Znak: WO.422.6.2017

Zielona Góra, dnia 20 października 2017 roku

DECYZJA Nr 12/2017/KO

Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze

z dnia 20 października 2017 roku.

Na podstawie art. 154 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.), w związku z art. 107 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpatrzeniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wniesionego przez Panią Alicję Marciszyn-Łapka, wykonującą działalność leczniczą w ramach zakładu leczniczego pod nazwą: „Zakład Fizjoterapii ACTIVMED Alicja Marciniszyn - Łapka" z siedzibą w Żaganiu przy ul. Kolejowej 88, zwaną dalej „Odwołującą się", wskutek oddalenia w I instancji przez Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia odwołania wniesionego przez Odwołującego się od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna - na obszarze gmin: 0810021 Żagań, 0810054 Małomice, 0810032 Brzeźnica, 0810055 Małomice oraz 0810092 Żagań, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – **utrzymał w mocy swoją decyzję nr 9/2017/KO z dnia 13 września 2017 roku.**

UZASADNIENIE

Zarządzeniem nr 122/2017 w sprawie ogłoszenia konkursów ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2017-2022 w rodzaju rehabilitacja lecznicza, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił w dniu 28 czerwca 2017 r. postępowanie w trybie konkursu ofert, na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja medyczna, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna, na obszarze gmin Żagań, Małomice oraz Brzeźnica. Postępowanie to prowadzone było pod numerem: 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej

niż 309 962,00 PLN - na okres rozliczeniowy od dnia 1 października 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania – określona została na 5 umów. Ponadto, w przedmiotowym ogłoszeniu Zamawiający wskazał, że umowy z pięcioma oferentami zostaną zawarte na okres od 1 października 2017 roku do 30 września 2022 roku.

Postępowanie konkursowe prowadzone było w oparciu o przepisy:

1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2013r., poz. 1522 ze zmian.),
2) zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicz oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiaczką (ze zmianami),
3) 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 (Dz.U. z 2016, poz. 1372 ze zm.),
4) 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.),
5) zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, (ze zmianami).

W ramach ogłoszonego postępowania oferty złożyli:

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii „ALFA", ul. Dworcowa 49, 68-100 Żagań,
- Izabela Wenzlaw, ul. Zielonogórska 24b, 68-113 Brzeźnica,
- Alicja Marciniszyn – Łapka, ul. Kolejowa 88, 68-100 Żagań,
- Zakład Opieki Zdrowotnej REH-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Findera 3, 68-100 Żagań.

Wszystkie oferty zostały złożone w terminie.

W dniu 31 sierpnia 2017 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania, poprzez dokonanie wyboru:

1) oferty nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01/4/0405, która została złożona przez Zakład Opieki Zdrowotnej REH-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
2) oferty nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01/1/0405, która została złożona przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii „ALFA",
3) oferty nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01/2/0405, która została złożona przez Izabelę Wenzlaw,
4) oferty nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01/3/0405, która została złożona przez Alicję Marciniszyn – Łapka.

Rozstrzygnięcie postępowania konkursowego zostało prawidłowo ogłoszone przez Zamawiającego.

Od powyższego rozstrzygnięcia odwołanie w dniu 6 września 2017 r. wniósł Oferent - Alicja Marciniszyn – Łapka. W odwołaniu Oferent podniósł zarzut:

- przyznania przez Komisję konkursową zbyt małych środków finansowych, w stosunku do ogólnej kwoty zamówienia przyznanej dla gminy Żagań,
- otrzymania niespełna połowy punktów w stosunku do ilości punktów objętych aktualnie jeszcze realizowaną umową.

Uzasadniając swój interes prawny Oferent wskazał, że przejawia się tym, iż w sposób nieuzasadniony komisja konkursową przyznała Oferentowi zbyt małe środki finansowych, w stosunku do ogólnej kwoty zamówienia przyznanej dla gminy Żagań, przy czym przyznana wartość nowego kontraktu stanowi nespełna połowę wartości umowy dotychczas realizowanej. W ocenie Oferenta, nie ulega wątpliwości, że jego interes prawny doznał uszczerbku.

