Znak: NFZ04-WOSP-II.4117.4.2024 Zielona Góra, dnia 26 listopada 2024 r.

Decyzja nr 5/2024/KO
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 26 listopada 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 (tj.: Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.), w związku z art. 107 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpatrzeniu odwołania z dnia 12 listopada 2024 roku (data wpływu: 12 listopada 2024 roku) wniesionego przez APP PROKARDIO Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Zielonej Górze przy ulicy Generała Mariana Langiewicza 37/1, zwaną dalej „Oferentem" lub „Odwołującym się", od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-25-000032/AOS/02/1/01, które prowadzone było w trybie konkursu ofert, na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2025 - 2029, w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie kardiologii wraz z zakresem skojarzonym, na obszarze: miasto Zielona Góra (kod: 0862), 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 122/2024 Dyrektora LOW NFZ z dnia 29 sierpnia 2024 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 zakresem skojarzonym, na obszarze: miasto Zielona Góra (kod: 0862). Postępowanie to prowadzone było pod numerem: 04-25-000032/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 1 703 296,24 zł, na okres rozliczeniowy od dnia 1 stycznia 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 1 stycznia 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 2024 r., poz. 146 ze zm.),
2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj.: Dz.U. z 2024 r. poz. 799),
3) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tj.: 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 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 (tj.: 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 123/2024 Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze z dnia 29 sierpnia 2024 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 (z późniejszymi 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:

- „Mediko" Sp. z o.o. z siedzibą w (65-061) w Zielonej Górze przy Pl. Pocztowym 16 (oferta nr 04-25-000032/AOS/02/1/01/1/0402);
- Agiam Group Sp. z o.o. z siedzibą w (66-016) Czerwieńsku przy ul. Zielonogórskiej 30c (oferta nr 04-24-000032/AOS/02/1/01/2/0402);
- APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w (65-740) Zielonej Górze przy ul. Generała Mariana Langiewicza 37/1 (oferta nr 04-24-000032/AOS/02/1/01/3/0402).

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

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

Do części niejawnej postępowania konkursowego Komisja zakwalifikowała:

- „Mediko" Sp. z o.o. z siedzibą w (65-061) w Zielonej Górze przy Pl. Pocztowym 16 (oferta nr 04-25-000032/AOS/02/1/01/1/0402);
- Agiam Group Sp. z o.o. z siedzibą w (66-016) Czerwieńsku przy ul. Zielonogórskiej 30c (oferta nr 04-24-000032/AOS/02/1/01/2/0402);
- APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w (65-740) Zielonej Górze przy ul. Generała Mariana Langiewicza 37/1 (oferta nr 04-24-000032/AOS/02/1/01/3/0402).

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

W dniu 8 listopada 2024 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 04-24-000032/AOS/02/1/01, poprzez dokonanie wyboru:

- oferty nr 04-25-000032/AOS/02/1/01/1/0402, złożonej przez „Mediko" Sp. z o.o. z siedzibą w (65-061) w Zielonej Górze przy Pl. Pocztowym 16.

Od rozstrzygnięcia konkursu ofert w dniu 12 listopada 2024 r. (data pisma i data jego wpływu) odwołanie wniósł Oferent - APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze. Odwołanie zostało wniesione w ustawowym terminie. Odwołujący się składając odwołanie od rozstrzygnięcia konkursu, zaskarżył je w całości. W odwołaniu Oferent - podniósł zarzut niespełnienia przez Mediko Sp. z o.o. kryterium „ciągłość", ponieważ w dniu złożenia oferty, nie realizuje na podstawie umowy, procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu kardiologia. Odwołujący się podkreślił, że w postępowaniach na rok 2019 i 2024 nie było ogłoszonego konkursu ofert, na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej - w zakresie: kardiologia (kody: 02.0011.001.02; 02.1100.401.02) na obszarze Zielonej Góry, którego uczestnikiem czy wybranym oferentem byłaby Mediko Sp. z o.o. Zdaniem Oferenta, wynik zakończonego postępowania konkursowego, narusza jego słuszny interes prawny, ponieważ naruszona została zasada równego traktowania oferentów oraz zasada uczciwej konkurencji. W oparciu o tak sformułowane zarzuty, Oferent wniósł o ponowną weryfikację poprawności przyznanych punktów Mediko Sp. z o.o.

Pismami z dnia 13 listopada 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 zgłoszonych żądań.

