

WO-DP.422.21.2018

Poznań, dnia 01. 02. 2018

DECYZJA NR 19/2018/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1257), po rozpatrzeniu sprawy z odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, na obszarze powiatu międzychodzkiego, wniesionych odrębnie przez Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej MED-LAMP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sierakowie przy ul. Wronieckiej 3a oraz przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Międzychodzie przy ul. Szpitalnej 10 postanawiam:

- 1. Oddalić w całości odwołanie wniesione przez: Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej MED-LAMP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.**
- 2. Oddalić w całości odwołanie wniesione przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Międzychodzie**

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 31 października 2017 r. roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, na obszarze powiatu międzychodzkiego.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 478 945,95 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 3 (słownie: trzy).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 5 stycznia 2018 roku, nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy.

Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

W przypadku wniesienia odwołania przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie naruszenia interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W dniu 12 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej MED-LAMP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sierakowie przy ul. Wronieckiej 3a (zwanego dalej: „Odwołującym MED – LAMP Sp z o.o.”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący wskazuje, że jego oferta (nr 15-18-000046[05/1]-0003/00) nie została unieważniona, nie została odrzucona i nie została wybrana. Podmiot prosi o weryfikację przeliczeń punktowych i wnosi o ponowne rozpatrzenie sprawy. Odwołujący nadmienia, iż pacjenci z gminy Sieraków, na terenie której się znajduje, do najbliższego gabinetu rehabilitacji mają około 17 km, co jest wielkim utrudnieniem w przypadku chorych ze schorzeniami narządu ruchu. Pozytywne rozstrzygnięcie oferty Odwołującego umożliwi, jego zdaniem, świadczeniobiorcom korzystanie z rehabilitacji w pobliżu miejsca zamieszkania.

W dniu 15 stycznia 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie, mieszczący się w Międzychodzie przy ul. Szpitalnej 10 dotyczące

rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania 15-18000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna, Odwołujący Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie wskazuje, że z udostępnionej do wglądu w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu, w dniu 12.01.2018 r. dokumentacji ofertowej dotyczącej przedmiotowego postępowania wynika, iż oferent Paulina Bojarska w złożonej ofercie nie wykazała zapewnienia transportu sanitarnego. Kolejny zarzut dotyczy faktu, iż liczba punktów rozliczeniowych przyznanych oferentowi Paulina Bojarska w stosunku do zadeklarowanych w ofercie godzin pracy personelu medycznego (w przeliczeniu na etaty) jest proporcjonalnie zbyt wysoka do liczby punktów rozliczeniowych, które zostały przyznane Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie w stosunku do godzin pracy personelu medycznego jakie zadeklarował (w przeliczeniu na etaty). Odwołujący podnosi ponadto, że w formularzu ofertowym, w części VIII – Ankieta, rozdział 2.1 PERSONEL, pkt. 2.1.1. „Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu” Oferent Paulina Bojarska udzieliła odpowiedzi „TAK” – mimo, iż w ofercie przedstawiła przy zadeklarowanym 10 godzinnym czasie pracy pracowni, każdego dnia tygodnia dwóch magistrów, z czego przynajmniej jeden nie spełnia kryterium: 5-letnie doświadczenie jako fizjoterapeuta. Odwołujący Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie wnioskuję o odrzucenie kontroferty oraz o zmianę odpowiedzi w jego własnej ankiecie, przy pozycji „Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu” z „NIE” na „TAK”. Udzielona w tej kwestii odpowiedź „NIE” wynikała, zdaniem Odwołującego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie, z udzielonej telefonicznie interpretacji członka komisji. Podmiot zadeklarował również czas pracy pracowni fizjoterapii co najmniej 10 godzin dziennie w przypadku zwiększenia jemu liczby punktów w wyniku wniesionego przez niego odwołania.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołujących, pismem z dnia 17 stycznia 2018 roku, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołujących oraz podmiot, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej „k.p.a.”, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. W dniu 22 stycznia 2018 roku z uprawnienia tego skorzystał Odwołujący Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie, natomiast w dniu 29 stycznia 2018 r. Odwołujący MED-LAMP Sp. z o.o. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o zakreśleniu terminu wydania decyzji na dzień 1 lutego 2018 r.

