

Decyzja nr 3/2024/KO
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 11 czerwca 2024 roku.

Na podstawie art. 154 ust. 2, 3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2024 r., poz. 146), w związku z art. 107 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpatrzeniu odwołania z dnia 23 maja 2024 roku (data wpływu: 28 maja 2024 roku) wniesionego przez Joannę Wichlińską - Pakirską prowadzącą Centrum Zdrowia MEDI SENS dr Joanna Wichlińska - Pakirska z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą przy ul. Zielona 2, zwaną dalej „Oferentem” lub „Odwołującym się”, od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-24-000228/AOS/02/1/01, które prowadzone było w trybie konkursu ofert, na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2024 - 2029, w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie: logopedii wraz z zakresem skojarzonym, na obszarze: powiat gorzowski (kod: 0801), Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa p.o. Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze - na podstawie pełnomocnictwa nr 38/2024, **oddala odwołanie.**

UZASADNIENIE

Zarządzeniem nr 9/2024 Dyrektora LOW NFZ z dnia 11 stycznia 2024 r. (ze zmianami) w sprawie ogłoszenia konkursów ofert, na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2024 - 2029, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze ogłosił m.in. postępowanie w trybie konkursu ofert, na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie: logopedii wraz z zakresem skojarzonym, na obszarze: powiat gorzowski, kod: 0801. Postępowanie to prowadzone było pod numerem: 04-24-000228/AOS/02/1/01. Wydając to zarządzenie, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze działał z upoważnienia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, że wartość zamówienia wynosiła nie więcej niż 29 199,82 zł, na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2024 r. do dnia 31 grudnia 2024 r., zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania, określona została na maksymalnie 1 (jedną) umowę. Wskazano również okres obowiązywania umowy: od 1 lipca 2024 r. do 30 czerwca 2029 r.

Postępowanie konkursowe prowadzone było w oparciu o przepisy:

- 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2024 r., poz. 146),
- 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 799),
- 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j.: Dz.U. z 2016 r., poz. 357 ze zm.),
- 4) 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 r., poz. 1372 ze zm.),
- 5) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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 2020 r., poz. 1858),
- 6) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1194 ze zm.),
- 7) zarządzenia Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.),
- 8) 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 zm.).

Postępowanie konkursowe prowadziła Komisja konkursowa, która została powołana zarządzeniem Nr 10/2024 Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze z dnia 11 stycznia 2024 roku w sprawie powołania komisji do przeprowadzenia konkursów ofert na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2024 - 2029, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zmianami). Wydając to zarządzenie, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze działał z upoważnienia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach ogłoszonego postępowania oferty złożyli:

- Anna Kurpiel z siedzibą w (66-470) Kostrzynie nad Odrą, ul. Wyszyńskiego 23 (oferta nr 04-24-000228/AOS/02/1/01/1/0402);
- Joanna Wichlińska - Pakirska prowadząca Centrum Zdrowia MEDI SENS dr Joanna Wichlińska - Pakirska z siedzibą w (66-470) Kostrzynie nad Odrą, ul. Zielona 2 (oferta nr 04-24-000228/AOS/02/1/01/2/0402).

Obie oferty zostały złożone w terminie, wyznaczonym przez Zamawiającego.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja konkursowa ustaliła, że obie oferty spełniają warunki bezwzględnie wymagane. W konsekwencji, Komisja nie odrzuciła żadnej ze złożonych ofert.

Do części niejawnej postępowania konkursowego Komisja zakwalifikowała:

- Annę Kurpiel z siedzibą w (66-470) Kostrzynie nad Odrą, ul. Wyszyńskiego 23 (oferta nr 04-24-000228/AOS/02/1/01/1/0402);
- Joannę Wichlińską - Pakirską prowadzącą Centrum Zdrowia MEDI SENS dr Joanna Wichlińska - Pakirska z siedzibą w (66-470) Kostrzynie nad Odrą, ul. Zielona 2 (oferta nr 04-24-000228/AOS/02/1/01/2/0402).

W dniu 23 maja 2024 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 04-24-000228/AOS/02/1/01, poprzez dokonanie wyboru:

- oferty nr 04-24-000228/AOS/02/1/01/1/0402, złożonej przez Annę Kurpiel z siedzibą w (66-470) Kostrzynie nad Odrą, ul. Wyszyńskiego 23.

Od rozstrzygnięcia konkursu ofert w dniu 28 maja 2024 r. (data wpływu) odwołanie wniósł oferent Joanna Wichlińska - Pakirska prowadzącą Centrum Zdrowia MEDI SENS dr Joanna Wichlińska - Pakirska z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą. Odwołanie zostało wniesione w ustawowym terminie. Odwołujący się składając odwołanie od rozstrzygnięcia konkursu, zaskarżył je w całości.