Z prawa do zapoznania się z aktami prowadzonego postępowania administracyjnego, w tym z dokumentacją z zakończonego konkursu ofert, dnia 19.11.2024 r. skorzystał Oferent - APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze. Pismem z dnia 20 listopada 2024 roku Odwołujący się przedstawił swoje końcowe stanowisko w sprawie, zgodnie z którym:

- brak jest w dokumentacji Mediko Sp. z o. o. informacji o zasadności przyznania 23 punktów w ramach kryterium „ciągłość",
- brak jest podstawy prawnej, w oparciu o którą Mediko Sp. z o. o. udziela świadczeń,

- umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być przedłużona o 6 miesięcy (art. 156 ust. 1 ustawy o świadczeniach) i tylko w przypadku, gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń, co zdaniem Odwołującego się nie miało miejsca na terenie Zielonej Góry,
- brak informacji, dlaczego Odwołujący się nie otrzymał punktów za kryterium „ciągłość" oraz dlaczego Oferent - APP Prokardio Sp. z o. o. nie mógł sprostować tego kryterium,
- świadczone w ramach POK - porady i badania z zakresu kardiologii - są tożsame z kryterium dotyczącym ciągłości, dlatego Oferent - APP Prokardio Sp. z o. o. powinien uzyskać 13 punków w ramach kryterium „ciągłość".

W wyniku wszczęcia niniejszego postępowania administracyjnego, Organ włączył do akt tego postępowania - pełne akta postępowania konkursowego, które prowadzone było pod nr 04-25-000032/AOS/02/1/01, 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 13 listopada 2024 roku.

Po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez APP Prokardio Sp. z o. o. z siedzibą w Zielonej Górze, 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 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 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 (Dz.U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.).

Przedstawione powyżej dokumenty określają kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców, które miały zastosowanie w zakończonym postępowaniu konkursowym. Dokumenty te zostały wskazane w ogłoszeniu o postępowaniu 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 przezprzełykowa 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:

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

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

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,

Cof - 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 $C_{of} > C_{min}$.

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).

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 1, 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 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 programy lekowe 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 programy lekowe, 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. 31lc 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 każdej z ofert złożonych w ramach postępowania konkursowego nr 04-25-000032/AOS/02/1/01.

Mediko" Sp. z o.o. z siedzibą w Zielonej Górze (oferta nr 04-25-000032/AOS/02/1/01/1/0402):

Kryterium jakość - maksymalna suma punktów 33; oferent uzyskał 17 punktów za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytania:

- czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii - Co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, oferent uzyskał 6 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,

- AOS_W 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, oferent uzyskał 2 punkty ujemne,
- [redacted], oferent uzyskał 2 punkty,
- [redacted], oferent uzyskał 2 punkty,
- [redacted], 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 2 punkty za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytanie:

- [redacted], oferent uzyskał 2 punkty.

Kryterium dostępność - maksymalna suma punktów: 11; oferent uzyskał 8 punktów za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytanie:

- 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; co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń, oferent uzyskał 8 punktów.

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 4,326 punktów, ponieważ zaproponował cenę niższą (1,65 zł) aniżeli wskazaną przez Zamawiającego - jako cena oczekiwana.

Agiam Group Sp. z o.o. z siedzibą w Czerwieńsku (oferta nr 04-24-000032/AOS/02/1/01/2/0402):

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,
- [redacted], oferent uzyskał 2 punkty,
- [redacted], oferent uzyskał 2 punkty,
- [redacted], 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 8 punktów za udzielenie pozytywnej odpowiedzi na pytania:

- [redacted] - zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu ambulatoryjnym, oferent uzyskał 2 punkty,
- [redacted], oferent uzyskał 2 punkty,
- [redacted], oferent uzyskał 2 punkty,
- 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 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 04-24-000032/AOS/02/1/01/3/0402):

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,
- [redacted], oferent uzyskał 2 punkty,
- [redacted], oferent uzyskał 2 punkty,
- [redacted], 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:

- [redacted], oferent uzyskał 2 punkty,
- [redacted], 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 4,888 punktów, ponieważ zaproponował cenę niższą [redacted] aniżeli wskazaną przez Zamawiającego - jako cena oczekiwana.