W dniu 25.01.2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Odwołującego - Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie. Odwołujący, poza potwierdzeniem tez z jego poprzedniego pisma, podnosi, iż kontroferent Paulina Bojarska nie wykazała podwykonawców oraz złożyła oświadczenie, iż usługi w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej będzie wykonywać samodzielnie, bez zlecenia podwykonawcom. Dopiero później, w wyniku wezwania przez Komisję do złożenia wyjaśnień z dnia 18.12.2018r., oferent Paulina Bojarska przedstawiła umowę o świadczenie usług w zakresie transportu datowaną na dzień

15.10.2017 r. Zdaniem Odwołującego, wątpliwe jest, czy rzeczywiście w tej dacie owa umowa była zawarta. Podmiot wskazuje również na możliwość sporządzenia wspomnianej umowy w pośpiechu, ze względu na jej „prostotę” – nie ma w niej zawartych stawek za wykonanie usługi.

W dniu 31.01.2018 r. do Oddziału Funduszu wpłynęło pismo MED-LAMP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Odwołujący wnosi, iż nie wzywano go do negocjacji, mimo że spełniał warunki wymagane formalnie. Kolejny argument związany jest z faktem, że Odwołujący nie miał możliwości uwzględnić w ofercie udzielenia świadczeń przez magistra fizykoterapii z wieloletnią praktyką, gdyż magister fizykoterapii zadeklarował się do pracy tylko w momencie podpisania umowy z NFZ, nie wyrażając zgody do podania danych w ofercie. Co więcej, ilość punktów przyznanych ofercie jest zdaniem Odwołującego MED-LAMP Sp. z o.o. bardzo krzywdząca, ogranicza bowiem w znacznym stopniu możliwości podpisania umów nowym Oferentem (przyznaje się dużo punktów zakładom, które mają ciągłość umów z NFZ). Odwołujący podnosi ponadto, że punktacja nie uwzględnia „przybliżenia w/w usług pacjentom” – nie biorąc pod uwagę odległości od najbliższej placówki udzielającej świadczenia rehabilitacyjne.

Na skutek złożonych przez Odwołujących odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 5 stycznia 2018 roku postępowania numer 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu międzychodzkiego Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołujących w złożonych przez nich odwołaniach. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu numer 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu międzychodzkiego, złożone zostały 3 oferty:

1. Oferta Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie, ul. Szpitalna 10, 64-400 Międzychód.
2. Oferta Pauliny Bojarskiej, ul. Sadowa 18; 62-002 Suchy Las.
3. Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej MED-LAMP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Wroniecka 3a; 64-410 Sieraków.

Postępowanie nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 roku, poz. 1522 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.);

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1980), zmienionego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2017 roku, poz. 44);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146);
- zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką;
- Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami;

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

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała Odwołującego MED-LAMP Sp. z o.o. do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia ofert. Wszystkie braki formalne zostały uzupełnione. Ostatecznie komisja konkursowa nie odrzuciła żadnej ze złożonych w tym postępowaniu ofert. Żadna z ofert nie została także wycofana ani pozostawiona bez rozpoznania. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 3 (słownie: trzech) oferentów, jako spełniających wymagane warunki formalne związane z konstrukcją samej oferty.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez pozostałych oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania nie skutkował dokonaniem wyboru ofert, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 5 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu:
 - tak (12,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- specjalista w dziedzinie fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu:
 - tak (17,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej:

- tak (4,00 punkty);
- nie (brak punktów);

b) kategorii „Sprzęt i aparatura medyczna”:

- urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- wanna do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- basen rehabilitacyjny – na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”:
 - tak (6,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- kriokomora – w lokalizacji:
 - tak (4,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

c) kategorii „Pozostałe warunki”:

- w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

d) kategorii „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna”:

- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:

- tak (1,00 punkt ujemny);
- nie (brak punktów ujemnych);
- braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów);
- obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udaremnienie lub utrudnianie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (1,00 punkt ujemny);

- nie (brak punktów ujemnych);
- co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (0,50 punktu ujemnego);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- e) kategorii „Pozostałe warunki – część wspólna”:
 - Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - prowadzenie:
 - indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawienia recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (2,00 punkty);
 - elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku (4,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
- 2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „sposób wykonania umowy”:
 - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- 3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w
 - a) kategorii „Dostępność-harmonogram czasu pracy”:

- czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie:
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
- b) kategorii „Dostępność – część wspólna”:
 - odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
- c) Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w kategorii „ciągłość – część wspólna”:
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy:
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (2,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (4,00 punkty);
 - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (6,00 punktów);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
 - rozliczenie:
 - ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (6,00 punktów);
 - ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (3,00 punkty);
 - żadne z powyższych (brak punktów);
- d) Inne warunki oceniane – część wspólna:
 - współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- e) Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 punktów).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:

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

- liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

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

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

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

W tym miejscu podkreślić należy, iż w celu ujednolicenia postępowania oraz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji, komisja konkursowa prowadząc postępowanie numer 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podjęła między innymi następującą uchwałę:

I. W dniu 6 grudnia 2017 r. komisja konkursowa podjęła uchwałę w przedmiocie oceny ofert w zakresie zapewnienia przez oferentów transportu sanitarnego. Komisja przyjęła iż w przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej „tak” w cz. VIII. Ankiety, rozdziale 5.1 Warunki wymagane, punkcie 5.1.1 W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania oraz braku możliwości potwierdzenia zapewnienia przez Oferenta transportu sanitarnego, Komisja na podstawie § 17 ust.1. 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.) wezwie Oferenta do złożenia wyjaśnień w przedmiocie sprawy. Ponadto Komisja konkursowa ustaliła, że wyjaśnienia Oferenta zostaną przyjęte, gdy:

- Oferent przedłoży wyjaśnienia w przedmiocie samodzielnego zapewnienia usług w tym zakresie i na potwierdzenie powyższego faktu przedłoży dokument potwierdzający dysponowanie własnym środkiem transportu sanitarnego,
- Oferent udokumentuje fakt posiadania umowy lub zobowiązania podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem na dzień otwarcia oferty przedkładając dokument: kopię zawartej umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązania podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia

kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu.

Ponadto ustalono, że Komisja uwzględniając zaistniałe okoliczności przyjmie wyjaśnienia Oferenta również w sytuacji złożenia do oferty oświadczenia o samodzielnym wykonywaniu usług bez udziału podwykonawców.

W dniu 5 stycznia 2018 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu międzychodzkiego, wskazano 2 (słownie: dwóch) oferentów:

- Paulina Bojarska, ul. Sadowa 18; 62-002 Suchy Las,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie, ul. Szpitalna 10; 64-400 Międzychód.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej MED-LAMP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sierakowie przy ul. Wronieckiej 3a, z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania o wyborze ofert, które uzyskały większą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
		ZA OFERTĘ CENOWA	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1..Paulina Bojarska	Pracownia fizjoterapii w Międzychodzie 64-400 Międzychód ul. Czynu 600-lecia 4a	5,95	18,5	0,00	6,00	4,00	0,00	34,45	TAK
2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie	Pracownia rehabilitacji 64-400 Międzychód ul. Szpitalna 10	5,00	6,00	0,00	0,00	6,00	0,00	17,00	TAK
3. Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej MED-LAMP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Fizjoterapia Ambulatoryjna 64-410 Sieraków; ul. Wroniecka 3a	5,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,00	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 cz. 2 „Fizjoterapia ambulatoryjna” i Tabeli nr 2 „Rehabilitacja lecznicza – część wspólna” załącznika nr 5 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Oferent: Paulina Bojarska, ul. Sadowa 18; Suchy Las:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

