

Decyzja nr 1/2025/KO

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 października 2025 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 (tj.: Dz. U. z 2025 r., poz. 1461), w związku z art. 107 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpatrzeniu odwołania z dnia 24 października 2025 roku (data wpływu: 24 października 2025 roku) wniesionego przez LLP Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie przy ulicy Krańcowej 2, zwaną dalej „Offerentem” lub „Odwołującym się”, od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01, które prowadzone było w trybie konkursu ofert, na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2025 - 2029, w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie kardiologii wraz z zakresami skojarzonymi, na obszarze: miasto Zielona Góra (kod: 0862), Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze - na podstawie pełnomocnictwa nr 1/2025, **oddala odwołanie.**

UZASADNIENIE

Zarządzeniem Nr 65/2025 Dyrektora LOW NFZ z dnia 29 sierpnia 2025 w sprawie ogłoszenia konkursów ofert, na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2025 - 2029, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zmianami), 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 kardiologii wraz z zakresami skojarzonymi, na obszarze: miasto Zielona Góra (kod: 0862). Postępowanie to prowadzone było pod numerem: 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01. 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 335 029,20 zł, na okres rozliczeniowy od dnia 3 listopada 2025 r. do dnia 31 grudnia 2025 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 3 listopada 2025 roku do 30 czerwca 2029 roku.

Postępowanie konkursowe prowadzone było w oparciu o przepisy:

- 1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj.: Dz. U. z 2025 r., poz. 1461),

- 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz.U. z 2025 r. poz. 450 ze zm.),
- 3) rozporządzenie 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) rozporządzenie 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 (t.j.: Dz.U. z 2025 r., poz. 328 ze zm.),
- 5) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 roku 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 2025 r. poz. 400 ze zm.),
- 7) zarządzenie Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.),
- 8) zarządzenie 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 66/2025 Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze z dnia 29 sierpnia 2025 roku w sprawie powołania komisji do przeprowadzenia konkursów ofert na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2025 - 2029, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.). 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:

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu z siedzibą w Bolesławcu (59-700), ul. Jeleniogórska 4 (oferta nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/1/0402);
- LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie (66-100), ul. Krańcowa 2A (oferta nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/2/0402);
- Agiam Group Sp. z o.o. z siedzibą w Czerwińsku (66-016), ul. Zielonogórska 30c (oferta nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/3/0402);
- APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w (65-740) Zielonej Górze, ul. Generała Mariana Langiewicza 37/1 (oferta nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/4/0402).

Wszystkie (cztery) oferty zostały złożone w terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

Otwarcie ofert nastąpiło 17 września 2025 r. w miejscu wskazanym w ogłoszeniu postępowania.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja konkursowa odrzuciła oferty złożone przez:

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu z siedzibą w Bolesławcu (oferta nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/1/0402),
- LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie (oferta nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/2/0402).

Odrzucenie każdej z tych ofert nastąpiło na podstawie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. z powodu niespełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - na podstawie art. 146 w/w ustawy.

Do części niejawnej postępowania konkursowego Komisja zakwalifikowała:

- Agiam Group Sp. z o.o. z siedzibą w Czerwieńsku (oferta nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/3/0402);
- APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze (oferta nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/4/0402).

W części niejawnej postępowania Komisja konkursowa nie przeprowadziła negocjacji z oferentami.

W dniu 17 października 2025 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01, poprzez dokonanie wyboru:

- oferty nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/4/0402, złożonej przez APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą Zielonej Górze.

Od rozstrzygnięcia konkursu ofert, w dniu 24 października 2025 r. (data pisma i data jego wpływu) odwołanie wniosło dwóch Oferentów:

- LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu.

Odwołania zostały wniesione w ustawowym terminie.

Niniejszą decyzją administracyjną Organ rozpatrzył odwołanie wniesione przez LLP Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie. Natomiast, odwołanie wniesione przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, zostało rozpatrzone w ramach odrębnie prowadzonego postępowania administracyjnego.

Zgodnie z przepisem art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stronami niniejszego postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, a więc LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie, a także świadczeniodawca, który został wybrany w rozstrzygnięciu konkursu ofert, a więc APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze.

LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie (zwana dalej „Odwołującym się” lub „Oferentem”) składając odwołanie od rozstrzygnięcia konkursu, zaskarżył je w całości, podnosząc następujące zarzuty:

- 1) naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – poprzez odrzucenie oferty Oferenta, mimo, iż spełniają wszelkie wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2;
- 2) błędy w ustaleniach faktycznych, polegające na mylnym uznaniu, iż oferta Oferenta narusza przepisy:
 - a) § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz.U. z 2025 r. poz. 400 ze zm.),
 - b) § 6 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz.U. z 2025 r. poz. 400 ze zm.),
 - c) § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz.U. z 2025 r. poz. 400 ze zm.),

Oraz zarzut niezasadnego przyjęcia, że harmonogram pracy lekarzy wskazany w umowie nr 0402/0016/25/I pokrywa się z harmonogramem pracy lekarzy w niniejszym postępowaniu, podczas gdy żadna z godzin pracy lekarzy nie nakłada się na siebie. W ocenie Odwołującego się, Komisja konkursowa bezzasadnie uznała, że Oferent nie będzie mógł prawidłowo realizować kontraktowanych usług medycznych,

Ponadto, w ramach przedstawionych w odwołaniu zarzutów, Oferent odniósł się do uzasadnienia oddalenia protestu oferenta, zarzucając Komisji konkursowej:

- 3) błędy w ustaleniach faktycznych, polegające na mylnym uznaniu, iż oferta Oferenta nie jest zgodna ze stanem prawnym i faktycznym poprzez przyjęcie, że personel wskazany w ofercie nie jest w stanie zabezpieczyć udzielania świadczeń w pełnym zakresie i zgodnie z harmonogramem. Zarówno Oferent, jak i wskazany personel złożyli stosowne zapewnienia i oświadczenia dotyczące zmiany harmonogramu w ramach innej umowy, co w pełni umożliwia realizację obu wskazanych umów, zgodnie z obowiązującymi harmonogramami;
- 4) błędną interpretację stanowiska Oferenta poprzez uznanie, że jego wyjaśnienia są niekonsekwentne, mimo że zmierzały one do zapewnienia kompleksowego rozwiązania i uniknięcia ewentualnych kolizji harmonogramów. Organ błędnie przyjął, że Oferent „dostrzegł” problem dojazdu między placówkami dopiero w toku postępowania, podczas gdy Oferent od początku wskazywał sposób organizacji pracy umożliwiający sprawne świadczenie usług w obu lokalizacjach. Nadto, organ bezzasadnie stwierdził, że Oferent „nie będzie w stanie w pełnym zakresie zabezpieczyć udzielania świadczeń”, podczas gdy przedstawione przez Oferenta rozwiązania jednoznacznie potwierdzają możliwość prawidłowej realizacji świadczeń w dwóch placówkach.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty, Oferent wniósł o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie postępowania w trybie rokowań.

Pismami z dnia 27 października 2025 r. strony niniejszego postępowania administracyjnego, zostały zawiadomione o przysługującym im prawie do zapoznania się z aktami sprawy, jak również o prawie wypowiedzenia się - co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Z prawa do zapoznania się z aktami prowadzonego postępowania administracyjnego, w tym z dokumentacją z zakończonego konkursu ofert, skorzystał Odwołujący się w dniu 29 października 2025 roku. Pismem z dnia 31 października 2025 roku Odwołujący się przedstawił swoje końcowe stanowisko w sprawie, poprzez zwrócenie się do Organu o przedstawienie wyjaśnień, czy oferta złożona przez APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze, została poddana weryfikacji - analogicznej do weryfikacji, jakiej została poddana oferta złożona przez odwołującego się, tj. w zakresie pokrywających się harmonogramów pracy lekarzy wskazanych w ofercie.

W wyniku wszczęcia niniejszego postępowania administracyjnego, Organ włączył do akt tego postępowania - pełne akta postępowania konkursowego, które prowadzone było pod nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01, w tym m.in. wszystkie złożone oferty, całą korespondencję prowadzoną przez Komisję konkursową z oferentami (wezwania, zawiadomienie, oświadczenia, wyjaśnienia) oraz protokół z przeprowadzonego postępowania konkursowego. Organ poinformował o tych działaniach strony - pismami z dnia 27 października 2025 roku.

Po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie, 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 stronie internetowej Funduszu po dokonaniu anonimizacji w zakresie danych osobowych oraz innych danych istotnych ze względu na identyfikację podmiotową osób niebędących stronami postępowania. (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).

Przed omówieniem wyników kontroli zakończonego postępowania konkursowego, Organ przypomina, że w świetle przepisu art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - prawo do wniesienia odwołania przysługuje tylko 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.

Zgodnie z przepisem art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 tej ustawy.* (1.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kreuje nie tylko uprawnienia świadczeniodawców do wnoszenia środków odwoławczych, ale także określa niezbędne przesłanki determinujące wynik postępowań odwoławczych jak i wynik sądownoadministracyjnej kontroli. Dla uznania skuteczności wniesionych środków odwoławczych konieczne jest bowiem najpierw pozytywne ustalenie, że w przeprowadzonym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zostały naruszone zasady tegoż postępowania, po czym ustalenie, że naruszenie to spowodowało uszczerbek w interesie prawnym strony. (2.) Obowiązkiem organu, w ramach procedury uruchamianej wskutek wniesienia odwołania, o którym mowa w art. 154 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest weryfikacja w postępowaniu administracyjnym, czy we wcześniejszej nieadministracyjnej fazie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie doznał uszczerbku interes prawny podmiotu powołującego się na naruszenie zasad postępowania. Zakres kontroli jest zatem związany ściśle z pojęciem uszczerbku interesu prawnego, powstałego w wyniku naruszenia przepisów prawa. (3.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza dodatkową przesłankę uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowania, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Oznacza to, że konieczne jest stwierdzenie naruszenia zasad postępowania, które musi naruszać rzeczywiście istniejący interes świadczeniodawcy [teza wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 20 kwietnia 2011 r., wydanego 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., wydanego w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 1803/15].

Oferent, który w niniejszym postępowaniu administracyjnym reprezentowany jest przez profesjonalnego pełnomocnika, nie zdecydował się w treści odwołania - wskazać i uzasadnić naruszenia jego interesu prawnego. W konsekwencji, Organ kierując się ugruntowanym orzecznictwem sądów administracyjnych (w tym także: wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 29 września 2020 r., II GSK 535/20, Legalis), uznał, że interes prawny Odwołującego się ewentualnie mógł zostać naruszony przez Komisję konkursową, poprzez pozbawienie Odwołującego się możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących przedmiot zakończonego postępowania konkursowego.