W odwołaniu Oferent - podniósł następujące zarzuty:

- sprowadzenia kryterium „jakość” do oceny wyłącznie kompetencji personelu (w zakresie surdologopedii lub neurologopedii), bez rozpatrzenia kryterium „jakość” w oparciu o kryterium wykazu zasobów i porównania tego kryterium z kryterium jakości, wskazanym przez równoległych oferentów, czy też kryterium dostępności w rozumieniu harmonogramu planowanych przyjęć poradni logopedycznej;
- nie zawarcia w ogłoszeniu o konkursie ofert - wagi kryteriów przyjętych w ramach ogłoszonego postępowania konkursowego, a także nie wskazania elementów pomocniczych w ocenie spełnienia kryterium „jakość” z załącznika l.p. 55, przy czym przyjęcie elementów pomocniczych do oceny wagi punktowej tego kryterium, wynika z jego treści, gdzie została zawarta alternatywa rozłączna, dopuszczająca jednocześnie bądź odrębne oferowanie usług surdologopedii oraz neurologopedii.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty, Oferent wniósł o ponowne rozpatrzenie jego oferty.

Pismami z dnia 29 maja 2024 r. strony niniejszego postępowania administracyjnego, tj. Odwołujący się oraz wybrany w rozstrzygnięciu oferent, zostali zawiadomieni, o przysługującym im prawie do zapoznania się z aktami sprawy, jak również o prawie wypowiedzenia się - co do zebranych dowodów i materiałów oraz złożonych żądań.

Z prawa do zapoznania się z aktami prowadzonego postępowania administracyjnego, w tym z dokumentacją z zakończonego konkursu ofert, skorzystał Odwołujący się w dniu 4 czerwca 2024 roku. W dniu 5 czerwca 2024 roku Odwołujący się złożył pismo, stanowiące uzupełnienie do jego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. W piśmie stanowiącym uzupełnienie do odwołania, wskazano na treść art. 18 ust. 1 w zw. z art. 61 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023r., poz. 1692). Odwołujący się z ostrożności podniósł zarzut, że kontroferent - na dzień zawarcia umowy - może nie spełniać obowiązków wynikających z art. 18 ust. 1 w zw. z art. 61 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Ponadto, Odwołujący się nie wskazał, że dysponuje rejestracją online oraz stroną www., które mają bezpośredni wpływ na jakość świadczonych usług oraz na ich dostępność. Odwołujący się wskazał również, że zróżnicowanie oferentów w oparciu o zasadę

ciągłości i przypisanie tej cesze wagi 23 punktów, w rzeczywistości całkowicie eliminuje konkurencyjność oferentów w konkursie i powoduje pozorność postępowania konkursowego.

W wyniku wszczęcia niniejszego postępowania administracyjnego, Organ włączył do akt tego postępowania - pełne akta postępowania konkursowego, które prowadzone było pod nr 04-24-000228/AOS/02/1/01, w tym m.in. wszystkie złożone oferty, całą korespondencję prowadzoną przez Komisję konkursową z oferentami (wezwania, zawiadomienie, oświadczenia, wyjaśnienia) oraz protokoł z przeprowadzonego postępowania konkursowego. Organ poinformował o tych działaniach strony - pismami z dnia 29 maja 2024 r.

Po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez oferenta Joannę Wichlińską - Pakirską prowadzącą Centrum Zdrowia MEDI SENS dr Joanna Wichlińska - Pakirska, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego postępowanie prowadzi Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze, zwany dalej „Organem” lub „Prezesem Funduszu”, 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 Prezesa 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 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia (ust. 2). Po rozpatrzeniu odwołania Prezes 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 Funduszu (ust. 3). Decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna. Świadczeniodawcy przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego (ust. 4). Stronami postępowania, o którym mowa w ust. 1-4, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1, oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ust. 6a). 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 Prezes Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy (ust. 7).

Szczegółowe warunki wymagane od oferentów oraz warunki udzielania świadczeń, objętych przedmiotem postępowania, ustalone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia

06 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz w zarządzeniu nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (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.

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 konkursowym.

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 2 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 Specjalista w dziedzinie surdologopedii lub neurologopedii - 100% czasu pracy poradni.
- tak (26 punktów),
 - nie (0 punktów).

2. Cena:

Cena - obliczona zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert (maksymalnie 5 punktów). 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 x C NFZ

Cmin - 0,9 x 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

Część Wspólna:

I. Jakość -Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości stwierdzone w okresie ostatnich 36 miesięcy poprzedzających dzień ogłoszenia postępowania). Maksymalna suma punktów ujemnych: 32.

1. Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie (jedna odpowiedź do wyboru):
 - tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej - (5 punktów ujemnych),
 - tylko na podstawie kontroli (3 punkty ujemne),
 - żadne z powyższych (0 punktów).
2. Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie (jedna odpowiedź do wyboru):
 - tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej - (5 punktów ujemnych),
 - tylko na podstawie kontroli (3 punkty ujemne),
 - żadne z powyższych (0 punktów).
3. Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2 punkty ujemne),
 - nie (0 punktów).
4. Nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, 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 (2 punkty ujemne),
 - nie (0 punktów).

5. Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2 punkty ujemne),
 - nie (0 punktów).
6. Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2 punkty ujemne),
 - nie (0 punktów).
7. Niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1 punkt ujemny),
 - nie (0 punktów).
8. Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2 punkty ujemne),
 - nie (0 punktów).
9. Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2 punkty ujemne),
 - nie (0 punktów).
10. Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
 - tak (4 punkty ujemne),
 - nie (0 punktów).
11. Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (3 punkty ujemne),
 - nie (0 punktów).
12. Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2 punkty ujemne),
 - nie (0 punktów).

III. Jakość - pozostałe warunki. Maksymalna suma punktów: 7.

1. Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (2 punkty),
 - nie (0 punktów).
2. Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych:
 - tak (2 punkty),
 - nie (0 punktów).

3. Świadczeniodawca prowadzi historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.
- tak (3 punkty),
 - nie (0 punktów).

IV. Kompleksowość. Maksymalna suma punktów: 26.

1. Realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego:
- tak (2 punkty),
 - nie (0 punktów).
2. Realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.
- tak (8 punktów),
 - nie (0 punktów).
3. Realizacja (jedna odpowiedź do wyboru):
- realizacja profilu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z wykazem wydanym na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy o świadczeniach – odpowiadającego poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania - (8 punktów);
 - realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie odpowiadającym: poradom specjalistycznym, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach, udzielanym w poradni przyszpitalnej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania - (6 punktów);
 - nie (0 punktów).
4. Realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844) (jedna odpowiedź do wyboru):
- dotyczy realizacji od 1 do 3 programów lekowych - (4 punkty);
 - dotyczy realizacji od 4 do 6 programów lekowych - (6 punkty);
 - dotyczy realizacji od 7 i więcej programów lekowych - (8 punkty);
 - żadne z powyższych - (0 punktów).

V. Dostępność. Maksymalna suma punktów: 11.

1. Czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi (jedna odpowiedź do wyboru):
 - czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi od 12 godzin do 24 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin - (4 punkty);
 - czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin - (6 punkty);
 - czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin - (8 punktów);
 - żadne z powyższych - (0 punktów).
2. Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (1 punkt),
 - nie (0 punktów).
3. Odrębna aplikacja służąca realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady:
 - tak (2 punkty),
 - nie (0 punktów).

VI. Ciągłość. Maksymalna suma punktów: 23.

1. W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń:
 - tak (13 punktów),
 - nie (0 punktów).
2. W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (jedna odpowiedź do wyboru):
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 5 lat – (7 punktów),
 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 10 lat – (10 punktów),
 - żadne z powyższych - (0 punktów).

VII. Inne. Maksymalna suma punktów: 2.

1. Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.:

- tak (2 punkty),
- nie (0 punktów).

Za kryteria pozacenowe oferent maksymalnie mógł uzyskać 95 punktów i 5 punktów za kryterium „cena”, przy czym za wskazanie w ofercie ceny oczekiwanej (1,63 zł) oferent mógł uzyskać 2,5 punkta, a za obniżenie ceny o 10 % w stosunku do ceny oczekiwanej - kolejne 2,5 punkta.

W oparciu o opisane powyżej kryteria cenowe i pozacenowe, Komisja konkursowa dokonała indywidualnej oceny każdej z ofert złożonych w ramach postępowania konkursowego nr 04-24-000228/AOS/02/1/01.

Anna Kurpiel z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą, ul. Wyszyńskiego 23:

Kryterium „jakość” - maksymalna suma punktów 33; oferent nie uzyskał żadnych punktów.

Kryterium „kompleksowość” - maksymalna suma punktów: 26; oferent uzyskał 2 punkty za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytanie:

- realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, oferent uzyskał 2 punkty.

Kryterium „dostępność” - maksymalna suma punktów: 11; oferent uzyskał 5 punktów za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytania:

- czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynoszący od 12 godzin do 24 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin, oferent uzyskał 4 punkty,
- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń, oferent uzyskał 1 punkt.

Kryterium „ciągłość” - maksymalna suma punktów: 23; oferent uzyskał 23 punkty, za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytania:

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, oferent uzyskał 13 punktów,

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oferent uzyskał 10 punktów.

Kryterium „inne” - maksymalna suma punktów: 2; oferent nie uzyskał żadnych punktów.

Kryterium „cena” - maksymalna suma punktów: 5; oferent uzyskał 2,5 punkta, ponieważ zaproponował cenę wskazaną przez Zamawiającego - jako cena oczekiwana.

