

Znak: WO.422.9.2017
WO.RT

Zielona Góra, dnia 07 grudnia 2017 roku

DECYZJA Nr 14/2017/KO**Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze****z dnia 7 grudnia 2017 roku.**

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.), w związku z art. 107 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpatrzeniu odwołania z dnia 29 listopada 2017 r. wniesionego przez Panią Justynę Rogaczewską, prowadzącą działalność leczniczą pod firmą: „Justyna Rogaczewska Zakład Rehabilitacji IRIS”, z siedzibą w Gozdnicy przy ul. Świerczewskiego 30, zwaną dalej „Oferentem”, od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-17-000364/REH/05/1/05.1310.208.02/11, które prowadzone było w trybie rokowań, na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna - na obszarze: 0810011 Gozdnica, 0810044 Iłowa, 0810045 Iłowa i 0810082 Wymiarki, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – **nie uwzględnił odwołania Oferenta.**

UZASADNIENIE

Zarządzeniem Nr 248/2017 z dnia 07 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia postępowania w trybie rokowań na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2017 – 2022, w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie w trybie rokowań, na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze 0810011 Gozdnica, 0810044 Iłowa, 0810045 Iłowa i 0810082 Wymiarki. Postępowanie to prowadzone było pod numerem: 04-17-000364/REH/05/1/05.1310.208.02/11.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań wskazano, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 5 471,00 zł, na okres rozliczeniowy od dnia 1 grudnia 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r., zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania w ramach wskazanego postępowania, określona została na 1 umowę. Wskazano również okres obowiązywania umów: od 1 grudnia 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 zm.),
- 2) 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.),
- 3) 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.),
- 4) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj.: z 2016r., poz. 1146),
- 5) 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 lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiaczką (ze zmianami),
- 6) 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).

Zarządzeniem nr 249/2017 z dnia 07 listopada 2017r. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ powołał komisję do przeprowadzenia przedmiotowych rokowań.

Zamawiający zaprosił do wzięcia udziału w rokowaniach Panią Justynę Rogaczewską, prowadzącą działalność leczniczą pod firmą: „Justyna Rogaczewska Zakład Rehabilitacji IRIS” z siedzibą w Gozdnicy przy ul. Ceramików 30, która przed upływem wyznaczonego terminu złożyła ofertę nr 04-17-000364/REH/05/1/05.1310.208.02/11/1/0405.

W dniu 23 listopada 2017 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania w trybie rokowań, poprzez dokonanie wyboru oferty nr 04-17-000364/REH/05/1/05.1310.208.02/11/1/0405, którą złożyła Pani Justyna Rogaczewska. Rozstrzygnięcie postępowania w trybie rokowań zostało prawidłowo ogłoszone przez Zamawiającego.

Od powyższego rozstrzygnięcia odwołanie w dniu 30 listopada 2017 r. wniósł Oferent - Pani Justyna Rogaczewska, prowadząca działalność leczniczą pod firmą: „Justyna Rogaczewska Zakład Rehabilitacji IRIS” z siedzibą w Gozdnicy. W odwołaniu Oferent podniósł zarzuty:

- nie zaproszenia przez Zamawiającego do rokowań Pani Elżbiety Gliniak, prowadzącej działalność leczniczą pod firmą: „Zdrowie Elżbieta Gliniak” z siedzibą w Iłowej przy ul. Surzyna 5,
- dokonania przez Zamawiającego rozstrzygnięcia postępowania w trybie rokowań, bez przeprowadzenia negocjacji z Oferentem, obejmujących cenę i/lub liczbę świadczeń,

- pominięcia przez Zamawiającego przy ustalaniu wartości zamówienia przepisu § 32 ust. 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj.: z 2016r., poz. 1146),
- ustalenia przez Zamawiającego wartości zamówienia w zaniżonej kwocie, nieadekwatnej do wartości kontraktu zawartego z Panią Elżbietą Gliniak, która została wybrana w zakończonym postępowaniu konkursowym, przeprowadzonym przez Zamawiającego pod nr 04-17-000225/ REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W uzasadnieniu odwołania Oferent wskazał, że w jego ocenie doszło do naruszenia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, a tym samym do naruszenia interesu prawnego Oferenta.

Pismami z dnia 4 grudnia 2017 r. Oferent został zawiadomiony, o przysługującym mu prawie do zapoznania się z aktami sprawy do dnia 7 grudnia 2017 r. w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Zielonej Górze. Z prawa tego Oferent skorzystał - poprzez swojego pełnomocnika Pana Jerzego Rogaczewskiego – w dniu 5 grudnia 2017r. Po przejrzeniu akt postępowania pełnomocnik Oferenta złożył pisemne oświadczenie, że nie udostępniono mu dokumentacji dotyczącej oferenta działającego a tym samym rejonie: Gozdnica - Iłowa – Wymiarki.