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

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

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, **za co otrzymał 3 punkty**,
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty**,
- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, **za co nie otrzymał punktów**,

- nie zadeklarował kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
 - zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**
- 3) kategoria 3. Pozostałe warunki:
- nie zadeklarował, że w jednostce jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii, **za co nie otrzymał punktów,**
- 4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
 - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej – stwierdzone tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**

- nie zadeklarował udaremniania lub utrudniania kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, **za co nie otrzymał punktów ujemnych,**
- zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego, **za co otrzymał 0,5 punktu ujemnego,**
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, **za co nie otrzymał punktów ujemnych.**

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

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

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

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

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

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

- nie zadeklarował rozliczanie ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty albo ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów**,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, **za co nie otrzymał punktów**.

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

W zakresie kryterium ceny oferent Paulina Bojarska zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,03 zł za co otrzymał **5,95 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwolujący: MED-LAMP Sp z o.o.

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel:

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

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

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował zestawu do kriostymulacji prądem prądu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów**,
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna

być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, **za co nie otrzymał punktów**,

- nie zadeklarował kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów**,
- zadeklarował przebieralnię dla świadczeniobiorców stanowiącą odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty**,

3) kategoria 3. Pozostałe warunki:

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

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

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

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

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

5) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

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

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

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

III. W zakresie kryterium dostępność:

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

IV. W zakresie kryterium ciągłość:

- nie zadeklarował procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował rozliczania ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty albo ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów,**

V. W zakresie innych warunków:

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

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

W zakresie kryterium ceny Odwołująca zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymała **5,00 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie

I. W zakresie kryterium jakość:

6) kategoria 1. Personel:

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

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

- nie zadeklarował urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**
- zadeklarował wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji, **za co otrzymał 3 punkty,**
- zadeklarował zestaw do kriostymulacji parami azotu – w miejscu udzielania świadczeń, **za co otrzymał 2 punkty,**

- nie zadeklarował sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował basenu rehabilitacyjnego, gdzie na jedną osobę korzystającą z basenu powinno przypadać co najmniej 4m² lustra wody w basenie, dla osób dorosłych niecka basenowa powinna być napełniona wodą na głębokość od 0,7m do 1,35m, a dla dzieci od 0,6m do 0,75 m – w lokalizacji, zwany dalej „basenem rehabilitacyjnym”, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował kriokomory – w lokalizacji, **za co nie otrzymał punktów,**
- nie zadeklarował przebieralni dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń, **za co nie otrzymał punktów,**

8) kategoria 3. Pozostałe warunki:

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

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

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

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

10) kategoria 5. Pozostałe warunki – część wspólna:

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

VI. W zakresie kryterium kompleksowość:

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

VII. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, jednak w wyniku złożonych wyjaśnień w trakcie postępowania konkursowego nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 zmieniono odpowiedź co wiązało się z **nie otrzymaniem punktów.**

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

VIII. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, **za co otrzymał 6 punktów**,
- nie zadeklarował rozliczanie ponad 90% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty albo ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, **za co nie otrzymał punktów**,

IX. W zakresie innych warunków:

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

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

W zakresie kryterium ceny Odwołujący Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł za co otrzymał **5 punktów** w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji powoływanych przez Odwołującego MED-LAMP Sp z o.o. w treści złożonego odwołania oraz w piśmie z dnia 30 stycznia 2018 r. dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania o nr 15-18-000046/REH/05/1/05.05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu międzychodzkiego wyjaśnić należy co następuje.