Joanna Wichlińska - Pakirska prowadząca Centrum Zdrowia MEDI SENS dr Joanna Wichlińska - Pakirska z siedzibą w Kostrzynie nad Odrą, ul. Zielona 2:

Kryterium „jakość” - maksymalna suma punktów 33; oferent uzyskał 3 punkty za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytanie:

- świadczeniodawca prowadzi historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, oferent uzyskał 3 punkty.

Kryterium „kompleksowość” - maksymalna suma punktów: 26; oferent uzyskał 2 punkty za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytanie:

- realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego, oferent uzyskał 2 punkty.

Kryterium „dostępność” - maksymalna suma punktów: 11; oferent uzyskał 5 punktów za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytania:

- czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynoszący od 12 godzin do 24 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin, oferent uzyskał 4 punkty,
- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń, oferent uzyskał 1 punkt,
- odrębna aplikacja służąca realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, oferent uzyskał 2 punkty.

Kryterium „ciągłość” - maksymalna suma punktów: 23; oferent nie uzyskał żadnych punktów.

Kryterium „inne” - maksymalna suma punktów: 2; oferent nie uzyskał żadnych punktów.

Kryterium „cena” - maksymalna suma punktów: 5; oferent uzyskał 2,5 punkta, ponieważ zaproponował cenę wskazaną przez Zamawiającego - jako cena oczekiwana.

W oparciu o opisane powyżej kryteria cenowe i pozacenowe, Komisja konkursowa dokonała indywidualnej oceny każdej z ofert złożonych w ramach postępowania konkursowego nr 04-24-000228/AOS/02/1/01. Zdaniem Organu, ocena dokonana przez Komisję konkursową, jest prawidłowa. Po dokonaniu szczegółowej analizy ofert, zgodnie z treścią zapytań ofertowych w zakresie logopedia, Komisja sporządziła ranking otwarcia. Poniższa tabela przedstawia ocenę ofert zawartą w tym rankingu:

Nazwa oferenta	Kryteria						Liczba punktów za kryteria pozacenowe	Łączna liczba punktów oceny
	Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ciągłość	Inne	Cena		
Anna Kurpiel	0,00	2,00	5,00	23,00	0,00	2,50	30,00	32,50
Centrum Medyczne MEDI SENS dr Joanna Wichlińska-Pakirska	3,00	2,00	7,00	0,00	0,00	2,50	12,00	14,50

Zgodnie z przepisem art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Komisja w części niejawnego konkursu ofert nie skorzystała z przysługującego jej prawa do przeprowadzenia negocjacji z oferentami, w celu ustalenia:

- 1/ liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz
- 2/ ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Stosownie do treści § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy - *do negocjacji kwalifikuje się oferentów w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych.*

W złożonych ofertach każdy z obu oferentów zaproponował cenę oczekiwaną, za co trzymał 2,5 punkta. Wskutek - ewentualnego - obniżenia ceny w ramach negocjacji, tj. o 10 % w stosunku do ceny oczekiwanej, każdy z oferentów mógłby uzyskać dodatkowe 2,5 punkta. Oferenci nie zostali zaproszeni do negocjacji, z uwagi na dużą różnicę w łącznej liczbie uzyskanych punktów pozacenowych - w rankingu otwarcia:

- Anna Kurpiel: 30,00 punktów,
- Centrum Medyczne MEDI SENS Joanna Wichlińska-Pakirska: 12,00 punktów.

Przeprowadzenie negocjacji nie miało już wpływu na klasyfikację w rankingu końcowym.

Zdaniem Organu, Komisja konkursowa dokonała prawidłowej oceny obu ofert - w oparciu o kryteria cenowe i pozacenowe. Poniższa tabela przedstawia ranking końcowy:

Nazwa oferenta	Ocena oferty						Łączna liczba punktów oceny	Status pozycji oferty **	Decyzja o wybraniu ofert
	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów								
	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem			
Anna Kurpiel	0,00	2,00	5,00	23,00	0,00	30,00	32,50	D	TAK
Centrum Medyczne MEDI SENS dr Joanna Wichlińska- Pakirska	3,00	2,00	7,00	0,00	0,00	12,00	14,50	D	NIE

**Status pozycji oferty

D - nie zaproszono do negocjacji

W odwołaniu Oferent podniósł zarzut naruszenia zasad postępowania konkursowego, poprzez sprowadzenie kryterium „jakość” do oceny wyłącznie kompetencji personelu (w zakresie surdologopedii lub neurologopedii), bez rozpatrzenia kryterium „jakość” w oparciu o kryterium wykazu zasobów i porównania tego kryterium z kryterium jakości, wskazanym przez równoległych oferentów, czy też kryterium dostępności w rozumieniu harmonogramu planowanych przyjęć poradni logopedycznej. Ponadto, Skarżąca podniosła również zarzut, nie zawarcia w ogłoszeniu o konkursie ofert - wagi kryteriów przyjętych w ramach ogłoszonego postępowania konkursowego, a także nie wskazania elementów pomocniczych w ocenie spełnienia kryterium „jakość” z załącznika l.p. 55, przy czym przyjęcie elementów pomocniczych do oceny wagi punktowej tego kryterium, wynika z jego treści, gdzie została zawarta alternatywa rozłączna, dopuszczająca jednocześnie bądź odrębne oferowanie usług surdologopedii oraz neurologopedii.