Po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 04-25-000032/AOS/02/1/01, ranking otwarcia przedstawiał się następująco:

Nazwa oferenta	Kryteria						Liczba punktów za kryteria pozaceno-we	Łączna liczba punktów oceny
	Jakość	Komplek sowość	Dostęp ność	Ciągłość	Inne	Cena		
Mediko Sp. z o.o.	17	2	8	23	0	4,326	**50**	**54,326**
APP Prokardio Sp. z o.o.	25	4	11	0	0	4,888	**40**	**44,888**
Agiam Group Sp. z o.o.	20	8	11	0	0	2,500	**39**	**41,500**

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 dwóch oferentów zaproponowało cenę niższą niż cena oczekiwana, tj.:

- Mediko Sp. z o.o. - zaproponowała cenę [redacted], a więc cenę niższą o [redacted] niż cena oczekiwana, za co oferent ten otrzymał 4,326 punktu;
- APP Prokardio Sp. z o.o. - zaproponowała cenę [redacted], a więc cenę niższą o [redacted] niż cena oczekiwana, za co oferent ten otrzymał 4,888 punktu;
- Agiam Group Sp. z o.o. - zaproponowała cenę oczekiwaną [redacted], za co otrzymała 2,5 punktu.

W wyniku ewentualnego przeprowadzenia negocjacji ceny, przy założeniu, że każdy z oferentów zdecydowałby się obniżyć cenę oczekiwaną [redacted] o maksymalnie [redacted] tj. do ceny [redacted] oferenci uzyskaliby dodatkowo:

- Mediko Sp. z o.o. - zaproponowała cenę [redacted], a więc cenę niższą o [redacted] niż cena oczekiwana, za co oferent ten otrzymał 4,326 punktu, gdyby obniżył cenę do [redacted] otrzymałby dodatkowo 0,674 punktu;

- APP Prokardio Sp. z o.o. - zaproponowała cenę [redacted] a więc cenę niższą o [redacted] niż cena oczekiwana, za co oferent ten otrzymał 4,888 punktu, gdyby obniżył cenę do [redacted] otrzymałby dodatkowo 0,112 punktu;
- Agiam Group Sp. z o.o. - zaproponowała cenę oczekiwaną [redacted], za co otrzymał 2,5 punktu, gdyby obniżył cenę do [redacted] otrzymałby dodatkowo 2,5 punktu.

Ewentualne uzyskanie tych dodatkowych punków, nie miałoby 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 pozaceno-we	Łączna liczba punktów oceny
	Jakość	Komplek sowość	Dostęp ność	Ciągłość	Inne	Cena		
Mediko Sp.z o.o.	17	2	8	23	0	4,326	**50**	**54,326**
APP Prokardio Sp. z o.o.	25	4	11	0	0	4,888	**40**	**44,888**
Agiam Group Sp. z o.o.	20	8	11	0	0	2,500	**39**	**41,500**

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., 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 (tj.: 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].

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 ocena (konfrontacja) znalazła swoje odzwierciedlenie w treści uzasadnienia niniejszej decyzji.

Organ po przeanalizowaniu zarzutów przedstawionych przez Odwołującego się w piśmie z dnia 20 listopada 2024 roku, wskazuje, że kryterium „ciągłość" - stanowi kryterium ustawowe, które zostało przedstawione 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 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 2013 r., 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.

W części VIII formularza ofertowego Mediko Sp. z o.o. udzielił następujących odpowiedzi w rozdziale 1.4, na pytania ankietowe dotyczące kryterium „ciągłości":

- pytanie 1.4.1.1 - 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, ponieważ udzielił odpowiedzi „Tak";
- pytanie 1.4.1.2 - w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oferent uzyskał 10 punktów, ponieważ udzielił odpowiedzi „Nieprzerwanie od 10 lat".

W wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego, które prowadzone było na przełomie 2010 i 2011 roku, Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł z Mediko Sp. z o.o. umowę nr 0402/0175/12, której przedmiotem było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia w zakresie kardiologii. Umowa ta została - początkowo - zawarta na okres od 1 stycznia 2011 roku do 31 grudnia 2013 roku. Umowa ta była następnie kilkukrotnie przedłużana w formie aneksów, na podstawie przepisów:

- art. 4 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2013r., poz. 1290);

- art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2014r., poz. 1138);
- art. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 roku zmieniającej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r., poz. 2198);
- art. 6 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 844);
- art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2018 r., poz. 1515);
- art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 16 maja 2019 roku o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r., poz. 1128);
- art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 roku o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. z 2020 r., poz. 567 ze zm.);
- art. 156 ust. 1a ustawy dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W wyniku zawarcia kolejnych aneksów, umowa nr 0402/0175/24 będzie jeszcze realizowana przez Mediko Sp. z o.o. do dnia 31 grudnia 2024 roku.