W kwestii podnoszonej przez Odwołującego MED-LAMP Sp. z o.o., związanej z ograniczonym dostępem do usług medycznych z fizjoterapii dla pacjentów Gminy Sieraków wskazać należy, iż przedmiotem postępowania nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 było wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na terenie powiatu międzychodzkiego. Liczba punktów, która zakwalifikowała ostatnią ofertę do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, wyczerpała limit zamówienia. Oferent, którego oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę oceny **17 punktów** został wskazany w rankingu końcowym jako ostatni, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. Dokonanie wyboru powyższej oferty wyczerpało środki

finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania dla powiatu międzychodzkiego – zgodnie z ogłoszeniem konkursu ofert, a także wyczerpało liczbę umów przewidzianych do zawarcia w wyniku rozstrzygnięcia postępowania. O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała punktacja jaką oferta Odwołującego MED-LAMP Sp. z o.o. otrzymała za wszystkie kryteria oceny ofert.

Trudno także przychylić się do argumentu Odwołującego MED-LAMP Sp. z o.o. związanego z brakiem szansy uzyskania kontraktu, jako nowego podmiotu, z uwagi na przywileje podmiotów kontynuujących umowy z NFZ tj. możliwością uzyskania dodatkowych punktów z tytułu kryterium ciągłości. Maksymalną liczbę punktów jaką oferent mógł uzyskać za kryterium ciągłości to **6 punktów**. Spełnienie warunków dodatkowo ocenianych określonych w rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert pozwalają uzyskać punkty wystarczające do zajęcia w rankingu końcowym miejsca kwalifikującego do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nadto wskazać należy, że nowemu podmiotowi nie zostaną odjęte punkty z tytułu przeprowadzonej kontroli przez Płatnika tj. maksymalnie 12 punktów.

W kwestii nieprzeprowadzenia negocjacji z Odwołującym MED-LAMP Sp. z o.o. wyjaśnienia wymaga, że przyjęty przez komisję konkursową sposób postępowania wynikał z ekonomiki prowadzenia czynności w trakcie postępowania. W tym miejscu wskazać należy, iż zgodnie z brzmieniem art. 142 ust. 7 Ustawy komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Ponadto zgodnie z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu, 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 zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia. Oferentów kwalifikuje się licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów nieocenowych. Zaznaczyć należy, że negocjacje przeprowadza się w sytuacji, gdy w ich wyniku zmiana ceny za jednostkę rozliczeniową spowodowałaby zmianę miejsca w rankingu końcowym a tym samym miałyby wpływ na wybór oferty.

Podnieść należy, że komisja konkursowa nie miała obowiązku prowadzenia negocjacji ze wszystkim oferentami, którzy zostali zakwalifikowani do części niejawnego postępowania konkursowego. Zwrócić należy uwagę, iż zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji powoływanych przez Odwołującego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie w treści złożonego odwołania oraz w piśmie z dnia 25.01.2018r. dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania o nr 15-18-000046/REH/05/1/05.05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 kwietnia 2018 roku do dnia 31 marca 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu międzychodzkiego wyjaśnić należy, co następuje.

W odniesieniu do opisywanego wymogu zapewnienia transportu sanitarnego, oferent Paulina Bojarska pismem z dnia 18.12.2017r. została wezwana przez komisję konkursową do przedłożenia wyjaśnień w przedmiocie zapewnienia transportu sanitarnego, w szczególności dokumentu potwierdzającego spełnienie w/w warunku. Oferent pismem z dnia 18.12.2017 r. przekazał w załączeniu

zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jeśli oferent zleca realizację transportu sanitarnego podwykonawcy, to powinien przedłożyć kopię zawartej umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem Oddziału Funduszu.

Dodatkowo, stosownie do postanowień uchwały z dnia 6 grudnia 2017 r., podjętej w przedmiocie oceny ofert w zakresie zapewnienia przez oferentów transportu sanitarnego, Komisja konkursowa ustaliła, że wyjaśnienia Oferenta zostaną przyjęte, gdy:

- Oferent przedłoży wyjaśnienia w przedmiocie samodzielnego zapewnienia usług w tym zakresie i na potwierdzenie powyższego faktu przedłoży dokument potwierdzający dysponowanie własnym środkiem transportu sanitarnego,
- Oferent udokumentuje fakt posiadania umowy lub zobowiązania podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem na dzień otwarcia oferty przedkładając dokument: kopię zawartej umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązania podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu.