Decyzją nr 9/2017/KO z dnia 13 września 2017 r. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddalił odwołanie z dnia 6 września 2017 r., które zostało wniesione przez Odwołującą się od rozstrzygnięcia konkursu ofert nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Pismem z dnia 25 września 2017 r., które zostało skierowane do Prezesa NFZ, Odwołujący się złożył wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, która w pierwszej instacji została zakończona wydaniem decyzji nr 9/2017/KO. Na podstawie przepisu art. 65 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego Prezes NFZ przekazał przedmiotowy wniosek Dyrektorowi Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Wniosek ten wpłynął do siedziby Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w dniu 9 października 2017r. W uzasadnieniu przedmiotowego wniosku, Odwołująca się podniosła, że oferta otrzymana od NFZ jest skandalicznie niska w stosunku do środków finansowych, które zostały przeznaczone dla Gminy Żagań. Odwołująca się wskazała, że otrzymała niespełna połowę punktów, w stosunku do ostatniej umowy z NFZ. Zdaniem Odwołującej się, zastanawiające jest znaczne obniżenie Odwołującej się kontraktu, pomimo braku nowej konkurencji. Ponadto, Odwołująca się wskazała, że przy tak niskim kontrakcie nie będzie w stanie nadal zatrudniać dwóch pracowników, tj. magistra fizjoterapii oraz licencjata fizjoterapii. Spowoduje to również wydłużenie się kolejki oczekujących na świadczenia – w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Pismami z dnia 10 października 2017 r. wszyscy oferenci zostali zawiadomieni, o przysługującym im prawie do zapoznania się z aktami sprawy do dnia 17 października 2017 r. w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Zielonej Górze.

Po rozpatrzeniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wniesionego przez Odwołującą się Alicję Marciniszyn – Łapka, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Dyrektorem Oddziału", zważył, co następuje:

Na podstawie przepisu art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ww. ustawy. Zgodnie z przepisem art. 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu [ust. 1]. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia [ust. 2]. 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 [ust. 3]. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy [ust. 4]. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, składa się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji, o której mowa w ust. 3 [ust. 5]. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydana na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy podlega natychmiastowemu wykonaniu [ust. 6].

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z art. 127 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego do wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące odwołań od decyzji.

Odnosząc się do zarzutów podniesionych przez Odwołującą się we wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy, w tym w zakresie obejmującym powtórzenie stanowiska przedstawionego już w odwołaniu , Dyrektor Oddziału stwierdza, co następuje.

Szczegółowe warunki wymagane od oferentów oraz warunki udzielania świadczeń, objętych przedmiotem postępowania, ustalone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2013r., poz. 1522 ze zmian.) oraz w zarządzeniu Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiaczką (ze zmianami). Natomiast kryteria oceny ofert określone zostały 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 (Dz.U. z 2016, poz. 1372 ze zm.).

Przedstawione powyżej dokumenty określają kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców, które miały zastosowanie w zakończonym postępowaniu konkursowym. Dokumenty te zostały wskazane w ogłoszeniu o postępowaniu.

Na podstawie przepisu art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:
1) jakości,
2) kompleksowości,
3) dostępności,
4) ciągłości,
5) ceny
- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Stosownie do treści art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 3 pkt 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert dokonywano się według następujących kryteriów (w nawiasach podano liczbę punktów możliwą do uzyskania przez oferentów):

I. Jakość:

1. Personel:

1.1. Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu:
- tak (12 punktów);
- nie (0 punktów).

1.2. Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu:
- tak (17 punktów);
- nie (0 punktów).

1.3. Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej:
- tak (4 punkty);
- nie (0 punktów).

2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

2.1. Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń:
- tak (3 punkty);
- nie (0 punktów).

2.2. Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji:
- tak (3 punkty);
- nie (0 punktów).

2.3. Zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń:
- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

2.4. Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń:
- tak (3 punkty);
- nie (0 punktów).

2.5. Basen rehabilitacyjny - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m2 lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m - w lokalizacji:
- tak (6 punktów);
- nie (0 punktów).