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 regulami przeprowadzania postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Szczegółowe warunki wymagane od oferentów oraz warunki udzielania świadczeń, objętych przedmiotem postępowania, ustalone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tj.: Dz.U. z 2016 r., poz. 357 ze zm.) oraz w zarządzeniu Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 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 (tj.: Dz.U. z 2025 r., poz. 328 ze zm.).

Przedstawione powyżej dokumenty określają kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców, które miały zastosowanie w zakończonym postępowaniu konkursowym. Dokumenty te zostały wskazane w ogłoszeniu o postępowaniu 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 Czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii - co najmniej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni:
 - tak (4 punkty),
 - nie (0 punktów).
- 1.2. Czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii - co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni:
 - tak (6 punktów),
 - nie (0 punktów).
- 1.3. Czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii - 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, a w przypadku gdy podmiot jest wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania - do 25% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni mogą stanowić lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne:
 - tak (8 punktów),
 - nie (0 punktów),
- 1.4. Pielęgniarki - warunki i liczba punktów, określone zostały w części wspólnej „jakość - personel” (punkt II).

2. Sprzęt i aparatura medyczna:

- 2.1. Echokardiograf z opcją Dopplera - w lokalizacji:
 - tak (2 punkty),
 - nie (0 punktów).
- 2.2. Holter EKG - w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (2 punkty),
 - nie (0 punktów).
- 2.3. Holter RR (ABPM) - w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (2 punkty),
 - nie (0 punktów).

3. Realizacja wybranych świadczeń:

3.1. Realizacja, w ramach umowy, świadczenia gwarantowanego - opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego:

- tak (2 punkty),
- nie (0 punktów).

II. Kompleksowość:

1. Zapewnienie badań i zabiegów:

1.1. Kontrola urządzeń wszczepialnych serca - w lokalizacji - zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu ambulatoryjnym.\\:

- tak (2 punkty),
- nie (0 punktów).

1.2. Badania elektrokardiograficzne wysiłkowe serca - w lokalizacji:

- tak (2 punkty),
- nie (0 punktów).

1.3. Echokardiografia przezprzelykowa lub echokardiografia obciążeniowa - w lokalizacji:

- tak (2 punkty),
- nie (0 punktów).

III. Cena:

1. **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

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

C_{or} - 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 $C_{or} < C_{min}$,

B - stosuje się w przypadku gdy $C_{or} > C_{min}$.

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 nicobjętych 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).

II. Jakość - Personel - pielęgniarki. Maksymalna suma punktów: 4 (jedna odpowiedź do wyboru. Nie dotyczy świadczeń w zakresach, o których mowa w tabeli nr 1 w częściach I, 4–6, 13, 19, 21, 24, 33–35, 51, 55, 59, 60 i 65–69 oraz w tabeli nr 3).

- 1. Pielęgniarka - co najmniej 50% czasu pracy poradni:
 - tak (3 punkty),
 - nie (0 punktów).
- 2. Pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie odpowiadającej przedmiotowi postępowania, zgodnie z wykazem zawartym w tabeli nr 4 - co najmniej 50% czasu pracy poradni:
 - tak (4 punkty),
 - 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 wydany 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 wydany 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 (1,78 zł) oferent mógł uzyskać 2,5 punktów, a za obniżenie ceny o 10 % w stosunku do ceny oczekiwanej - kolejne 2,5 punktów.

W oparciu o opisane powyżej kryteria cenowe i pozacenowe, Komisja konkursowa dokonała indywidualnej oceny ofert złożonych w ramach postępowania konkursowego nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01, które nie zostały odrzucone w części jawnej postępowania.

Agiam Group Sp. z o.o. z siedzibą w Czerwieńsku (oferta nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/3/0402):

Kryterium jakość - maksymalna suma punktów 33; oferent uzyskał 20 punktów za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytania:

- 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, a w przypadku gdy podmiot jest wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania - do 25% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni mogą stanowić lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne, oferent uzyskał 8 punktów,
- Czas pracy pielęgniarki - Co najmniej 50% czasu pracy poradni., oferent uzyskał 3 punkty,
- [REDAKTOWANE], oferent uzyskał 2 punkty,
- [REDAKTOWANE], oferent uzyskał 2 punkty,
- [REDAKTOWANE] oferent uzyskał 2 punkty,
- 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: 32 (26+3), oferent uzyskał 4 punktów za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytania:

- [REDAKTOWANE], oferent uzyskał 2 punkty,
- [REDAKTOWANE], oferent uzyskał 2 punkty.

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

- 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, oferent uzyskał 8 punktów
- 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 punktów, ponieważ zaproponował cenę wskazaną przez Zamawiającego - jako cena oczekiwana.

APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze (oferta nr 04-25-000284/AOS/ 02/1/02.1100.001.02/01/4/0402):

Kryterium jakość - maksymalna suma punktów 33; oferent uzyskał 25 punktów za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytania:

- 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, a w przypadku gdy podmiot jest wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania - do 25% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni mogą stanowić lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne, oferent uzyskał 8 punktów
- czas pracy pielęgniarki - Pielęgniarka ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie odpowiadającej przedmiotowi postępowania, zgodnie z wykazem zawartym w tabeli nr 4 - co najmniej 50% czasu pracy poradni, oferent uzyskał 4 punkty,
- [REDAKOWANE] oferent uzyskał 2 punkty,
- [REDAKOWANE], oferent uzyskał 2 punkty,
- [REDAKOWANE], oferent uzyskał 2 punkty,
- Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, oferent uzyskał 2 punkty,
- Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych, oferent uzyskał 2 punkty,
- 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: 32 (26+3); oferent uzyskał 4 punkty za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytania:

- [REDAKOWANE], oferent uzyskał 2 punkty,

- [REDAKOWANE], oferent uzyskał 2 punkty.