Zgodnie z przepisem 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.

Kryteria wyboru ofert zostały określone - na podstawie dyspozycji ustawowej (art. 148 ust. 3) - 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. Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością punktową - w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określony został w załączniku nr 2 do przedmiotowego rozporządzenia. Komisja konkursowa dokonała oceny warunków kryterialnych, zgodnie z przepisami rozporządzenia kryterialnego, które w załączniku nr 2 (lp. 55) pod kryterium „jakość” wskazuje do oceny personel, w postaci specjalisty w dziedzinie surdologopedii lub neurologopedii - w wymiarze 100% czasu pracy poradni.

- tak (26 punktów),
- nie (0 punktów).

W zakończonym postępowaniu konkursowym, Komisja porównała obie oferty w zakresie wszystkich ustawowych kryteriów, wskazanych w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oceniając spełnienie warunków każdego z kryteriów, Komisja przypisała im wartość punktową. Należy podkreślić, że równe traktowanie w opartym na zasadzie konkurencji postępowaniu, w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powiązane jest z dokonaną w sprawie oceną ofert świadczeniodawców oraz występujących relacji pomiędzy tymi ocenami, przy czym istotne znaczenie ma porównanie i ocena oferty świadczeniodawcy, który złożył środek odwoławczy oraz świadczeniodawcy, który został wybrany do udzielania świadczeń. W ramach prowadzonego postępowania administracyjnego, Organ nie tylko porównał oceny ofert obu świadczeniodawców, ale przede wszystkim skonfrontował oceny uzyskane przez każdego z oferentów - z treścią jego oferty. Zatem, za nieuzasadnione należy uznać zarzuty odwołującej się, dotyczące nieprawidłowego porównania ofert, w oparciu o warunki kryterialne.

Organ nie zgadza się z zarzutem Odwołującego się, że ogłoszenie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie zawiera wagi kryteriów przyjętych w ramach konkursu ofert. Ogłoszenie postępowania konkursowego o numerze 04-24-000228/AOS/02/1/01, zawiera wszystkie elementy wskazane w art. 139 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które zostały uszczegółowione w § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 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. Wskazane akty prawne nie przewidują wskazania - bliżej nieokreślonej przez Odwołującą się - wagi kryteriów.

W uzupełnieniu odwołania Oferent wskazał na treść przepisów art. 18 ust. 1 w zw. z art. 61 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023r., poz. 1692). Z ostrożności Skarżący podniósł zarzut, że kontroferent - na dzień zawarcia umowy - może nie spełniać obowiązków wynikających z przepisu art. 18 ust. 1 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Zgodnie z przepisem art. 18 ust. 1 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta - *podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z Funduszem na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach jest obowiązany do posiadania wewnętrznego systemu, który składa się z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, w celu zapobieżenia wystąpieniu zdarzeń niepożądanych.*

Na podstawie przepisu art. 61 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta - *podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 18, jest obowiązany do utworzenia wewnętrznego systemu do dnia 30 czerwca 2024 r.*

W przepisie art. 2 pkt 3 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta - ustawodawca wskazał, że podmiot wykonujący działalność leczniczą to podmiot w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W ocenie Organu, podniesiony przez Odwołującego się - z ostrożności - zarzut, że kontroferent - na dzień zawarcia umowy - może nie spełniać obowiązków wynikających

z przepisu art. 18 ust. 1 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, jest nieuzasadniony. Przede wszystkim, z treści przepisu art. 18 ust. 1 jednoznacznie wynika, że jest on skierowany do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a więc do świadczeniodawców, o których mowa w art. 5 pkt 41 lit. a) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Na podstawie przepisu art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniodawca [to]:

- a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
- b) osoba fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
- c) (treść uchylona),
- d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne,
- e) podmiot udzielający opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2022 r. poz. 1873 oraz z 2023 r. poz. 1234 i 1972).

Oferent Anna Kurpiel nie jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą, a więc nie jest świadczeniodawcą opisanym w art. 5 pkt 41 lit. a) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z treści złożonej oferty jednoznacznie wynika, że Anna Kurpiel prowadzi działalność w zakresie logopedii, na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Zatem, oferent Anna Kurpiel jest świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. b) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a więc jest osobą, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej. Obowiązki wynikające z przepisu art. 18 ust. 1 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta - nie zostały skierowane do świadczeniodawców wskazanych w przepisie art. 5 pkt 41 lit. b) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a więc do osób, które nabyły fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielają ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej. Natomiast, obowiązki te są skierowane do świadczeniodawców wskazanych w przepisie art. 5 pkt 41 lit. a) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a więc do osób prowadzących działalność leczniczą - jako podmioty wykonujące działalność leczniczą.