2.6. Kriokomora - w lokalizacji:
- tak (4 punkty);
- nie (0 punktów).

2.7. Przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń:
- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

3. Pozostałe warunki:

3.1. W jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii:
- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

II **Kompleksowość:**

1. Sposób wykonania umowy:

1.1. Realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej:
- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

1.2. Realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym:
- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

1.3. Realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych:
- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

III **Dostępność:**

1. Dostępność – harmonogram czasu pracy

1.1. Czas pracy zakładu - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie:
- tak (5 punktów);
- nie (0 punktów).

IV. **Cena**-obliczona zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert (maksymalnie 10 punktów) - 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

W tym miejscu wyjaśnienia wymaga fakt, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert:

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

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

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

gdzie:

y_c – liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta

C_{NFZ} - cena oczekiwana

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

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

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

Rehabilitacja lecznicza część wspólna:

I. Jakość - Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości. Maksymalna suma punktów ujemnych: - 12.

1. Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.
   - tak (-1 pkt),
   - nie (0 pkt).
2. Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli:
   - tak (-1 pkt),
   - nie (0 pkt).

3. Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli:
   - tak (-1,5 pkt),
   - nie (0 pkt).
4. Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
   - tak (-0,5 pkt),
   - nie (0 pkt).
5. 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 (-0,5 pkt),
   - nie (0 pkt).
6. Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
   - tak (-0,5 pkt),
   - nie (0 pkt).
7. Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
   - tak (-0,5 pkt),
   - nie (0 pkt).
8. Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli:
   - tak (-1 pkt),
   -nie (0 pkt).
9. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
   - tak (-1pkt),
   - nie (0 pkt).
10. Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli:
    - tak (-0,5 pkt),
    - nie (0 pkt).
11. Udaremnienie lub utrudnianie kontroli:
    - tak (-2 pkt),
    - nie (0 pkt).
12. Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
    - tak (-1pkt),
    - nie (0 pkt).

13. Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
- tak (-0,5 pkt),
- nie (0 pkt).

14. Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli:
- tak (-0,5 pkt),
- nie (0 pkt).

II. Jakość - pozostałe warunki. Maksymalna suma punktów: 6.

1. Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
   - tak (1 pkt),
   - nie (0 pkt).
2. Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
   - tak (1 pkt),
   - nie (0 pkt).
3. Prowadzenie dokumentacji medycznej – 3 możliwości odpowiedzi:

   - indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2 pkt),

   - elektronicznej (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 pkt),

   - żadna z powyższych (0 punktów)

III. Dostępność. Maksymalna suma punktów: 1.

1. Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
   - tak (1 pkt);
   - nie (0 pkt).

IV. Ciągłość. Maksymalna suma punktów:12.

1. W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców (1 odpowiedź do wyboru):

- w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2 pkt.),
- w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (4 pkt.),

- w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (6 pkt.),
- żadne z powyższych (0 pkt).

2. Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty: (1 odpowiedź do wyboru):
   - rozliczenie ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń (6 pkt),
   - rozliczenie ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń (3 pkt),
   - żadne z powyższych (0 pkt).

V. Inne. Maksymalna suma punktów: 2.

1. Współpraca z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:

   - tak (2 pkt);
   - nie (0 pkt).

Należy podkreślić, że za kryteria pozacenowe oferent maksymalnie mógł uzyskać 90 punktów oraz 10 punktów za kryterium cena.

Zdaniem organu II instancji, wszystkie oferty zostały prawidłowo ocenione. Poniżej przedstawiono szczegółowa analizę wszystkich ofert, które podlegały ocenie w części niejawnej postępowania konkursowego.