Po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez Oferenta – Panią Justynę Rogaczewską, 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).

Odnosząc się do zarzutów podniesionych przez Oferenta, 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 zm.) 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 zm.). 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 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:

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

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

gdzie:

y_c – liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta

C_{NFZ} - cena oczekiwana

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

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

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

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 (-1 pkt),
 - 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. 311c 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”.

Poniżej przedstawiono ocenę punktową, jaką oferenci uzyskali za poszczególne kryteria oceny ofert, w zakończonym postępowaniu konkursowym.

Lp.	Pytanie	Pkt max	Justyna Rogaczewska Zakład Rehabilitacji Iris
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
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

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
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
1.2.1.2	REH_2 Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.	17,000	0,0000
1.2.1.3	REH_2 Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.	4,000	4,0000
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
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
1.2.2.3	REH_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	-1,500	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
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
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
1.2.2.7	REH_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	-0,500	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
1.2.2.9	REH_W Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	-1,000	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
1.2.2.11	REH_W Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.	-2,000	0,0000
1.2.2.12	REH_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	-1,000	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
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
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	0,0000
1.2.3.2	REH_2 Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji.	3,000	0,0000
1.2.3.3	REH_2 Zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń.	2,000	0,0000
1.2.3.4	REH_2 Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń.	3,000	0,0000
1.2.3.5	REH_2 Basen rehabilitacyjny - na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4 m ² 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
1.2.3.6	REH_2 Kriokomora - w lokalizacji.	4,000	0,0000
1.2.3.7	REH_2 Przebiernia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń.	2,000	0,0000
1.2.4	POZOSTAŁE WARUNKI		
1.2.4.1	REH_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	1,000	0,0000
1.2.4.2	REH_W Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	1,000	0,0000
1.2.4.3	REH_W Prowadzenie dokumentacji medycznej	4,000	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
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
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	0,0000
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	2,0000
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
1.6	INNE		
1.6.1	INNE		
1.6.1.1	REH_W Współpraca z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.	2,000	0,0000
		90,000	18,0000

Po dokonaniu szczegółowej analizy oferty złożonej w postępowaniu nr 04-17-000364/REH/05/1/05.1310.208.02/11/1/0405, ranking otwarcia przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	KRYTERIA						LICZBA PUNKTÓW ZA KRYTERIA POZACENOWE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY
	Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ciągłość	Inne	Cena		
Justyna Rogaczewska Zakład Rehabilitacji Iris	16,000	0,000	0,000	2,000	0,000	10,000	18,000	28,000

Z uwagi na nieskorzystanie przez komisję z uprawnienia do przeprowadzenia negocjacji z Oferentem, ranking końcowy przeprowadzonego postępowania w trybie rokowań przedstawiał się tak samo, jak ranking otwarcia.

NAZWA OFERENTA	KRYTERIA						ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	Decyzja o wybraniu oferty TAK/NIE
	Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ciągłość	Inne	Cena		
Justyna Rogaczewska Zakład Rehabilitacji Iris	16,00	0,000	0,000	2,000	0,000	10,000	28,00	TAK

W dniu 23 listopada 2017 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania w trybie rokowań, poprzez dokonanie wyboru oferty nr 04-17000364/REH/05/1/05.1310.208.02/11/1/0405, którą złożyła Pani Justyna Rogaczewska prowadząca działalność leczniczą pod firmą „Justyna Rogaczewska Zakład Rehabilitacji IRIS” z siedzibą w Gozdnicy.

Odnosząc się wprost do zarzutów podnisionych w odwołaniu przez Oferenta – Panią Justynę Rogaczewską, Dyrektor Oddziału wskazuje, co następuje.

Rozpatrując pierwszy z zarzutów podniesionych w odwołaniu przez Oferenta, w postaci nie zaproszenia przez Zamawiającego do rokowań Pani Elżbiety Gliniak, prowadzącej działalność leczniczą pod firmą: „Zdrowie Elżbieta Gliniak” z siedzibą w Iłowej przy ul. Surzyna 5, należy wskazać, że postępowanie w trybie rokowań zostało przeprowadzone na podstawie przepisu art. 154 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisem *w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.*