W ocenie Organu, na Komisji konkursowej nie ciążył obowiązek w postaci dokonania ustaleń, czy oferent Anna Kurpiel spełnia warunki opisane w przepisie art. 18 ust. 1 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, bowiem:

- oferent Anna Kurpiel nie jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą, czyli przepis ten nie ma do niej zastosowania,
- termin do spełnienia warunków opisanych w tym przepisie, został ustalony do dnia 30 czerwca 2024 roku, a więc już po rozstrzygnięciu konkursu ofert.

Organ nie zgadza się również z zarzutem Odwołującego się, że różnicowanie oferentów w oparciu o kryterium „ciągłość” i przypisanie temu kryterium wagi 23 punktów, w rzeczywistości

całkowicie eliminuje konkurencyjność oferentów w konkursie i powoduje pozorność postępowania konkursowego.

W pierwszej kolejności należy przypomnieć, że kryterium „ciągłość” - jest kryterium ustawowym, które zostało wskazane w przepisie art. 148 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na podstawie dyspozycji ustawowej wyrażonej w przepisie art. 148 ust. 3 w/w ustawy, Minister Zdrowia określił szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, co znalazło swój wyraz w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zamawiający ogłaszając i prowadząc postępowanie konkursowe, zobowiązany był do stosowania ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Realizacja na podstawie umowy przez oferenta - w dniu złożenia oferty - procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach kontraktowanego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie konkursowe, oceniana jest w ramach kryterium „ciągłość”, o którym mowa w art. 148 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy podkreślić, że 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.

W uzasadnieniu do ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013r., poz. 1290) wskazano, że kryterium ciągłości należy 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.

Kryterium to, uwzględnia dobro pacjentów, którego znaczenie nakazuje w ograniczonym zakresie uprzywilejowanie świadczeniodawców, zainteresowanych zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, już świadczących te usługi. Kryterium to nie dyskryminuje przy tym oferentów działających na rynku usług medycznych. Szansą na wejście nowych podmiotów na rynek medyczny, jest obniżenie ceny i podwyższenie jakości udzielanego świadczenia. W przeciwnym przypadku, zważając na dobro, jakim jest zdrowie pacjenta, nie ma potrzeby zmiany oferenta. Kryterium ciągłości nie jest kryterium wyłącznym, decydującym o wyborze oferty, lecz preferencją usprawiedliwioną dobrem pacjentów. Kryterium to premiuje oferty świadczeniodawców realizujących już 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. Zmiana taka zaburza realizowane procesy leczenia i wywołuje niepotrzebny stres u pacjentów. Zaznaczyć przy tym trzeba, że przyznanie dodatkowych punktów za realizację umowy o udzielanie świadczeń ze względu na spełnienie kryterium ciągłości, a więc u dotychczasowego świadczeniodawcy, znajduje swoje uzasadnienie w Konstytucji RP i w wynikającym z art. 68 prawie do ochrony zdrowia. Uwzględniając wynikające z art. 32 Konstytucji RP, prawo do równego traktowania przez władze publiczne, ustawodawca gwarantuje pacjentom możliwość kontynuacji leczenia u dotychczasowego świadczeniodawcy, o ile zostanie wybrany do zawarcia umowy. Ocena kryterium ciągłości wymaga zatem wyłącznie ustalenia, czy w dniu złożenia oferty (w toczącym się postępowaniu) zainteresowany zawarciem umowy o świadczenie opieki zdrowotnej realizował takie świadczenia na podstawie umowy (uprzednio już zawartej) [por. wyroki NSA z dnia 2 lutego 2017 r., sygn. akt II GSK 5488/16, z dnia 22 października 2018 r., sygn. II GSK 1217/18 i z dnia 11 grudnia 2018 r., sygn. II GSK 1756/18 oraz wyrok WSA w Bydgoszczy z dnia 3 grudnia 2018 r., sygn. akt II SA/Bd 770/18, wyrok WSA w Gliwicach z dnia 26 lutego 2018 r., sygn. akt IV SA/Gl 1073/17, wyrok WSA w Gdańsku z dnia 8 marca 2018 r., sygn. akt III SA/Gd 984/17, a także powołane w tych wyrokach orzecznictwo, dostępne na stronie internetowej - www.orzeczenia.nsa.gov.pl].