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

- 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, oferent uzyskał 8 punktów
- 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 5,000 punktów, ponieważ zaproponował cenę [REDAKOWANE] aniżeli wskazaną przez Zamawiającego - jako cena oczekiwana.

Po dokonaniu szczegółowej oceny nieodrzuconych ofert, złożonych w postępowaniu nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01, ranking otwarcia przedstawiał się następująco:

Nazwa oferenta	Kryteria						Liczba punktów za kryteria pozacenowe	Łączna liczba punktów oceny
	Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ciągłość	Inne	Cena		
APP Prokardio Sp. z o.o.	25	4	11	0	0	5,000	40	45
Agiam Group Sp. z o.o.	20	4	11	0	0	2,500	35	37,500

Z uwagi na fakt, iż ranking otwarcia sporządzany jest przez Komisję na zakończenie części jawnej postępowania konkursowego, w rankingu tym nie została ujęta oferta:

- nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/2/0402, która została złożona przez LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie,
- nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/1/0402, która została złożona przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, bowiem obie te oferty zostały odrzucone przez Komisję konkursową, w trakcie części jawnej postępowania konkursowego. Odrzucenie tych ofert nastąpiło na podstawie przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rozpatrując odwołanie wniesione przez Oferenta, Organ dokonał szczegółowej kontroli procesu oceny ofert, które nie zostały odrzucone przez Komisję konkursową, a także kontroli przyczyn odrzucenia w/w ofert. W wyniku kontroli ofert oraz procesu ich oceny, Organ ustalił, że:

- poza dwoma odrzuconymi ofertami, pozostałe dwie oferty spełniały warunki bezwzględnie wymagane,
- każda z obu ofert spełniających warunki bezwzględnie wymagane, została również prawidłowo oceniona, w zakresie obejmującym warunki dodatkowo oceniane,
- Komisja konkursowa podjęła prawidłową decyzję, w przedmiocie odrzucenia ofert złożonych przez LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie oraz Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu.

W tym stanie rzeczy, ranking otwarcia postępowania konkursowego został prawidłowo sporządzony przez Komisję konkursową.

Zgodnie z przepisem art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Komisja w części niejawnej 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 zakończonym postępowaniu konkursowym jeden spośród dwóch oferentów zakwalifikowanych do części niejawnej zaproponował cenę niższą niż cena oczekiwana, tj.:

- APP Prokardio Sp. z o.o. - zaproponowała cenę [REDAKTOWANO] a więc cenę niższą o [REDAKTOWANO] niż cena oczekiwana, za co oferent ten otrzymał 5,000 punktów;
- Agiam Group Sp. z o.o. - zaproponowała cenę oczekiwaną [REDAKTOWANO], za co otrzymała 2,5 punktu.

W wyniku ewentualnego przeprowadzenia negocjacji ceny:

- APP Prokardio Sp. z o.o. nie uzyskałaby już żadnych dodatkowych punktów, bowiem zaproponowała już w ofercie cenę [REDAKTOWANO], a więc cenę niższą o [REDAKTOWANO] niż cena oczekiwana, za co oferent ten otrzymał 5,000 punktów;
- Agiam Group Sp. z o.o. - zaproponowała w ofercie cenę oczekiwaną [REDAKTOWANO], za co otrzymała 2,5 punktu, gdyby w ramach ewentualnych negocjacji oferent ten obniżył cenę do kwoty [REDAKTOWANO], a więc zaproponował cenę niższą o [REDAKTOWANO] niż cena oczekiwana, to mógłby za to otrzymać jeszcze dodatkowe 2,5 punktu.

Zatem, ewentualne uzyskanie tych dodatkowych 2,5 punktu przez Agiam Group Sp. z o.o., nie miałyby już wpływu na ranking końcowy postępowania konkursowego.

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

Nazwa oferenta	Kryteria						Liczba punktów za kryteria pozacenowe	Łączna liczba punktów oceny
	Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ciągłość	Inne	Cena		
APP Prokardio Sp. z o.o.	25	4	11	0	0	5,000	40	45
Agiam Group Sp. z o.o.	20	4	11	0	0	2,500	35	37,500

W ocenie Organu, ranking końcowy postępowania nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01 został sporządzony w sposób prawidłowy. Z uwagi na fakt, iż APP Prokardio Sp. z o.o. uzyskało w rankingu końcowym, o 7,5 punktu więcej niż Agiam Group Sp. z o.o., dokonane przez Komisję konkursową rozstrzygnięcie konkursu ofert - jest prawidłowe.