Niniejsze postępowanie w trybie rokowań zostało ogłoszone, w wyniku uprawnomocnienia się decyzji nr 13/2017/KO Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze z dnia 30 października 2017 roku, którą utrzymano w mocy decyzję nr 11/2017/KO Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze z dnia 6 października 2017 roku. Decyzją nr 11/2017/KO Dyrektor Oddziału uwzględnił odwołanie wniesione przez Panią Justynę Rogaczewską, prowadząca działalność leczniczą pod firmą: „Justyna Rogaczewska Zakład Rehabilitacji IRIS” z siedzibą w Gozdnicy, od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01, które prowadzone było w trybie konkursu ofert, na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna - na obszarze: 0810011 Gozdnica, 0810044 Iłowa, 0810045 Iłowa i 0810082 Wymiarki. Z uwagi na fakt, iż postępowanie nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzone było w celu zawarcia maksymalnie dwóch umów, po uwzględnieniu uprzedniego odwołania Pani Justyny Rogaczewskiej, Dyrektor oddziału zobowiązany był do przeprowadzenia postępowania w trybie rokowań, do którego mógł wyłącznie zaprosić Panią Justynę Rogaczewską. Zatem, za nieuzasadnione i sprzeczne z treścią przepisu art. 154 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, należało uznać zarzut Oferenta, w postaci nie zaproszenia przez Zamawiającego do rokowań Pani Elżbiety Gliniak.

Odnosząc się do drugiego z zarzutów Oferenta, tj. dokonania przez Zamawiającego rozstrzygnięcia postępowania w trybie rokowań, bez przeprowadzenia negocjacji z Oferentem, obejmujących cenę i/lub liczbę świadczeń, należy wskazać, że zgodnie z przepisem art. 142 ust. 6

ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych komisja w części niejawnego 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.

W świetle zacytowanego przepisu art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych komisja prowadząca postępowanie – jest uprawniona, a nie zobowiązana do przeprowadzenia negocjacji, o czym świadczy wyraźnie zwrot, cyt.: „... może przeprowadzić negocjacje z oferentami ...”. Zatem, decyzję o przeprowadzeniu lub nie przeprowadzeniu negocjacji, ustawodawca pozostawił w gestii komisji prowadzącej postępowanie. W tym stanie rzeczy, nie przeprowadzenie negocjacji z Oferentem, nie stanowi naruszenia przepisu art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kolejnym z podniesionych przez Oferenta zarzutów, był zarzut pominięcia przez Zamawiającego przy ustalaniu wartości zamówienia przepisu § 32 ust. 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj.: z 2016r., poz. 1146).

Zgodnie z przepisem § 32 ust. 1 - 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” w przypadku gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe są ustalane corocznie, w terminie do dnia 30 listopada, chyba że strony postanowią inaczej. W tym samym terminie są ustalane warunki finansowania świadczeń w umowie niezawierającej kwoty zobowiązania [ust.1]. Propozycje kwot zobowiązań i warunków finansowania świadczeń, o których mowa w ust. 1, przedstawia świadczeniodawcy dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie do dnia 31 października, chyba że strony postanowią inaczej [ust.2]. Przygotowanie propozycji, o których mowa w ust. 2, oraz ustalenie kwot zobowiązania na następne okresy rozliczeniowe uwzględnia:

- 1) warunki finansowania ustalone na podstawie postępowań w sprawie zawarcia umów, w tym podlegające ocenie w trakcie tych postępowań;
- 2) wysokość kwot zobowiązania oraz realizację świadczeń w bieżącym i poprzednich okresach rozliczeniowych, z uwzględnieniem zmian w umowach, w tym przesunięć między zakresami i rodzajami świadczeń, o których mowa w § 20 i 21;
- 3) zmiany zasobów świadczeniodawców w zakresie zdolności do udzielania określonej liczby świadczeń oraz spełnienia ustalonych wymagań jakościowych wynikających z przepisów odrębnych i ofert złożonych w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy [ust.3].

W świetle zacytowanych przepisów § 32 ust.1 - 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, należy stwierdzić, że mają one zastosowanie w ramach procedury corocznego ustalania wartości zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe, w ramach realizowanych już umów wieloletnich. Przepisy te nie mają zastosowania, do ustalania wartości zamówienia w ramach procedury konkursu ofert / rokowań.

