

Znak: WO.422.9.2017
WO.RT

Zielona Góra, dnia 22 grudnia 2017 r.

DECYZJA Nr 15 /2017/KO**Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze****z dnia 22 grudnia 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 2017 r., poz. 1938 ze zm.), w związku z art. 107 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpoznaniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wniesionego przez Panią Justynę Rogaczewską, prowadzącą działalność leczniczą pod firmą: „Justyna Rogaczewska Zakład Rehabilitacji IRIS” z siedzibą w Gozdnicy, zwaną dalej „Oferentem”, wskutek nie uwzględnienia w I instancji przez Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia odwołania wniesionego od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-17-000364/REH/05/1/05.1310.208.02/01, 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 - **utrzymał w mocy swoją decyzję nr 14/2017/KO z dnia 7 grudnia 2017 r.**

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/05/1/05.1310.208.02/01.

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, 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 śpiączką (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, 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,
- 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.

Pismem 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 w tym samym rejonie: Gozdnicza - Iłowa – Wymiarki.

Decyzją nr 14/2017/KO z dnia 7 grudnia 2017r. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie uwzględnił odwołania z dnia 29 listopada 2017 r. wniesionego przez Oferenta, od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-17-000364/REH/05/1/05.1310.208.02/01, 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 Gozdnicza, 0810044 Iłowa, 0810045 Iłowa i 0810082 Wymiarki.

Pismem z dnia 12 grudnia 2017r. (data wpływu: 14 grudnia 2017r.) Oferent złożył wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, która w I instancji została zakończona wydaniem w dniu 7 grudnia 2017r. decyzji nr 14/2017/KO. W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent podniósł zarzut:

- ustalenia niskiej kwoty zamówienia w ogłoszonych rokowaniach, pomimo niewykorzystania całej wartości zamówienia w konkursie ofert, który prowadzony był pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01,
- braku dialogu Zamawiającego z Oferentem, pomimo potwierdzenia naruszenia interesu Oferenta w zakończonym konkursie ofert, który prowadzony był pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01,
- nierównego traktowania oferentów, wskutek odrzucenia odwołania Oferenta od rozstrzygnięcia rokowań, które prowadzone były pod nr 04-17-000346/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W uzasadnieniu wniosku Oferent wskazał, że Zamawiający przekazał większość środków finansowych w kierunku jednego ze świadczeniodawców, nie biorąc pod uwagę dotychczasowej wieloletniej pracy Oferenta na rzecz pacjentów oraz nikłej różnicy rankingowej. W ocenie

Oferenta, sytuacja ta jest wysoce niesprawiedliwa i wskazuje na faworyzowanie jednego ze świadczeniodawców, z jednoczesnym pomijaniem drugiego świadczeniodawcy. Oferent wskazał także, że decyzja Dyrektora Lubuskiego OW NFZ ogranicza pacjentom Oferenta, dostęp do usług medycznych z zakresu rehabilitacji medycznej. Zdaniem Oferenta, z powodu trwających procedur odwoławczych, pacjenci Oferenta zostali pozbawieni bezpłatnych, gwarantowanych świadczeń medycznych. Oferent podkreślił także, że jego krytyczna sytuacja jest wynikiem błędów popełnionych w pierwszym etapie konkursu ofert, który był prowadzony pod nr 04-17-000225/ REH/05/1/05.1310.208.02/01.

Pismem z dnia 15 grudnia 2017 r. Oferent został zawiadomiony, o przysługującym mu prawie do zapoznania się z aktami sprawy do dnia 20 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 19 grudnia 2017r.

Po rozpoznaniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wniesionego przez Oferenta – 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]. 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.

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 śpiączką (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. 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”.

Poniżej przedstawiono ocenę punktową, jaką Oferent uzyskał za poszczególne kryteria oceny ofert, w zakończonym postępowaniu w trybie rokowań.

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 Przebieralnia 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 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 podniesionych we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Oferenta – Justynę Rogaczewską, Dyrektor Oddziału wskazuje, co następuje.

W pierwszej kolejności należy podkreślić, 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.*

Postępowanie w trybie rokowań zostało ogłoszone, w wyniku uprawomocnienia 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, prowadzącą 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.