OFERENT ZAKŁAD OPIEKI ZDROWTNEJ REH-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ:

w zakresie kryterium kompleksowości:

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

w zakresie kryterium jakości – personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - w ramach równoważnika co najmniej ½ etatu, **za co otrzymał 12 punktów**;

- zadeklarował specjalistę w dziedzinie fizjoterapii - w ramach równoważnika co najmniej ½ etatu, **za co otrzymał 17 punktów**;
- nie zadeklarował zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, **za co nie otrzymał punktów**;

w zakresie kryterium jakości – Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty**;
- zadeklarował wanny 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 – w lokalizacji, **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**;

w zakresie kryterium jakości - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli - co **nie skutkowało odjęciem punktów**;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne), w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- 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, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;

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

w zakresie kryterium jakości – pozostałe warunki:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej lub w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za **co nie otrzymał punktu**;

w zakresie kryterium dostępność – harmonogram pracy:

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

w zakresie kryterium dostępność:

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

w zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co **otrzymał 6 punktów**;
- nie zadeklarował, że rozliczył ponad 90 % lub 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**;

w zakresie innych warunków ocenianych:

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

w zakresie kryterium ceny:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie 1,00 zł (cena oczekiwana), za co **otrzymał 5 punktów**.

OFERENT NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZAKŁAD REHABILITACJI I FIZYKOTERAPII „ALFA":

w zakresie kryterium kompleksowości:

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

w zakresie kryterium jakości – personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - w ramach równoważnika co najmniej ½ etatu, **za co otrzymał 12 punktów**;

- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii - w ramach równoważnika co najmniej ½ etatu, **za co nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, **za co nie otrzymał punktów**;

w zakresie kryterium jakości – Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty**;
- zadeklarował wanny 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 posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty**;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, **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**;

w zakresie kryterium jakości - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli - co **nie skutkowało odjęciem punktów**;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne), w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- 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, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;

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

w zakresie kryterium jakości – pozostałe warunki:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej lub w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za **co nie otrzymał punktu**;

w zakresie kryterium dostępność – harmonogram pracy:

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

w zakresie kryterium dostępność:

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

w zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co **otrzymał 6 punktów**;
- nie zadeklarował, że rozliczył ponad 90 % lub 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**;

w zakresie innych warunków ocenianych:

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

w zakresie kryterium ceny:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie 0,90 zł (cena oczekiwana wynosiła 1,00 zł), za co **otrzymał 10 punktów**.

OFERENT IZABELA WENZLAW:

w zakresie kryterium kompleksowości:

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

w zakresie kryterium jakości – personel:

- zadeklarował magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - w ramach równoważnika co najmniej ½ etatu, **za co otrzymał 12 punktów**;

- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie fizjoterapii - w ramach równoważnika co najmniej ½ etatu, **za co nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej, **za co nie otrzymał punktów**;

w zakresie kryterium jakości – Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

- zadeklarował urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty**;
- zadeklarował wanny 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 posiadanie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 3 punkty**;
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego – w lokalizacji, **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**;

w zakresie kryterium jakości - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli - co **nie skutkowało odjęciem punktów**;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne), w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- 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, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;

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

w zakresie kryterium jakości – pozostałe warunki:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej lub w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za **co nie otrzymał punktu**;

w zakresie kryterium dostępność – harmonogram pracy:

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

w zakresie kryterium dostępność:

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

w zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co **otrzymał 6 punktów**;
- nie zadeklarował, że rozliczył ponad 90 % lub 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**;

w zakresie innych warunków ocenianych:

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

w zakresie kryterium ceny:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie 1,00 zł (cena oczekiwana), za co **otrzymał 5 punktów.**

OFERENT ALICJA MARCINISZYN - ŁAPKA:

w zakresie kryterium kompleksowości:

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

w zakresie kryterium jakości – personel:

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

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

w zakresie kryterium jakości – Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia:

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

w zakresie kryterium jakości - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli - co **nie skutkowało odjęciem punktów**;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne), w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- 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, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co **nie skutkowało odjęciem punktów**;

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

w zakresie kryterium jakości – pozostałe warunki:

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował prowadzenia dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej lub w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, za **co nie otrzymał punktu**;
- nie zadeklarował prowadzenia w jednostce szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, za **co nie otrzymał punktu**;

w zakresie kryterium dostępność – harmonogram pracy:

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

w zakresie kryterium dostępność:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej

rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za **co nie otrzymał punktu**;

w zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co **otrzymał 4 punkty**;
- nie zadeklarował, że rozliczył ponad 90 % lub 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**;

w zakresie innych warunków ocenianych:

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

w zakresie kryterium ceny:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie 0,90 zł (cena oczekiwana wynosiła 1,00 zł), za co **otrzymał 10 punktów**.