Oferent podniósł również zarzut ustalenia przez Zamawiającego wartości zamówienia w zaniżonej kwocie, nieadekwatnej do wartości kontraktu zawartego z Panią Elżbietą Gliniak,

która została wybrana w zakończonym postępowaniu konkursowym, przeprowadzonym przez Zamawiającego pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Należy podkreślić, że w prawomocnej decyzji nr 13/2017/KO Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze z dnia 30 października 2017 roku, którą uwzględniono uprzednio wniesione odwołanie Pani Justyny Rogaczewskiej, jednocześnie organ II instancji ustalił, że [...] udzielenie odpowiedzi niezgodnych z rzeczywistością przez Panią Elżbietę Gliniak, na pytania ankietowe nr 1.3.2.1 oraz nr 1.4.1.1, nie poprawiły jej pozycji w rankingu otwarcia. Gdyby Pani Elżbieta Gliniak udzieliła - zgodnej z rzeczywistością - udzieliła odpowiedzi „Nie” na oba pytania ankietowe, a tym samym nie uzyskalaby za te odpowiedzi 7 punktów, to i tak nadal pozostawałaby na pierwszym miejscu w rankingu otwarcia. W tym stanie rzeczy, zdaniem organu II instancji, oferta nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01/1/0405, którą złożyła Pani Elżbieta Gliniak, nie podlegała odrzuceniu na podstawie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W konsekwencji, Pani Elżbieta Gliniak mogła zostać wybrana przez Komisję konkursową - do zawarcia umowy z Zamawiającym, bowiem po pomniejszeniu jej punktacji o 7 punktów i tak zostałaby sklasyfikowana na pierwszej pozycji rankingu końcowego. Pierwsza pozycja rankingowa Pani Elżbiety Gliniak, nie ulegałaby zmianie również w sytuacji, gdyby zostały przeprowadzone negocjacje z Panią Justyną Rogaczewską, w trakcie których Pani Justyna Rogaczewska - ewentualnie - obniżyłaby cenę z kwoty 1,00 zł na kwotę 0,90 zł, a więc uzyskalaby dodatkowe 5 punktów - w ramach kryterium „cena”. W takiej sytuacji, Pani Justyna Rogaczewska uzyskalaby w rankingu końcowym 28 punktów i zostałaby sklasyfikowana na drugiej pozycji, dającej możliwość zawarcia umowy z Zamawiającym. Pani Elżbieta Gliniak uzyskalaby w rankingu końcowym 32,5 punkta, a więc więcej niż mogłaby uzyskać Pani Justyna Rogaczewska, gdyby zostały z nią przeprowadzone negocjacje.

W związku z powyższym, Zamawiający nie miał podstaw do odmowy zawarcia umowy z Panią Elżbietą Gliniak, prowadzącą działalność leczniczą pod firmą: „Zdrowie Elżbieta Gliniak” z siedzibą w Iłowej.

Należy również podkreślić, że pierwsze miejsce pani Elżbiety Gliniak w rankingu otwarcia konkursu ofert pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01, miało istotny wpływ na przeprowadzony proces negocjacji ceny i liczby świadczeń. Stosownie bowiem 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.** Zatem, w części niejawnej postępowania konkursowego komisja konkursowa - o ile podejmie decyzję o przeprowadzeniu negocjacji - przeprowadza negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, przy czym kolejność prowadzenia negocjacji ustalana jest przez komisję, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych, która zostaje ustalona w rankingu otwarcia (w ramach części jawnej

postępowania konkursowego). W konsekwencji, negocjacje prowadzone są przez komisję konkursową, aż do wyczerpania wartości zamówienia.

W związku z powyższym, po zawarciu umowy z Panią Elżbietą Gliniak oraz odmowie zawarcia umowy z Panią Katarzyną Kościelniak – Herczakowską, Zamawiający mógł przeznaczyć na rokowania z Panią Justyną Rogaczewską, środki finansowe, które pozostały po przeprowadzeniu negocjacji z Panią Elżbietą Gliniak, przy czym wartość zamówienia w ogłoszonych rokowaniach została dostosowana proporcjonalnie go okresu, jaki pozostał do końca 2017r. W tym stanie rzeczy, zarzut Oferenta należało uznać za nieuzasadniony.

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 sądownoadministracyjnej 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 sygn. akt: II GSK 474/10].

W ocenie Dyrektora Oddziału, przeprowadzone postępowanie dowodowe potwierdziło, że w ramach zakończonego postępowania w trybie rokowań, nie doszło do naruszenia interesu prawnego Oferenta – Pani Justyny Rogaczewskiej.

W tym stanie rzeczy, należało orzec jak w sentencji.

Z upoważnienia Dyrektora
Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Jolanta Krug
Zastępca Dyrektora
Kierownik Wydziału
ds. Służb Mundurowych

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji stronie przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, który należy złożyć Dyrektorowi Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Podgórnej 9B, w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszej decyzji.

Otrzymują:

- 1) Justyna Rogaczewska, prowadząca działalność leczniczą pod firmą: „Justyna Rogaczewska Zakład Rehabilitacji IRIS” z siedzibą w Gozdnicy przy ul. Świerczewskiego 30,
- 2) A/a.