W treści wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent podniósł zarzut, ustalenia przez Zamawiającego niskiej kwoty zamówienia w ogłoszonych rokowaniach, pomimo niewykorzystania całej wartości zamówienia w konkursie ofert, który prowadzony był pod nr 04-17-000225/REH/ 05/1/05.1310.208.02/01.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia 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, które to postępowanie prowadzone było pod numerem: 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01, Zamawiający wskazał wartość zamówienia na kwotę 44 005,00 zł, na okres rozliczeniowy od dnia 1 października 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r. Natomiast maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogły zostać zawarte po przeprowadzeniu

postępowania w ramach wskazanego postępowania konkursowego, określona została na 2 umowy. W postępowaniu tym Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje, z:

- 1) Panią Elżbietą Gliniak, strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w kwocie 0,89 zł oraz liczbę punktów w ilości 31 000, wynegocjowana wartość oferty: 27 590,00 zł [na okres od dnia 1 października 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r.],
- 2) Panią Katarzyną Kościelniak – Herczkowską, strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w kwocie 0,90 zł oraz liczbę punktów w ilości 18 238, wynegocjowana wartość oferty: 16 414,20 zł [na okres od dnia 1 października 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r.].

W wyniku przeprowadzonych negocjacji, protokoły z negocjacji zostały podpisane na łączną wartość 44 004,20 zł (wartość zamówienia wskazana w ogłoszeniu to kwota 44 005,00 zł).

Wskutek uprawomocnienia się decyzji nr 13/2017/KO Dyrektora Lubuskiego OW NFZ z dnia 30 października 2017 roku, którą utrzymano w mocy decyzję nr 11/2017/KO Dyrektora Lubuskiego OW NFZ z dnia 6 października 2017 roku, ostatecznie Zamawiający:

- zawarł umowę z Panią Elżbietą Gliniak, przy czym z uwagi na okres rozpatrywania odwołania od konkursu ofert, a następnie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wartość umowy do końca 2017r. obejmowała kwotę 9 196,37 zł [na okres od dnia 1 grudnia 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r.],
- odmówił zawarcia umowy z Panią Katarzyną Kościelniak – Herczkowską, z którą w trakcie postępowania konkursowego Komisja wynegocjowała wartość oferty na kwotę 16 414,20 zł [na okres od dnia 1 października 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r.], co oznacza, że miesięczna wartość świadczeń została wynegocjowana na kwotę 5 471,40 zł.

Zatem, po zawarciu umowy z Panią Elżbietą Gliniak na kwotę 9 196,37 zł [wartość na okres od dnia 1 grudnia 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r.], Zamawiający mógł ogłosić rokowania, w których wartość zamówienia na okres od dnia 1 grudnia 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r. wynosiła 5 471,00 zł. Wartość tego zamówienia w ogłoszonych rokowaniach to jednomiesięczna wartość świadczeń, które w konkursie ofert zostały przez Komisję wynegocjowane z Panią Katarzyną Kościelniak – Herczkowską [wynegocjowana wartość świadczeń na okres od dnia 1 października 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r. to kwota 16 414,20 zł, co oznacza, że wartość jednomiesięczna to kwota 5 471,40 zł]. W tym stanie rzeczy, należy stwierdzić, że w ogłoszonych rokowaniach wartość zamówienia stanowiła kwota, na jaką po zawarciu umowy z Panią Elżbietą Gliniak, pozostały niezabezpieczone jeszcze świadczenia na okres od dnia 1 grudnia 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r.

Reasumując, w konkursie ofert, który prowadzony był pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01 Zamawiający ustalił wartość zamówienia na kwotę 44 005,00 zł, obejmującą świadczenia oszacowane na okres od dnia 1 października 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r., co oznacza, że miesięczna wartość świadczeń, które zamierzał zakontraktować Zamawiający to kwota 14 668,33 zł. Miesięczna wartość umowy podpisanej z Panią Elżbietą Gliniak – to kwota 9 196,37 zł, zatem, na rokowania Zamawiający mógł przeznaczyć kwotę 5 471,96 zł (14 668,33 zł - 9 196,37 zł = 5 471,96 zł). W tym stanie rzeczy, zarzut Oferenta o ustaleniu przez Zamawiającego niskiej kwoty zamówienia w ogłoszonych rokowaniach, pomimo niewykorzystania całej wartości zamówienia w konkursie ofert, który prowadzony był pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01, w ocenie organu II instancji, należało uznać za nieuzasadniony.