Przed odniesieniem się do zarzutów przedstawionych w odwołaniu, Organ wskazuje, że udzielanie świadczeń opieki zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, następuje w oparciu o umowę, która zawierana jest z określonym oferentem po przeprowadzeniu postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami. Postępowanie to, jako postępowanie swoiste, podlega odrębnej regulacji, która zawarta została w dziale VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i charakteryzuje się wysokim stopniem sformalizowania oraz szczególnego rodzaju obligatoryjnymi wymaganiami, co ma istotne znaczenie z punktu widzenia celu, w którym postępowanie to jest prowadzone. Regulacja działu VI przewiduje, że oferta ma spełniać wymogi na dzień jej złożenia, jak i przez cały czas trwania postępowania, a następnie realizacji ewentualnej przyszłej umowy, tj. musi być zgodna ze stanem faktycznym i prawnym. Oznacza to zapewnienie trwałości spełniania warunków w tak określonej przestrzeni czasowej, a co za tym idzie również i w toku postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o świadczenia opieki zdrowotnej, co z kolei prowadzi do wniosku, że oferta ma być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzeniu możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego (tak np. wyroki NSA: z 22 kwietnia 2015 r., sygn. akt II GSK 816/14; z 27 czerwca 2019 r., sygn. akt II GSK 151/19; z 19 maja 2017 r., sygn. akt II GSK 2295/15; z 16 lipca 2019 r., sygn. akt II GSK 314/19; z 9 lutego 2021 r., sygn. akt II GSK 723/19; z 1 grudnia 2020 r., sygn. akt II GSK 900/20; z 27 maja 2021 r., sygn. akt II GSK 1319/20).

W wyroku z dnia 9 lutego 2021 r. wydanym w sprawie pod sygn. akt: II GSK 723/19, Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, że *zapewnienie oferenta o spełnianiu wszelkich warunków musi być zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, zarówno w dniu składania oferty, jak i od początku obowiązywania umowy, co oznacza zapewnienie o trwałości spełniania warunków w tak określonej przestrzeni czasowej, a co za tym idzie również i w toku postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o świadczenia opieki zdrowotnej, co z kolei prowadzi do wniosku, że oferta*

ma być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzeniu możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego.

Zgodnie z tezą Naczelnego Sądu Administracyjnego przedstawioną w wyroku z dnia 27 maja 2021 r. (II GSK 1319/20), oferta musi spełniać wymogi na dzień jej złożenia, jak i przez cały czas trwania postępowania, a następnie realizacji ewentualnej przyszłej umowy, to jest musi być zgodna ze stanem faktycznym i prawnym.

W tezie wyroku z dnia 26 stycznia 2021 r. wydanego w sprawie pod sygn. akt: II GSK 1894/18, Naczelny Sąd Administracyjny wyraźnie wskazał, że art. 142 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakazuje weryfikować oferty według stanu na dzień ich złożenia, nie zaś na dzień zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przyjęcie odmiennnej wykładni prowadziłoby do możliwości przyznawania oferentom biorącym udział w postępowaniu o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej punktacji w oparciu o zdarzenia przyszłe i niepewne, co byłoby sprzeczne z wyrażonymi w art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zasadami równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz uczciwej konkurencji.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 26 stycznia 2021 r. wydanego w sprawie pod sygn. akt: II GSK 1894/18, Naczelny Sąd Administracyjny podkreślił, że trafny jest więc pogląd, że kryteria te muszą być spełnione w chwili otwierania oferty, a niewystarczające jest zapewnienie (oświadczenie oferenta), że spełni te kryteria dopiero, gdy dojdzie do zawarcia umowy. Już na etapie wyboru podmiotu - potencjalnego świadczeniodawcy - Narodowy Fundusz Zdrowia musi mieć pewność, że podmiot ten gwarantuje, że świadczenia będą należycie wykonane, a zatem, że podmiot, który zostanie wybrany do zawarcia umowy, spełnia wszystkie ustalone dla danego świadczenia kryteria.

Oceny prawdziwości oświadczeń zawartych w ofertach składanych przez oferentów w postępowaniu konkursowym należy dokonywać na dzień składania ofert (teza wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 lutego 2021 r., II GSK 211/19).

Z ugruntowanego orzecznictwa Naczelnego Sądu Administracyjnego - jednoznacznie wynika, że oferta musi spełniać wszystkie wymogi niezbędne do prawidłowej realizacji kontraktowanych usług medycznych, zarówno na dzień złożenia oferty, w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego, jak i od początku obowiązywania umowy, co oznacza zapewnienie o trwałości spełniania warunków w tak określonej przestrzeni czasowej. Komisja konkursowa zobowiązana jest dokonać oceny złożonych ofert - według stanu na dzień ich złożenia, co ma zapewnić równe traktowanie wszystkich oferentów oraz uczciwą konkurencję.

W trakcie prowadzonego postępowania Komisja konkursowa podjęła wszelkie niezbędne czynności, mające na celu ustalenie zgodności oferty ze stanem faktycznym i prawnym, w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagań zawartych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz warunków, o których mowa w art. 146 ust.1 pkt. 2 tej ustawy.

W toku postępowania konkursowego, Komisja konkursowa będąc zobowiązana do oceny ofert, w tym również zadeklarowanego przez Oferentów personelu, dokonała sprawdzenia czy personel ten - ewentualnie - występuje również w umowach, zawartych z innymi oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia. Weryfikacji dokonano na podstawie danych zawartych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia, a także informacji otrzymanych z innych oddziałów wojewódzkich. Czynności w zakresie sprawdzenia harmonogramów personelu medycznego wskazanego w ofercie, zostały podjęte przez Komisję konkursową wobec każdego z oferentów biorących udział w zakończonym postępowaniu konkursowym. Zatem, dokonując tych czynności Komisja konkursowa zapewniła równe traktowanie wszystkich oferentów oraz nie naruszyła zasady uczciwej konkurencji. W wyniku dokonanego sprawdzenia Komisja konkursowa ustaliła, że pokrywające się harmonogramy występują w dwóch ofertach, tj. w ofercie złożonej przez Odwołującego się oraz w ofercie złożonej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu. W konsekwencji, to do tych dwóch oferentów Komisja konkursowa wystąpiła o przedstawienie wyjaśnień. W ocenie Organu, działania te były prawidłowe.