Poniżej przedstawiono ocenę punktową, jaką oferenci uzyskali za poszczególne kryteria oceny ofert.

Lp.	Pytanie	Pkt max	Zakład Opieki Zdrowotnej REH-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii "ALFA	Izabela Wenzlaw	Alicja Marciniszyn - Łapka
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ					
1.1.1	SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY					
1.1.1.1	REH_2 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej.	2,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

1.1.1.2	REH_2 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym.	2,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.1.1.3	REH_2 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych.	2,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2	JAKOŚĆ					
1.2.1	PERSONEL					
1.2.1.1	REH_2 Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.	12,000	12,0000	12,0000	12,0000	12,0000
1.2.1.2	REH_2 Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.	17,000	17,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.1.3	REH_2 Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.	4,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI					
1.2.2.1	REH_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	-1,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.2	REH_W Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	-1,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.3	REH_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	-1,500	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.4	REH_W Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.	-0,500	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

1.2.2.5	REH_W 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.	-0,500	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.6	REH_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	-0,500	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.7	REH_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	-0,500	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.8	REH_W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	-1,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.9	REH_W Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	-1,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.10	REH_W 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.	-0,500	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.11	REH_W Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.	-2,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.12	REH_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	-1,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

1.2.2.13	REH_W Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.	-0,500	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.2.14	REH_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	-0,500	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.3	SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA					
1.2.3.1	REH_2 Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń.	3,000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000
1.2.3.2	REH_2 Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji.	3,000	3,0000	3,0000	3,0000	0,0000
1.2.3.3	REH_2 Zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń.	2,000	2,0000	2,0000	0,0000	0,0000
1.2.3.4	REH_2 Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń.	3,000	0,0000	3,0000	3,0000	3,0000
1.2.3.5	REH_2 Basen rehabilitacyjny - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m2 lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7 m do 1,35 m, a dla dzieci od 0,6 m do 0,75 m - w lokalizacji.	6,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.3.6	REH_2 Kriokomora - w lokalizacji.	4,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.3.7	REH_2 Przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń.	2,000	2,0000	2,0000	2,0000	0,0000
1.2.4	POZOSTAŁE WARUNKI					
1.2.4.1	REH_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	1,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.4.2	REH_W Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	1,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

1.2.4.3	REH_W Prowadzenie dokumentacji medycznej	4,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.2.4.4	REH_2 W jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii.	2,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.3	DOSTĘPNOŚĆ					
1.3.1	DOSTĘPNOŚĆ					
1.3.1.1	REH_W Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.	1,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.3.2	DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY					
1.3.2.1	REH_2 Czas pracy zakładu - co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie.	5,000	5,0000	5,0000	5,0000	5,0000
1.4	CIĄGŁOŚĆ					
1.4.1	CIĄGŁOŚĆ					
1.4.1.1	REH_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców	6,000	6,0000	6,0000	6,0000	4,0000
1.4.1.2	REH_W Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty	6,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
1.6	INNE					
1.6.1	INNE					
1.6.1.1	REH_W Współpraca z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.	2,000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
		90,000	**50,0000**	**36,0000**	**34,0000**	**27,0000**

W orzecznictwie sądów administracyjnych trafnie podkreśla się, że zarówno postępowanie w formie konkursu ofert, jak i postępowanie w trybie rokowań, jest postępowaniem opartym na zasadzie konkurencji, co oznacza, że o ograniczoną ilość dóbr może się ubiegać nieograniczona liczba świadczeniodawców. Ustalenie wyniku tego konkurowania w postaci rankingu, tj. klasyfikacji wartościującej poszczególne oferty, stanowi porównanie ofert świadczeniodawców, biorących udział w postępowaniu.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01, ranking otwarcia przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	KRYTERIA						LICZBA PUNKTÓW ZA KRYTERIA POZACENOWE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY
	Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ciągłość	Inne	Cena		
Zakład Opieki Zdrowotnej REH-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	39,00	0,00	5,00	6,00	0,00	5,00	**50,00**	**55,00**
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii "ALFA"	25,00	0,00	5,00	6,00	0,00	5,00	**36,00**	**41,00**
Izabela Wenzlaw	23,00	0,00	5,00	6,00	0,00	5,00	**34,00**	**39,00**
Alicja Marciniszyn - Łapka	18,00	0,00	5,00	4,00	0,00	10,00	**27,00**	**37,00**