Na marginesie należy przypomnieć, że w okresie rozpatrywania odwołania (decyzja nr 11/2017/KO) od rozstrzygnięcia konkursu ofert, a następnie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy (decyzja nr 13/2017/KO), Zamawiający przedłużył dotychczasowe umowy z Panią Elżbietą Gliniak oraz z Panią Justyną Rogaczewską, na okres od dnia 1 października 2017r. do dnia 30 listopada 2017r. W konsekwencji tego przedłużenia Zamawiający zwiększył wartość:

- umowy nr 0405/2011/17/II, która była realizowana przez Panią Elżbietę Gliniak, o kwotę 11 998,00 zł,
- umowy nr 0405/2013/17/II, która była realizowana przez Panią Justynę Rogaczewską, o kwotę 16 002,00 zł.

Za nieuzasadniony organ II instancji uznał również zarzut Oferenta, w postaci braku dialogu Zamawiającego z Oferentem, pomimo potwierdzenia naruszenia interesu Oferenta w zakończonym konkursie ofert, który prowadzony był pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W tym miejscu organ II instancji wskazuje, że w prawomocnych już decyzjach nr 11/2017/KO z dnia 6 października 2017 roku oraz nr 13/2017/KO z dnia 30 października 2017 roku, Dyrektor Oddziału dokonał szczegółowej kontroli konkursu ofert, który prowadzony był pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01, czego skutkiem była odmowa zawarcia umowy z Katarzyną Kościelniak – Herczkowską oraz zaproszenie Oferenta Justyny Rogaczewskiej do rokowań, które zostały przeprowadzone pod nr 04-17-000364/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Jak powyżej już wyjaśniono, w ogłoszonych rokowaniach wartość zamówienia została oszacowana proporcjonalnie do okresu jaki pozostał do końca 2017r., a więc została oszacowana na okres jednego miesiąca. Poza przewidzianym ustawowo postępowaniem w trybie konkursu ofert oraz w trybie rokowań, jako procedurą zmierzającą do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Zamawiający nie prowadzi jakiegokolwiek dialogu z oferentami. Podjęcie takiego dialogu, stanowiłoby naruszenie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W ocenie organu II instancji, nieuzasadniony jest również zarzut Oferenta, w postaci nierównego traktowania oferentów, wskutek odrzucenia odwołania Oferenta od rozstrzygnięcia rokowań. 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

w trybie rokowań - nie miała i nie mogła mieć miejsca, bowiem do rokowań został zaproszony i uczestniczył w nich wyłącznie jeden Oferent, tj. Pani Justyna Rogaczewska.

W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Oferent wskazał również na nikłą różnicę rankingową, jaka ostatecznie została ustalona dla zakończonego postępowania konkursowego, które prowadzone było pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W prawomocnych już decyzjach nr 11/2017/KO z dnia 6 października 2017 roku oraz nr 13/2017/KO z dnia 30 października 2017 roku, Dyrektor Oddziału dokonał szczegółowej kontroli konkursu ofert, który prowadzony był pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

W wyniku przeprowadzonej kontroli postępowania konkursowego organ ustalił, że w rankingu otwarcia Pani Elżbieta Gliniak powinna otrzymać 32,5 pkt; Pani Justyna Rogaczewska powinna otrzymać 23 pkt; Pani Katarzyna Kościelniak – Herczkowska powinna otrzymać 22 pkt. Zatem, Pani Justyna Rogaczewska powinna zostać zaproszona do negocjacji – jako drugi oferent. W ramach negocjacji Pani Justyna Rogaczewska mogła jeszcze uzyskać dodatkowe 5 pkt – za obniżenie ceny jednostkowej za punkt do kwoty 0,90 zł. Zatem, w konkursie ofert, który prowadzony był pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01, Pani Justyna Rogaczewska mogła maksymalnie uzyskać 28 punktów; przy 32,5 punktach, które uzyskała Pani Elżbieta Gliniak. W tym stanie rzeczy, trudno jest podzielić twierdzenia Oferenta – o nikłej różnicy rankingowej.

Organ II instancji nie zgadza się również z twierdzeniami Oferenta, że w zakończonym postępowaniu w trybie rokowań nie wzięto pod uwagę, dotychczasowej wieloletniej pracy Oferenta na rzecz pacjentów.

Na podstawie przepisu art. 5 pkt 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pod pojęciem ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – należy rozumieć organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów.