Zdaniem Organu, analizując ofertę nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/2/0402 - według stanu na dzień upływu terminu do składania ofert, Komisja konkursowa prawidłowo ustaliła, że wskazani przez Oferenta lekarze posiadają wymagane kwalifikacje, wskazane w pozycji nr 14 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W wyniku podjętych czynności w zakresie sprawdzenia harmonogramów personelu medycznego wskazanego w ofercie, Komisja konkursowa ustaliła, że w VI części formularza ofertowego - szczegóły oferty Oferent wskazał, następujący harmonogram pracy Poradni kardiologicznej, prowadzonej w ramach Centrum Medycznego TOPMED przy ul. Dąbrowskiego 41b w (65-021) Zielonej Górze, a także harmonogram pracy personelu lekarskiego:

Dzień tygodnia	Harmonogram pracy poradni (Zielona Góra ul. Dąbrowskiego 41b)	Harmonogram pracy lekarzy		
poniedziałek				
wtorek				
środa				
czwartek				
piątek				

Zdaniem Organu, dokonując oceny oferty Komisja konkursowa prawidłowo ustaliła, że wskazani w ofercie [REDAKTOWANE], zostali również zgłoszeni przez Oferenta i wykonują świadczenia w ramach obowiązującej umowy nr 0402/0016/25/I, zawartej pomiędzy Zamawiającym a Oferentem. Umowa ta obowiązuje strony do dnia 30 czerwca 2029 roku. W ramach tej umowy [REDAKTOWANE] udzielają

świadczeń opieki zdrowotnej, w Poradni Kardiologicznej prowadzonej przez Oferenta na terenie miasta Sulechów (Centrum Medyczne TOPMED przy ul. Krańcowej 2a, 66-100 Sulechów). Harmonogram udzielania świadczeń kardiologicznych przez [REDAKTOWANO] w ramach umowy nr 0402/0016/25/I, tj. w Poradni Kardiologicznej Centrum Medycznego TOPMED przy ul. Krańcowej 2a, 66-100 Sulechów, przedstawia się następująco:

Dzień tygodnia	Harmonogram pracy poradni (Sulechów, ul. Krańcowa 2a)	Harmonogram pracy lekarzy	
		[REDAKTOWANO]	[REDAKTOWANO]
Poniedziałek	[REDAKTOWANO]		
wtorek			
Środa			
Czwartek			
piątek			

Porównanie obowiązującego Oferenta harmonogramu w ramach umowy nr 0402/0016/25/I oraz harmonogramu zaproponowanego w ramach oferty nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/2/0402, jednoznacznie wskazuje, że:

- 1) [REDAKTOWANO] nie będzie w stanie w każdy wtorek udzielać świadczeń do godziny [REDAKTOWANO] w Poradni kardiologicznej w (65-021) Zielonej Górze przy ul. Dąbrowskiego 41B, ponieważ w każdy wtorek [REDAKTOWANO] zobowiązana jest udzielać świadczeń w Poradni kardiologicznej w (66-100) Sulechowie przy ul. Krańcowej 2a,
- 2) [REDAKTOWANO] - w każdy:
 - a) poniedziałek nie będzie w stanie udzielać świadczeń od godziny [REDAKTOWANO] w Poradni kardiologicznej w (65-021) Zielonej Górze przy ul. Dąbrowskiego 41B, ponieważ w każdy poniedziałek do godz. [REDAKTOWANO] zobowiązany jest udzielać świadczeń w Poradni kardiologicznej w (66-100) Sulechowie przy ul. Krańcowej 2a,
 - b) wtorek, środa i czwartek nie będzie w stanie udzielać świadczeń od godziny [REDAKTOWANO] w Poradni kardiologicznej w (65-021) Zielonej Górze przy ul. Dąbrowskiego 41B, ponieważ w każdy wtorek, środa i czwartek do godz. [REDAKTOWANO] zobowiązany jest udzielać świadczeń w Poradni kardiologicznej w (66-100) Sulechowie przy ul. Krańcowej 2a,
 - c) piątek nie będzie w stanie udzielać świadczeń do godziny [REDAKTOWANO] w Poradni Kardiologicznej w (65-021) Zielonej Górze przy ul. Dąbrowskiego 41B, ponieważ w każdy piątek od godz. [REDAKTOWANO] zobowiązany jest udzielać świadczeń w Poradni Kardiologicznej w (66-100) Sulechowie przy ul. Krańcowej 2a.