W uzasadnieniu wyroku z dnia 2 lutego 2017 r., który został wydany w sprawie pod sygn. akt: II GSK 5488/16, Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, że cel kryterium „ciągłości” wiąże się z ograniczeniem ryzyka 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. Zatem ma na uwadze dobro pacjentów. Wagę tego interesu pacjentów trzeba uznać za proporcjonalną do pewnego uprzywilejowania świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej już świadczących te usługi.

Każda zmiana świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Zatem, oferta nowego świadczeniodawcy powinna być lepsza, aby uzasadniać związane z jej wyborem zmiany, w tym przerwanie procesów leczenia pacjentów u dotychczasowego świadczeniodawcy. Kryterium „ciągłość” wpływa nie tylko na bezpieczeństwo realizacji świadczeń, ale także na jakość ich udzielania. Tak sformułowane kryterium zmusza bowiem nowych świadczeniodawców do przedstawienia ofert lepszych w pozostałych kryteriach (w tym np. jakości) od oferty świadczeniodawcy już realizującego umowę.

Oferenci, którzy otrzymują punkty za kryterium „ciągłość”, a więc oferenci (świadczeniodawcy) posiadający dotychczas umowę z Funduszem, jednocześnie automatycznie podlegają ocenie w zakresie kryterium „jakość” - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości. Kryterium to zostało opisane w Tabeli nr 2 pkt I załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Za to kryterium oferent mógł otrzymać punkty ujemne maksymalnie w wysokości -32 (minus trzydzieści dwa). Zatem, dotychczasowy świadczeniodawca z jednej strony może otrzymać maksymalnie +23 (plus dwadzieścia trzy) punkty za kryterium „ciągłość”, zaś z drugiej strony może jednocześnie otrzymać punkty ujemne za kryterium „jakość” - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, w wymiarze maksymalnie -32 (minus trzydzieści dwa) punktów. W konsekwencji, Odwołujący się (jako nowy podmiot) - nie otrzymując punktów za kryterium „ciągłość”, jednocześnie nie otrzymał punktów

ujemnych, w zakresie oceny kryterium „jakość” - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, za które można było otrzymać maksymalnie minus 32 punkty.

W ocenie Organu, Komisja konkursowa w sposób prawidłowy oceniła ofertę Anny Kurpiel, zarówno w zakresie kryterium „ciągłość”, jak i w zakresie kryterium „jakość” - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości.

Odwołujący się podniósł również zarzut, że jego kontroferent nie wykazał, że dysponuje rejestracją online. Odnosząc się do tego zarzutu Organ wskazuje, że zapewnienie odrębnej aplikacji służącej bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym wskazaniem terminu porady, nie stanowi warunku bezwzględnie wymaganego, a jedynie kryterium dodatkowo oceniane (warunek kryterialny).

W rozporządzeniu z dnia 06 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które zostało wydane na podstawie delegacji art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Minister Zdrowia określił w załączniku nr 1 (l.p. 55) wykaz oraz warunki świadczeń gwarantowanych z zakresu logopedii. Należy podkreślić, że przedmiotowy wykaz warunków bezwzględnie wymaganych, nie zawiera warunku w postaci rejestracji online. Zatem, nie jest to warunek bezwzględnie wymagany, podlegający badaniu, w ramach obowiązku określonego w art. 142 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki bezwzględnie wymagane do realizacji świadczeń gwarantowanych, mają charakter katalogu zamkniętego.

W odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.3.1.1.:

- oferent Anna Kurpiel udzieliła odpowiedzi „Nie”, za co nie uzyskała 2 punktów w ramach kryterium „dostępność”,
- Odwołująca się udzieliła odpowiedzi „Tak”, za co uzyskała 2 punkty w ramach kryterium „dostępność”.

W ocenie Organu, Komisja konkursowa w sposób prawidłowy postąpiła, nie przyznając oferentowi Annie Kurpiel 2 punktów w ramach kryterium „dostępność”, bowiem oferent ten nie posiadał odrębnej aplikacji, służącej zapewnieniu bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym wskazaniem terminu porady.

Organ nie zgadza się również zarzutem Skarżącej, że jej kontroferent nie wykazał, że dysponuje stroną internetową (www.). W ramach zakończonego postępowania konkursowego, Zamawiający nie wymagał od oferentów prowadzenia strony internetowej. Prowadzenie strony internetowej nie stanowiło również warunku dodatkowo ocenianego (kryterialnego).

Zgodnie z przepisem art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 tej ustawy. (1.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kreuje nie tylko uprawnienia świadczeniodawców do wnoszenia środków odwoławczych, ale także określa niezbędne przesłanki determinujące wynik postępowań odwoławczych jak i wynik*

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

Celem postępowania, o którym mowa w art. 152 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), jest weryfikacja rozstrzygnięcia konkursu pod kątem ewentualnego naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania konkursowego, które mogło skutkować naruszeniem interesu prawnego odwołującego się. Do uszczerbku w interesie prawnym odwołującego się, wyznaczającego zakres kontroli administracyjnej rozstrzygnięcia konkursowego, może dojść wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń. Oznacza to, że konieczne jest stwierdzenie naruszenia zasad postępowania, które musi naruszać rzeczywiście istniejący interes świadczeniodawcy, a posiadanie interesu prawnego związane jest z oceną, czy naruszenie określonych zasad postępowania powoduje to, że oferent pozbawiony jest możliwości zawarcia umowy. [teza wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 marca 2017 r., wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 1803/15].