W dniu 4 stycznia 2024 roku Zamawiający ogłosił postępowanie konkursowe nr 04-24-000124/AOS/02/1/01, którego przedmiotem było zakontraktowanie na okres od 1 lipca 2024 roku do 30 czerwca 2029 roku świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia w zakresie kardiologii, na obszarze miasta Zielona Góra. W ogłoszeniu Zamawiający wskazał wartość zamówienia na kwotę 2 006 737,13 zł - w okresie od 1 lipca 2024 roku do 31 grudnia 2024 roku, a także liczbę maksymalnie 3 umów do zawarcia. W dniu 16 maja 2024 roku Zamawiający ogłosił rozstrzygnięcie postępowania konkursowego nr 04-24-000124/AOS/02/1/01. W wyniku tego rozstrzygnięcia Zamawiający dokonał wyboru trzech ofert na łączna kwotę 1 137 754,19 zł, co oznacza, że w zakończonym postępowaniu konkursowym udało się Zamawiającemu zakontraktować tylko nieco ponad połowę świadczeń ambulatoryjnych, koniecznych do ich zabezpieczenia na obszarze miasta Zielona Góra. W konsekwencji, Zamawiający zmuszony był do ogłoszenia uzupełniającego konkursu ofert. Do czasu rozstrzygnięcia tego postępowania, Zamawiający zmuszony był również do przedłużenia umowy nr 0402/0175/24 - do dnia 31 grudnia 2024 roku, tj. na okres 6 miesięcy, w trakcie którego prowadzone było postępowanie konkursowe nr 04-25-000032/AOS/02/1/01. Przedłużenie umowy nr 0402/0175/24 nastąpiło na podstawie przepisu art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Umowa ta została przedłużona, w celu zabezpieczenia - w tym czasie - na terenie miasta Zielona Góra, ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych z zakresu kardiologii, których nie udało się (w całości) zabezpieczyć w ramach postępowania konkursowego nr 04-24-000124/AOS/02/1/01.

Zgodnie z przepisem art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *w przypadku gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy.*

W ocenie Organu, Komisja konkursowa prawidłowo oceniła odpowiedzi Mediko Sp. z o.o. - na pytania 1.4.1.1 oraz 1.4.1.2, które zawarte są w części VIII formularza ofertowego. Mediko Sp. z o.o. od 1 stycznia 2011 roku nieprzerwanie udziela świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia w zakresie kardiologii. Umowa nr 0402/0175/24 wiąże strony do dnia 31 grudnia 2024 roku. W konsekwencji, Komisja konkursowa prawidłowo przyznała Mediko Sp. z o.o. 23 punkty w ramach kryterium „ciągłość".

Pozostali dwaj oferenci, tj. Odwołujący się oraz Agiam Group Sp. z o.o., nie uzyskali punktów za kryterium ciągłość, bowiem na dzień złożenia swoich ofert, nie łączyła ich umowa z Zamawiającym w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia w zakresie kardiologii. Obaj ci oferenci złożyli negatywne odpowiedzi na pytania 1.4.1.1 oraz 1.4.1.2, które zawarte są w części VIII formularza ofertowego.

Twierdzenie Odwołującego się, że świadczone w ramach POK - porady i badania z zakresu kardiologii - są tożsame z kryterium dotyczącym ciągłości, nie znajduje swojego potwierdzenia w warunkach opisujących to kryterium. Mianowicie, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń.

Należy podkreślić, że 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 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 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) punkty. W konsekwencji, Odwołujący się (jako nowy podmiot) - nie otrzymując punktów za kryterium „ciągłość", jednocześnie nie był oceniany i nie otrzymał punktów ujemnych, w zakresie oceny kryterium „jakość" - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, za które można było otrzymać maksymalnie minus 32 punkty.

W ogłoszeniu o postępowaniu 04-25-000032/AOS/02/1/01 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:

- Mediko" Sp. z o.o. z siedzibą w (65-061) w Zielonej Górze, pl. Pocztowy 16 (oferta nr 04-25-000032/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.

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, 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 2024 r., poz. 935) 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) „Mediko" Sp. z o.o. z siedzibą w (65-061) w Zielonej Górze przy Pl. Pocztowym 16;
2) APP Prokardio Sp. z o.o. z siedzibą w (65-740) Zielonej Górze przy ul. Generała Mariana Langiewicza 37/1;
3) a/a