Definicja ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przedstawiona w zacytowanym powyżej art. 5 pkt 2a, została wprowadzona przez ustawodawcę ustawą z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r., poz. 1290). W uzasadnieniu do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wskazano, cyt.: *W celu zagwarantowania wysokiej jakości i kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej proponuje się określić na poziomie ustawy pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które służą m.in. jako kryteria oceny ofert złożonych w postępowaniu o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (por. art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Zdecydowano się na wyszczególnienie podstawowych elementów*

wskazanych pojęć, które muszą być brane pod uwagę podczas procesu porównania ofert według wskazanych kryteriów. Wyliczenie nie ma jednak charakteru enumeratywnego (wskazuje elementy, które należy brać pod uwagę, dokonując oceny ofert pod względem ciągłości i kompleksowości), co umożliwia Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanemu dalej „Prezesem NFZ”, stosowanie także dodatkowych wyznaczników ww. kryteriów. [...] Kryterium ciągłości należy natomiast rozumieć jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego oraz ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń. Kryterium to premiować będzie oferty świadczeniodawców realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Każda zmiana świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Oferta nowego świadczeniodawcy powinna zatem być lepsza, aby uzasadniać związane z jej wyborem zmiany. [...] Zdefiniowanie pojęcia ciągłości udzielanych świadczeń (kryterium oceny ofert) będzie premiować (w ograniczonym zakresie) oferty świadczeniodawców realizujących już umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym zmuszać świadczeniodawców niefunkcjonujących jeszcze na rynku wewnętrznym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do przedstawienia oferty bardziej konkurencyjnej pod względem pozostałych kryteriów od ofert świadczeniodawców już na tym rynku funkcjonujących. Kryterium to w pewnym zakresie ogranicza swobodny dostęp nowych podmiotów do wskazanego rynku, jednakże tego rynku dla nich nie zamyka, a jedynie wymaga przedstawienia lepszej oferty, tj. np. do podwyższenia jakości udzielania świadczeń, bądź – przy zachowaniu tego samego poziomu jakości – obniżenia ceny świadczenia.

W związku z powyższym, ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest jednym z ustawowych kryteriów oceny ofert, które ostatecznie zostało zdefiniowane przez ustawodawcę w ustawie z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Zarówno z treści samej definicji, jak i z uzasadnienia do projektu przedmiotowej ustawy jednoznacznie wynika, że wolą ustawodawcy jest premiowanie oferty świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów. W związku z powyższym, kryterium „ciągłość” wprowadzone przez ustawodawcę w przepisie art. 148 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jako jedno z kryteriów przyjętych przez ustawodawcę do porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zostało prawidłowo zastosowane przez Komisję, która za to kryterium przyznała Oferentowi 2 punkty. Na marginesie należy wskazać, że w konkursie ofert, który prowadzony był pod nr 04-17-000225/REH/05/1/05.1310.208.02/01, Pani Justyna Rogaczewska również otrzymała 2 punkty – za kryterium ciągłość.

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., wydany 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 ramach rozstrzygnięcia tego postępowania Oferent – Pani Justyna Rogaczewska została wybrana do zawarcia umowy z Zamawiającym, na całą wartość zamówienia wskazanego w ogłoszeniu o rokowaniach. W tym stanie rzeczy, za nieuzasadnione należało uznać twierdzenia Oferenta, że decyzja Dyrektora Lubuskiego OW NFZ ogranicza pacjentom Oferenta, dostęp do usług medycznych z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej. Trudny do zaakceptowania jest również pogląd Oferenta, że z powodu trwających procedur odwoławczych, pacjenci Oferenta zostali pozbawieni bezpłatnych, gwarantowanych świadczeń medycznych. W tym miejscu należy podkreślić, że decyzja Oferenta - wybranego do zawarcia umowy na całą wartość zamówienia w zakończonych rokowaniach, o wniesieniu odwołania od tego wyboru, została podjęta przez Panią Justynę Rogaczewską, która tym samym zainicjowała proces odwoławczy, który w świetle przepisu art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – wstrzymał zawarcie umowy z Zamawiającym. Decyzję nr 14/2017/KO organ I instancji wydał w najkrótszym z możliwych terminów, tj. w ciągu 7 dni licząc od dnia otrzymania odwołania Pani Justyny Rogaczewskiej.

W tym stanie rzeczy, należało orzec jak w sentencji.

Na podstawie przepisu art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niniejsza decyzja podlega natychmiastowemu wykonaniu.

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.

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

Otrzymują:

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