W ocenie Organu, Komisja konkursowa - w sposób zgodny z doświadczeniem życiowym - ustaliła, że czas przejazdu pomiędzy Poradnią kardiologiczną w (65-021) Zielonej Górze przy ul. Dąbrowskiego 41B a Poradnią kardiologiczną w (66-100) Sulechowie przy ul. Krańcowej 2a, wynosi - według danych nawigacji Google Maps - około 25 minut. Organ podziela stanowisko Komisji, że do czasu tego należy również doliczyć czas przemieszczenia się z poradni na parking w Zielonej Górze oraz z parkingu do poradni w Sulechowie, a także czas konieczny do przygotowań, w celu rozpoczęcia udzielania świadczeń. W ocenie Komisji konkursowej, minimalny czas potrzebny na pokonanie odległości ok. 22,5 km to ok. 40 minut (łącznie czas przemieszczenia

się z pomieszczeń poradni w Zielonej Górze do pomieszczeń poradni w Sulechowie). Analogicznie przedstawia się szacowane wyliczenie do pokonania trasy pomiędzy Poradnią kardiologiczną w (66-100) Sulechowie przy ul. Krańcowej 2a a Poradnią kardiologiczną w (65-021) Zielonej Górze przy ul. Dąbrowskiego 41B. W tym stanie rzeczy, Komisja konkursowa prawidłowo ustaliła, że:

- 1) [REDAKTOWANE] będzie w stanie w każdy wtorek udzielać świadczeń do ok. godziny [REDAKTOWANE] w Poradni kardiologicznej w (65-021) Zielonej Górze przy ul. Dąbrowskiego 41B,
- 2) [REDAKTOWANE] - w każdy:
 - a) poniedziałek będzie w stanie udzielać świadczeń od ok. godziny [REDAKTOWANE] w Poradni kardiologicznej w (65-021) Zielonej Górze przy ul. Dąbrowskiego 41B,
 - b) wtorek, środę i czwartek będzie w stanie udzielać świadczeń od ok. godziny [REDAKTOWANE] w Poradni kardiologicznej w (65-021) Zielonej Górze przy ul. Dąbrowskiego 41B,
 - c) piątek będzie w stanie udzielać świadczeń do ok. godziny [REDAKTOWANE] w Poradni Kardiologicznej w (65-021) Zielonej Górze przy ul. Dąbrowskiego 41B.

Zgodnie z § 6 ust. 1 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej *świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r. poz. 799 i 1897 oraz z 2025 r. poz. 129), zgodnie z harmonogramem.*

Na podstawie z § 6 ust. 4 pkt 2 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń nie mogą jednocześnie udzielać świadczeń [...] w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego.

Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym (§ 9 ust. 1 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”).

Powyższe obowiązki nałożone zostały również przez Zamawiającego w § 9 ust. 1 zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.).

Ustalone przez Komisję konkursową fakty - według stanu na dzień upływu terminu do składania ofert, które Organ w całości podziela, jednoznacznie wskazują, że wprawdzie oba harmonogramy nie pokrywają się wprost, niemniej jednak - jak wyraźnie wykazano to w uzasadnieniu odrzucenia oferty, przedstawiony przez Oferenta personel lekarski, nie będzie w stanie w pełnym zakresie zabezpieczyć udzielanie świadczeń kardiologicznych, zgodnie z harmonogramem zaproponowanym Zamawiającemu. Pomimo formalnego niepokrywania się obu harmonogramów, w praktyce z chwilą zakończenia pracy w Sulechowie (i odwrotnie), z uwagi na ok. 40 minutowy czas dojazdu, każdy z lekarzy nie będzie w stanie rozpocząć pracy w Zielonej Górze / lub zmuszony będzie szybciej ją zakończyć. Organ podziela stanowisko Komisji konkursowej, że przedstawiony przez Oferenta personel lekarski, nie będzie w stanie w pełnym zakresie zabezpieczyć udzielanie świadczeń kardiologicznych, zgodnie z harmonogramem zaproponowanym Zamawiającemu przez Oferenta - w ramach oferty nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/2/0402.

W konsekwencji, Oferent nie będzie w stanie udzielać świadczeń stanowiących przedmiot konkursu ofert, zgodnie z zaproponowanym harmonogramem pracy Poradni kardiologicznej. Przedstawione przez Oferenta warunki, na jakich zaproponował on Zamawiającemu udzielanie kontraktowanych świadczeń, wskazują, że w razie zawarcia umowy Oferent będzie wykonywał swoje obowiązki z naruszeniem § 6 ust. 1, ust. 4 pkt 2 i § 9 ust. 1 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

Z przedstawionych w piśmie z dnia 1 października 2025 roku - na powyższe okoliczności - wyjaśnień Oferenta, wynika, że deklaruje on w przyszłości, tj. po ewentualnym zawarciu umowy wskutek rozstrzygnięcia postępowania konkursowego, dokonanie (bliżej nieokreślonej) zmiany harmonogramu pracy Poradni kardiologicznej w ramach umowy nr 0402/0016/25/I. Organ podziela stanowisko Komisji konkursowej, że jest to zdarzenie przyszłe i niepewne, co oznacza, że nie może ono stanowić podstawy do ustalenia przez Komisję konkursową, czy Oferent będzie w stanie prawidłowo udzielać świadczeń, tj. zgodnie z § 6 ust. 1, ust. 4 pkt 2 i § 9 ust. 1 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

Proponowany przez Oferenta harmonogram pracy lekarzy, musi być realny i możliwy do wykonania. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem sądów administracyjnych, komisja konkursowa nie może dokonywać oceny oferty, w oparciu o zdarzenia przyszłe i niepewne, bowiem byłoby to sprzeczne z wyrażonymi w art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasadami równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz uczciwej konkurencji. Oparcie oceny oferty - o zdarzenie przyszłe i niepewne, stanowiłoby działanie o charakterze uznaniowym.