W ramach prowadzonego postępowania administracyjnego, Organ dokonał kontroli całego postępowania konkursowego. Istotą takiej kontroli jest sprawdzenie przez Organ, czy Komisja konkursowa dokonała prawidłowej oceny każdej z ofert, z punktu widzenia zgodności z regułami przeprowadzania postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że równe traktowanie w opartym na zasadzie konkurencji postępowaniu, w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powiązane jest z dokonaną w sprawie oceną ofert świadczeniodawców oraz występujących relacji pomiędzy tymi ocenami, przy czym istotne znaczenie ma porównanie i ocena oferty świadczeniodawcy, który złożył środek odwoławczy oraz świadczeniodawcy, który został

wybrany do udzielania świadczeń. W ramach prowadzonego postępowania administracyjnego, Organ nie tylko porównał oceny ofert wszystkich świadczeniodawców, ale przede wszystkim skonfrontował oceny uzyskane przez każdego z oferentów - z treścią jego oferty. Dokonana przez Organ oceną (konfrontacją) znalazła swoje odzwierciedlenie w treści uzasadnienia niniejszej decyzji.

Zdaniem Organu, dokonana przez Komisję konkursową ocena ofert, została przeprowadzona w zakresie określonym - zgodnie z przepisem art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w oparciu o zasady szczegółowo opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Analiza złożonych ofert, ich oceny oraz przygotowanych rankingów, zdaniem Organu wyraźnie wskazuje, że Komisja konkursowa prowadząc postępowanie nie naruszyła zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowania uczciwej konkurencji. Należy podkreślić, że przejawem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców - jest określona w przepisie art. 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, delegacja do wydania przez Prezesa Funduszu dokumentu, określającego przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Ponadto, zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny ofert, do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców, celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Naruszeniem tej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców - dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Taka sytuacja w badanym postępowaniu nie miała miejsca. W przeprowadzonym konkursie ofert obowiązywały te same wymagania w stosunku do wszystkich biorących udział w konkursie oferentów i tożsame kryteria ocen. Należy podkreślić, że zasada równego traktowania oferentów, nie oznacza, że każdy z oferentów powinien otrzymać kontrakt od Narodowego Funduszu Zdrowia.

W zakończonym postępowaniu konkursowym, nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców, jak również nie dokonano ich zmian w toku postępowania. Wszelkie dokumenty związane z postępowaniem udostępniane były oferentom na takich samych zasadach.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, że z Zamawiającym zawarta zostanie tylko jedna umowa. W ramach zakończonego postępowania konkursowego, największą liczbę punktów rankingujących uzyskała oferta złożona przez:

- Anna Kurpiel z siedzibą w 66-470 Kostrzyn nad Odrą, ul. Wyszyńskiego 23 (oferta nr 04-24-000228/AOS/02/1/01/1/0402),

i to ten oferent został wskazany w rozstrzygnięciu, do zawarcia umowy z Zamawiającym. W wyniku przeprowadzonej kontroli, Organ stwierdza, że przedmiotowe rozstrzygnięcie jest prawidłowe.

Reasumując w ocenie Organu, Komisja konkursowa prawidłowo porównała wszystkie oferty, zarówno w zakresie warunków bezwzględnie wymaganych, jak i warunków dodatkowo ocenianych. W konsekwencji, w ramach zakończonego postępowania konkursowego nie doszło do naruszenia zasad tego postępowania, tj. przepisu prawa, który miałby wpływ na ocenę możliwości zawarcia przez Odwołującego się - umowy o świadczenie usług medycznych. Zatem, nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego się, w postaci pozbawienia go możliwości zawarcia umowy z Zamawiającym. W tym stanie rzeczy, należało orzec - jak w sentencji.

Zgodnie z przepisem art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych **niniejsza decyzja jest ostateczna**, a stronom przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego.

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 (działającego z upoważnienia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia), 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 2023 r., poz. 1634 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.

Z upoważnienia Prezesa NFZ
p.o. Dyrektora
Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Marta Cal

Otrzymują:

- 1) Anna Kurpiel, 66-470 Kostrzyn nad Odrą, ul. Wyszyńskiego 23,
- 2) Joanna Wichlińska – Pakirska, Centrum Zdrowia MEDI SENS dr Joanna Wichlińska – Pakirska, 66-470 Kostrzyn nad Odrą, ul. Zielona 2,
- 3) a/a.