Zgodnie z przepisem art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:*

1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;

2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Na podstawie przepisu art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.*

Stosownie do treści § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenie 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: *do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego*

wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia. ***Do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych.***

W części niejawnej postępowania konkursowego Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje ze wszystkimi oferentami, przy czym kolejność prowadzenia negocjacji została ustalona przez Komisję, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych, która została ustalona w rankingu otwarcia (w ramach części jawnej postępowania konkursowego). W konsekwencji, ranking oferentów obejmujący ocenę kryteriów niecenowych, przedstawiał się następująco:

1) Zakład Opieki Zdrowotnej REH-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością - łączna ocena za kryrteria niecenowe: 50 punktów,
2) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii „ALFA" - łączna ocena za kryrteria niecenowe: 36 punktów,
3) Izabela Wenzlaw - łączna ocena za kryrteria niecenowe: 34 punkty,
4) Alicja Marciniszyn – Łapka - łączna ocena za kryrteria niecenowe: 27 punktów.

W powyżej przedstawionej kolejności przeprowadzone zostały negocjacje z oferentami. Negocjacje prowadzone były przez Komisję konkursową, aż do wyczerpania wartości zamówienia, tj. do kwoty 309 962,00 zł, która wskazana została przez Zamawiającego w ogłoszeniu o konkursie ofert. W ramach przeprowadzonych negocjacji z:

- Zakładem Opieki Zdrowotnej REH-MED Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w kwocie 1,00 zł oraz liczbę punktów w ilości 125 000; wynegocjowana wartość oferty: 125 000,00 zł;
- Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii „ALFA", strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w kwocie 0,90 zł oraz liczbę punktów w ilości 138 000; wynegocjowana wartość oferty:124 200,00 zł;
- Izabelą Wenzlaw, strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w kwocie 1,00 zł oraz liczbę punktów w ilości 40 000; wynegocjowana wartość oferty: 40 000,00 zł;
- Alicją Marciniszyn – Łapka, strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w kwocie 0,90 zł oraz liczbę punktów w ilości 23 068; wynegocjowana wartość oferty: 20 761,20 zł.

W wyniku przeprowadzonych negocjacji, protokoły z negocjacji zostały podpisane na łączną wartość 309 961,20 zł (wartość zamówienia wskazana w ogłoszeniu to kwota 309 962,00 zł).

Należy podkreślić, że Odwołująca się podpisała protokół z negocjacji, w którym strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w kwocie 0,90 zł oraz liczbę punktów w ilości 23 068. W konsekwencji Oferent wyraził zgodę na zmianę swojej oferty, w części obejmującej liczbę punktów. Należy przy tym pamiętać, że Pani Alicja Marciniszyn – Łapka była ostatnim oferentem, z którym Komisja konkursowa prowadziła negocjacje, bowiem oferta złożona przez Panią Alicję Marciniszyn – Łapka uzyskała najmniejszą liczbę punktów za kryteria niecenowe.

W ocenie Dyrektora Oddziału, Komisja ustalając kolejność prowadzenia negocjacji z poszczególnymi oferentami, nie naruszyła przepisu § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenie 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.

