faktycznym; **N** (negatywny) – co najmniej jeden z warunków wymaganych, który został wykazany w ofercie, nie zgadza się ze stanem faktycznym.

\*\*\*\* **T** – tak; **N** – Nie

**KOMISJA NR** ……………………. **W SKŁADZIE:**

1. ………………………………….. przewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. wiceprzewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. protokolant ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

Zał. nr 20 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU** | |

**PROTOKÓŁ KOMISJI - PODSUMOWANIE KONKURSU**

**KOMISJA NR ………………………**

1. **Wybrała …………….ofertę/ofert\* następujących oferentów:**

(należy podać liczbę ofert)

(należy podać numer oferty oraz nazwę i adres oferenta):

1. .................................................................................
2. .................................................................................
3. .................................................................................
4. **Nie wybrała ………………….oferty/ofert\* następujących oferentów:**

(należy podać liczbę ofert)

(należy podać numer oferty oraz nazwę i adres oferenta oraz powód niewybrania):

* 1. .................................................................. powód: ………………………………….
  2. .................................................................. powód: ………………………………….
  3. .................................................................. powód: ………………………………….

1. **Odrzuciła … ofertę/ ofert\* następujących oferentów:**

(należy podać liczbę ofert)

* 1. ………………………………………………. powód: ………………………………….
  2. ………………………………………………. powód: ………………………………….
  3. ………………………………………………. powód: ………………………………….

1. **Osoby upoważnione przez Dyrektora Oddziału Funduszu przeprowadziły audyt ex-ante u ………………………….. oferenta/oferentów\*.**

(należy podać liczbę oferentów, u których przeprowadzono audyt ex-ante)

(należy podać numer oferty, nazwę i adres oferenta, u którego przeprowadzono audyt ex-ante)

* 1. …………………………….; wynik: pozytywny/zmieniono liczbę punktów/negatywny;
  2. ………………………………; wynik: pozytywny/ zmieniono liczbę punktów/negatywny;
  3. ………………………………; wynik: pozytywny /zmieniono liczbę punktów /negatywny.

**KOMISJA NR** ……………………. **W SKŁADZIE:**

1. ………………………………….. przewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. wiceprzewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. protokolant ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

\* - niepotrzebne skreślić

## Zał. nr 21 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | |

**INFORMACJA O ROZSTRZYGNIĘCIU KONKURSU**

**I WNIOSEK O ZAWARCIE UMÓW**

Komisja konkursowa informuje o rozstrzygnięciu konkursu ogłoszonego na podstawie art. 48e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017, poz. 1938 j.t. z późn. zm.) i wnioskuje o zawarcie umów z następującymi oferentami:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Numer oferty** | **Nazwa i adres oferenta** | **Adres miejsca udzielania świadczeń** | **Identyfikator komórki** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Komisja informuje o niewybraniu żadnej oferty\*.

**KOMISJA NR** ……………………. **W SKŁADZIE:**

1. ………………………………….. przewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. wiceprzewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. protokolant ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

\* - niepotrzebne skreślić

## Zał. nr 22 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | |

**OGŁOSZENIE O ROZSTRZYGNIĘCIU KONKURSU PRZEPROWADZONEGO NA PODSTAWIE ART. 48e USTAWY O ŚWIADCZENIACH**

**Komisja konkursowa informuje, że w wyniku przeprowadzonego konkursu wybrano następujących świadczeniodawców:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa oferenta** | **Adres oferenta** | **Adres miejsca udzielenia świadczeń** | **Identyfikator komórki** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**KOMISJA NR** ……………………. **W SKŁADZIE:**

1. ………………………………….. przewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. wiceprzewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. protokolant ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

Data umieszczenia ogłoszenia na stronie internetowej.

**Pouczenie:**

Świadczeniodawca, który nie został wybrany do zawarcia umowy, może złożyć skargę dotyczącą rozstrzygnięcia konkursu, do Dyrektora ……………………. Oddziału Funduszu w terminie 5 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu. Skarga wniesiona po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Zał. nr 23 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | |

**WNIOSEK DO DYREKTORA ODDZIAŁU   
O UNIEWAŻNIENIE KONKURSU**

Komisja konkursowa wnioskuje o unieważnienie postępowania przeprowadzanego w trybie konkursu ofert z następującego powodu\*:

1. brak złożonych ofert w konkursie;
2. odrzucenie wszystkich ofert w konkursie;
3. uwzględnienie skargi, o której mowa w § 11 Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”;
4. istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie konkursu lub zawarcie umowy nie leży w interesie świadczeniobiorców, czego nie można było wcześniej przewidzieć;
5. nieprawidłowe ogłoszenie konkursu.

Uzasadnienie (w przypadku przesłanek określonych w pkt: 4-5):  
 ……………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………..

**KOMISJA NR** ……………………. **W SKŁADZIE:**

1. ………………………………….. przewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. wiceprzewodniczący komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. członek komisji ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

1. ………………………………….. protokolant ……………………………….

(imię i nazwisko) (podpis)

**Decyzja Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ**

\* - niepotrzebne skreślić

Zał. nr 24 do procedury

|  |  |
| --- | --- |
| **KONKURS NA REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO „POZ PLUS”** | **DATA:** |
| **KOD KONKURSU:** | |

**INFORMACJA O UNIEWAŻNIENIU KONKURSU**

Dyrektor ………………Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje o unieważnieniu konkursu na realizację programu pilotażowego „POZ PLUS”

Powodem unieważnienia jest\*:

1. brak złożonych ofert w konkursie;
2. odrzucenie wszystkich ofert w konkursie;
3. uwzględnienie skargi, o której mowa w § 11 Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”;
4. istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie konkursu lub zawarcie umowy nie leży w interesie świadczeniobiorców, czego nie można było wcześniej przewidzieć;
5. nieprawidłowe ogłoszenie konkursu.

Uzasadnienie (w przypadku przesłanek określonych w pkt: 4-5):  
 ……………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………..

Podpis Dyrektora Oddziału Funduszu

\* - niepotrzebne skreślić

Zał. nr 25 do procedury

**WZÓR**

Miejscowość, data

Dane świadczeniodawcy:

Nazwa: …………………………………………….

adres: ……………………………………………….

nr telefonu: …………………………………………

Kod konkursu:

**ZGODA\* NA DORĘCZANIE PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ**

**OŚWIADCZEŃ I ZAWIADOMIEŃ ZA POŚREDNICTWEM ŚRODKÓW KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ**

Wyrażam zgodę na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23.07.2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73)

…………………………..…………………….

(**adres poczty elektronicznej oferenta**)

\*Wyrażenie zgody ma charakter fakultatywny i do wyłącznej decyzji świadczeniodawcy należy podanie adresu poczty elektronicznej, na który komisja konkursowa może doręczać oświadczenia i zawiadomienia.

*………………………………………*

*Data i podpis świadczeniodawcy lub osoby upoważnionej*

1. ) Maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – maksymalna liczba odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń określonych w ofertach, które zostaną wybrane w wyniku konkursu. [↑](#footnote-ref-1)