Biorąc pod uwagę powyższe uregulowania, komisja konkursowa uznała, że Oferent Paulina Bojarska uczyniła zadość obowiązkowi uzupełnienia wyjaśnień w przedmiocie zapewnienia transportu sanitarnego.

Odnosząc się do zarzutu podniesionego przez Odwołującego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, w przedmiocie liczby punktów rozliczeniowych i wartości kontraktu przyznanego oferentowi Paulina Bojarska przyjąć należy co następuje.

Na wstępie podkreślić należy, iż wszyscy oferenci, w tym Odwołujący, którzy zostali wskazani w rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, jako ci z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna podpisali Protokół końcowy z negocjacji akceptując liczbę świadczeń opieki zdrowotnej i cenę za jednostkę rozliczeniową świadczenia. Protokół ten zawiera jednocześnie zapis mówiący o tym, że zawiera on ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji, co do liczby i ceny. Uwzględniając powyższe podkreślić należy, iż oferenci ci zgodzili się na zaproponowane warunki finansowe obejmujące liczbę jednostek rozliczeniowych, ich cenę, jak i ogólną wartość kontraktu. Nie można zgodzić się zatem z argumentami Odwołującego, kwestionującego wartość umowy, na którą wcześniej wyraził zgodę, podpisując Protokół końcowy z negocjacji.

Odnosząc się do zarzutu niespełnienia przez Paulinę Bojarską kryterium rankingującego w postaci zadeklarowania magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu, wyjaśnienia wymaga, iż komisja konkursowa zweryfikowała spełnienie powyższego kryterium na podstawie zasobów potencjału wykorzystywanych przez świadczeniodawców w ramach zawartych umów z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane będące w posiadaniu WOW NFZ pozwoliły stwierdzić, że zadeklarowany przez Oferenta Paulinę Bojarską p. Radosław Sikorski posiada co najmniej 5 – letnie doświadczenie jako fizjoterapeuta. Co więcej, z analizy liczby godzin pracy Radosława Sikorskiego oraz harmonogramu pracy pozostałych fizjoterapeutów wynika, że Radosław Sikorski poza czasem pracy

przeznaczonym na nadzór dysponuje wymiarem czasowym w wysokości 25h 03min, co z kolei pozwala jemu na spełnienie omawianego kryterium rankingującego.

Z kolei rezultatem przeprowadzonej analogicznie analizy czasu pracy personelu zadeklarowanego przez Odwołującego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie, jest sytuacja, w której Hannie Kacprzak – Piechockiej po odliczeniu czasu pracy przeznaczonego na nadzór, pozostaje 17h 00min, w związku z czym jest to czas niewystarczający do spełnienia warunku rankingującego „Magister fizjoterapii z co najmniej 5 – letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta – równoważnik co najmniej ½ etatu.”

W związku z powyższym niemożliwym było uzyskanie punktów za spełnienie tego warunku.

Wskazać należy, że przyznanie punktów za spełnienie kryterium dostępności tj. „czas pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie” nie spowodowałoby zmiany miejsca Odwołującego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w rankingu końcowym ani zmiany wartości zaproponowanych środków na realizację umowy.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionych odwołaniach nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 o zawarcie umów w rodzaju w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze powiatu międzychodzkiego. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000046/REH/05/1/05.1310.208.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołujących wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora w/w NFZ
Z ca. Dyrektora
ds. Ekon. i Finansowych
Magdalena Kuczyńska

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017, poz. 1938) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 5 egz.:

1. Paulina Bojarska, ul. Sadowa 18; 62-002 Suchy Las
2. Odwołujący - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie
ul. Szpitalna 10; 64-400 Międzychód
3. Odwołujący – Niepubliczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej MED.-LAMP
Spółka z o.o., ul. Wroniecka 2a; 64-410 Sieraków
4. a/a.
5. a/a

Oprac. Michał Szała