Po zakończonych negocjacjach, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	KRYTERIA						ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	Decyzja o wybraniu oferty TAK/NIE
	Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ciągłość	Inne	Cena		
Zakład Opieki Zdrowotnej REH-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	39,00	0,00	5,00	6,00	0,00	5,00	**55,00**	**TAK**
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii "ALFA"	25,00	0,00	5,00	6,00	0,00	10,00	**46,00**	**TAK**
Izabela Wenzlaw	23,00	0,00	5,00	6,00	0,00	5,00	**39,00**	**TAK**
Alicja Marciniszyn - Łapka	18,00	0,00	5,00	4,00	0,00	10,00	**37,00**	**TAK**

W dniu 31 sierpnia 2017 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania, poprzez dokonanie wyboru:

1) oferty nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01/4/0405, która została złożona przez Zakład Opieki Zdrowotnej REH-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, na wynegocjowaną wartość 125 000,00 zł;
2) oferty nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01/1/0405, która została złożona przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii „ALFA", na wynegocjowaną wartość 124 200,00 zł;
3) oferty nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01/2/0405, która została złożona przez Izabelę Wenzlaw, na wynegocjowaną wartość 40 000,00 zł;
4) oferty nr 04-17-000213/REH/05/1/05.1310.208.02/01/3/0405, która została złożona przez Alicję Marciniszyn – Łapka, na wynegocjowaną wartość 20 761,20 zł.

Zgodnie z przepisem art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 tej ustawy.*

(1.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kreuje nie tylko uprawnienia świadczeniodawców do wnoszenia środków odwoławczych, ale także określa niezbędne przesłanki determinujące wynik postępowań odwoławczych jak i wynik sądowoadministracyjnej kontroli. Dla uznania skuteczności wniesionych środków odwoławczych konieczne jest bowiem najpierw pozytywne ustalenie,

że w przeprowadzonym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zostały naruszone zasady tegoż postępowania, po czym ustalenie, że naruszenie to spowodowało uszczerbek w interesie prawnym strony. (2.) Obowiązkiem organu, w ramach procedury uruchamianej wskutek wniesienia odwołania, o którym mowa w art. 154 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest weryfikacja w postępowaniu administracyjnym, czy we wcześniejszej nieadministracyjnej fazie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie doznał uszczerbku interes prawny podmiotu powołującego się na naruszenie zasad postępowania. Zakres kontroli jest zatem związany ściśle z pojęciem uszczerbku interesu prawnego, powstałego w wyniku naruszenia przepisów prawa. (3.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza dodatkową przesłankę uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowania, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Oznacza to, że konieczne jest stwierdzenie naruszenia zasad postępowania, które musi naruszać rzeczywiście istniejący interes świadczeniodawcy. [sentencja wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 20 kwietnia 2011 r., wydanego w sprawie prowadzonej pod syg. akt: II GSK 474/10].

W ocenie organu II instancji, dokonana przez Komisję konkursową ocena ofert, została przeprowadzona w zakresie określonym - zgodnie z przepisem art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w oparciu o zasady szczegółowo opisane 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. Z uwagi na fakt, iż oferta złożona przez Panią Alicję Marciniszyn – Łapka uzyskała najmniejszą liczbę punktów za kryteria niecenowe, Pani Alicja Marciniszyn – Łapka była ostatnim oferentem, z którym Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje. Fakt ten miał istotny wpływ na ostatecznie wynegocjowaną liczbę punków, bowiem Komisja może prowadzić negocjacje do wyczerpania wartości zamówienia. W ocenie organu II instancji, negocjacje z Odwołującą się zostały przeprowadzone zgodnie z przepisem § 15 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. Zatem, za nieuzasadniony należy uznać zarzut Odwołującej się, dotyczący przyznania przez Komisję konkursową zbyt małych środków finansowych, w stosunku do ogólnej kwoty zamówienia przyznanej dla gminy Żagań. W tym miejscu należy podkreślić, że świadczenia w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna, były kontraktowane dla obszaru obejmującego łącznie gminy: 0810021 Żagań, 0810054 Małomice, 0810032 Brzeźnica, 0810055 Małomice oraz 0810092 Żagań. Komisja nie prowadziła odrębnie postępowania dla każdej z tych gmin. Świadczenia były kontraktowane dla całego obszaru objętego postępowaniem, tj. dla wszystkich gmin łącznie.