Oferent nie załączył do oferty żadnych dokumentów, które wskazywałyby, że od 3 listopada 2025 roku (pierwszy dzień obowiązywania przyszłej umowy) dokona zmiany harmonogramu pracy [REDAKTOWANE] w ramach umowy nr 0402/0016/25/I, w taki sposób, że będą oni mogli realizować kontraktowane świadczenia, w pełnym zakresie czasowym określonym w harmonogramie pracy personelu, który został wskazany w ofercie nr 04-25-000284/AOS/02/1/02.1100.001.02/01/2/0402. W szczególności, Oferent nie przedstawił żadnych dokumentów (porozumień z oboma lekarzami), które wskazywałyby, że strony (lekarze oraz Oferent) dokonały uzgodnień, w zakresie obejmującym zmianę harmonogramu ich pracy od dnia 3 listopada 2025 roku - w ramach umowy nr 0402/0016/25/I (poradnia kardiologiczna w Sulechowie). Ponadto, do dnia upływu terminu składania ofert, Oferent nie dokonał zgłoszenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, zmiany harmonogramu pracy [REDAKTOWANE] [REDAKTOWANE] w poradni kardiologicznej w Sulechowie - począwszy od dnia 3 listopada 2025 roku, w ramach realizowanej już umowy nr 0402/0016/25/I, które umożliwiłyby tym lekarzom prawidłowe realizowanie usług medycznych w poradni kardiologicznej w Zielonej Górze, tj. zgodnie z harmonogramem przedstawionym w ofercie.

Zatem w ocenie Organu, Komisja konkursowa prawidłowo ustaliła, że na dzień upływu terminu do składania ofert, harmonogram pracy poradni kardiologicznej w Sulechowie (umowa nr 0402/0016/25/I), nie został zmieniony w sposób umożliwiający udzielanie świadczeń od 3 listopada 2025 roku, zgodnie z harmonogramem zaproponowanym przez samego Oferenta w jego ofercie. W konsekwencji, Oferent wprawdzie wykazał, że dysponuje personelem lekarskim - spełniającym warunki określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, niemniej jednak rzeczywisty czas pracy [REDAKTOWANE]

[REDAKCYJNA] nie zapewni świadczenia usług, w pełnym zakresie czasu wskazanego w harmonogramie pracy tych lekarzy oraz w harmonogramie pracy poradni.

Organ nie zgadza się z zarzutem Oferenta, że od początku wskazywał sposób organizacji pracy, umożliwiający sprawne świadczenie usług w obu lokalizacjach. Należy podkreślić, że zarzut ten nie znajduje żadnego potwierdzenia w treści złożonej oferty. Organ podziela stanowisko Komisji konkursowej, że Oferent dostrzegł problem czasu dojazdu pomiędzy poradniami w Zielonej Górze i w Sulechowie, dopiero na etapie składania wyjaśnień na wniosek Komisji konkursowej. To dopiero wówczas - w ramach przedstawionych wyjaśnień (pismo z dnia 1 października 2025r.) - Oferent wskazał, że w razie wyboru jego oferty w postępowaniu konkursowym, dokona (w przyszłości) zmiany harmonogramu pracy Poradni w Sulechowie, przy czym sumaryczny czas pracy poradni nie zostanie skrócony, a jedynie dostosowany do potrzeb organizacyjnych, tj. czasu niezbędnego do przemieszczenia się pracowników między lokalizacjami przychodni.

Do pisma z dnia 1 października 2025r. Oferent również nie załączył żadnych dokumentów, w tym podpisanych przez [REDAKCYJNA] które wskazywałyby, że najpóźniej na dzień upływu terminu składania ofert - strony (lekarze oraz Oferent) dokonały uzgodnień, w zakresie obejmującym zmianę harmonogramu ich pracy od dnia 3 listopada 2025 roku - w ramach umowy nr 0402/0016/25/I (poradnia kardiologiczna w Sulechowie). Na marginesie Organ wskazuje, że ewentualne przedstawienie takich dokumentów z późniejszą datą, tj. po upływie terminu składania ofert, stanowiłoby niedozwolone uzupełnienie oferty, co oznacza, że nie byłoby możliwe uwzględnienie takich dokumentów przy ocenie oferty.

W ocenie Organu, Komisja konkursowa prawidłowo ustaliła, że przedstawiony przez Oferenta personel lekarski, nie będzie w stanie w pełnym zakresie czasowym wskazanym w harmonogramie, zabezpieczyć udzielanie świadczeń kardiologicznych, zgodnie z harmonogramem zaproponowanym Zamawiającemu. W konsekwencji, zaproponowana Zamawiającemu oferta, nie gwarantuje, że w pełnym zakresie czasu wskazanego w harmonogramie, Oferent zapewnił personel lekarski, który spełnia warunki bezwzględnie wymagane, określone w pozycji nr 14 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W tym stanie rzeczy Organ uznał, że na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Komisja konkursowa zobowiązana była do odrzucenia oferty nr 04-25-000284/AOS/02/1/02. 1100.001.02/01/2/0402.

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.

Reasumując w ocenie Organu, 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 2024 r., poz. 935 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 NEZ
Dyrektor
Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Edward Jakubowski

Otrzymują:

- 1) LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sulechowie (66-100), ul. Krańcowa 2A;
- 2) APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w (65-740) Zielonej Górze przy ul. Generała Mariana Langiewicza 37/1;
- 3) a/a