W ocenie organu II instancji, za nieuzasadniony należy również uznać zarzut Odwołującej się, w postaci otrzymania niespełna połowy punktów (połowy środków finansowych), w stosunku do ilości punktów objętych aktualnie jeszcze realizowaną umową. Wartość oferty jaka została ostatecznie wynegocjowana w części niejawnej konkursu ofert, wynikała z jakości oferty złożonej przez Odwołującą się, tj. z proponowanych warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących przedmiot postępowania konkursowego. Gdyby Pani Alicja Marciniszyn – Łapka uzyskała lepszą ocenę za kryteria niecenowe, to najprowdopodobniej nie byłaby ostatnim oferentem, z którym Komisja przeprowadziłaby negocjacje, a tym samym miałaby możliwość wynegocjowania większej liczby punktów. Z uwagi na rankingujący charakter każego postępowania konkursowego, dotychczasowy świadczeniodawca związany umową z Funduszem, nie może mieć pewności – zarówno zawarcia nowej umowy z Zamawiającym, jak i uzyskania dotychczasowej wartości kontraktu.

Organ II instancji podziela ustalenia poczynione w ramach postępowania I – instancyjnego, że Komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 04-17-000213/REH/05/1/ 05.1310. 208.02/01, nie naruszyła zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowania uczciwej konkurencji. Należy podkreślić, że przejawem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców - jest określona w przepisie art. 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych delegacja do wydania przez Prezesa Funduszu dokumentu, określającego przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Ponadto, 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. Naruszeniem tej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Taka sytuacja w badanym postępowaniu konkursowym nie miała miejsca. W przeprowadzonym konkursie ofert obowiązywały te same wymagania, w stosunku do wszystkich biorących udział w konkursie oferentów i tożsame kryteria ocen. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców, jak również nie dokonano ich zmian w toku postępowania. Wszelkie dokumenty związane z postępowaniem udostępniane były oferentom na takich samych zasadach. W konsekwencji, zasada równego traktowania oferentów, nie oznacza, że każdy z oferentów powinien otrzymać kontrakt o takiej samej wartości.

Reasumując, w ocenie organu II instancji, w ramach przeprowadzonego postępowania administacyjnego organ I instancji prawidłowo ustalił, że Komisja konkursowa prawidłowo porównała wszystkie oferty, zarówno w zakresie warunków bezwzględnie ocenianych, jak i warunków dodatkowo ocenianych. Komisja ustalając kolejność prowadzenia negocjacji z poszczególnymi oferentami, nie naruszyła przepisu § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenie 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; a same negocjacje były prowadzone zgodnie z ustalonym rankingiem – aż do wyczerpania wartości zamówienia. W konsekwencji, w ramach zakończonego postępowania konkursowego nie doszło do naruszenia zasad tego postępowania, tj. przepisu prawa, który miałby wpływ na ocenę możliwości zawarcia przez Odwołującą się - umowy o świadczenie usług medycznych. Zatem, nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej się. W tym stanie rzeczy, należało orzec jak w sentencji.

p.o. DYREKTORA
Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Zielonej Górze
Piotr Bromber

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji stronie przysługuje prawo do wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wlkp., za pośrednictwem Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Podgórnej 9B, w terminie 30 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji. Wpis od skargi wynosi 200,00 zł i powinien zostać uiszczony w formie gotówki w kasie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wlkp. lub w formie przelewu na rachunek bankowy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wlkp. Na zasadach określonych w przepisach art. 239 do art. 242 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j.: Dz.U. z 2017 r., poz. 1369 ze zm.) strona może ubiegać się o zwolnienie od kosztów sądowych, a ponadto, na zasadach określonych w przepisach art. 243 do art. 262 wskazanej powyżej ustawy strona może ubiegać się o przyznanie prawa pomocy.

Otrzymują:

1. Alicja Marciniszyn – Łapka, ul. Kolejowa 88, 68-100 Żagań.
2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii "ALFA", ul. Dworcowa 49, 68-100 Żagań.
3. Izabela Wenzlaw, ul. Zielonogórska 24b, 68-113 Brzeźnica.
4. Zakład Opieki Zdrowotnej REH-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Findera 3, 68-100 Żagań.
5. A/a.