

WO-DO.422.3.2022

Poznań, dnia 28 kwietnia 2022 roku

DECYZJA NR 4/2022/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), zwanej dalej „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach”, w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 735 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 8 kwietnia 2022 roku postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 maja 2022 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie logopedii na obszarze powiatów: 3007 kaliski, 3061 Kalisz, wniesionych przez świadczeniodawców: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Gminnego Ośrodka Zdrowia w Liskowie, z siedzibą w Liskowie (62-850), ul. Ogrodowa 5 oraz Felicję Kędzierską – Rybiałek, prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą NZOZ Specjalistyczny Gabinet Lekarski SYNAPSA FELICJA KĘDZIERSKA-RYBIAŁEK w Kaliszu (62-800), ul. Obozowa 1, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie pełnomocnictwa nr 85/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2021 roku:

- 1. oddała w całości odwołanie wniesione przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Gminnego Ośrodka Zdrowia w Liskowie;**
- 2. oddała w całości odwołanie wniesione przez Felicję Kędzierską – Rybiałek.**

UZASADNIENIE

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ogłosił w dniu 28 lutego 2022 roku na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1858), postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 maja 2022 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii na obszarze powiatów: 3007 kaliski, 3061 Kalisz.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 38 942,36 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 maja 2022 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 1 (słownie: jedna).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy w dniu 8 kwietnia 2022 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

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

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

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

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

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, po rozpatrzeniu odwołania 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.

W postępowaniu nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 maja 2022 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii na obszarze powiatów: 3007 kaliski, 3061 Kalisz, złożono 3 (słownie: trzy) oferty:

- 1) oferta numer 15-22-000127[02/1]-0001/00 złożona przez oferenta: Felicja Kędzierska – Rybiałek, prowadząca działalność gospodarczą pod firmą NZOZ Specjalistyczny Gabinet Lekarski SYNAPSA FELICJA KĘDZIERSKA-RYBIAŁEK w Kaliszu (62-800), ul. Obozowa 1,
- 2) oferta numer 15-22-000127[02/1]-0002/00 złożona przez oferenta: GO-MAX GROUP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. T. Kościuszki 19/7.
- 3) oferta numer 15-22-000127[02/1]-0003/00 złożona przez oferenta: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Gminnego Ośrodka Zdrowia w Liskowie z siedzibą w Liskowie (62-850), ul. Ogrodowa 5.

Postępowanie nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 maja 2022 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii na obszarze powiatów: 3007 kaliski, 3061 Kalisz, prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz.U. poz. 1858);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.),
- zarządzenia nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.),

- zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm),
- o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 28 lutego 2022 roku.

Działając na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 odrzuciła ofertę złożoną przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Gminnego Ośrodka Zdrowia w Liskowie z siedzibą w Liskowie (62-850), ul. Ogrodowa 5, jako niespełniającą wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy.

Warunki wymagane spełniało 2 (słownie: dwóch) oferentów. Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert na dokonanie oceny i porównanie ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 2 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

1. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

a) kategorii „Personel”:

- specjalista w dziedzinie surdologopedii lub neurologopedii – 100% czasu pracy poradni:
 - tak (26,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);

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

- udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie
 - tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej (5,00 punktów ujemnych);
 - tylko na podstawie kontroli (3,00 punkty ujemne);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie:
 - tylko na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej (5,00 punktów ujemnych);

- tylko na podstawie kontroli (3,00 punkty ujemne);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);
- braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- 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 (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- 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 (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli:
 - tak (1,00 punkt ujemny);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli.:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:

- tak (4,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (3,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
 - brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli:
 - tak (2,00 punkty ujemne);
 - nie (brak punktów ujemnych);
- c) kategorii „Pozostałe warunki” – część wspólna:
- certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
 - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
 - prowadzenie historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawianie recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku:
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);

2. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kryterium „Sposób wykonywania umowy”:

- 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 (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- 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 (8,00 punktów);
- nie (0,00 punktów);
- 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 specjalistycznej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania (8,00 punktów);
 - 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 specjalistycznej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania (6,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844):
 - od 1 do 3 programów lekowych (4,00 punkty);
 - od 4 do 6 programów lekowych (6,00 punktów);
 - 7 i więcej programów lekowych (8,00 punktów);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów).

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

a) kryterium „Dostępność – harmonogram pracy”:

- czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu – jedna odpowiedź do wyboru:

- 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 (4,00 punkty);
- 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. (6,00 punktów);
- 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 (8,00 punktów);
- żadne z powyższych (0,00 punktów);

b) kryterium „Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej”:

- odrębna aplikacja służąca realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady:
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych w miejscu udzielania świadczeń:
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (0,00 punktów);

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- w dniu złożenia oferty realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń:
 - tak (13,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- w dniu złożenia oferty realizacja na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie – jedna odpowiedź do wyboru:
 - nieprzerwanie od 5 lat (7,00 punktów);
 - nieprzerwanie od 10 lat (10,00 punktów);
 - żadne z powyższych (0,00 punktów);

5. Inne warunki oceniane:

- współpraca z Agencją – przekazywanie przez świadczeniodawcę w terminie danych, 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 (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- 6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 5,00 punktów).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:

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

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

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

gdzie:

y_c – liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny,

C_{maks} – $1,1 \times C_{NFZ}$,

C_{min} – $0,9 \times C_{NFZ}$,

C_{of} – cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} – cena oczekiwana,

s – maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny określona dla przedmiotu postępowania,

A – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} < C_{min}$,

B – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} \geq C_{min}$.

W dniu 8 kwietnia 2022 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmiot, z którym zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii na obszarze powiatów: 3007 kaliski, 3061 Kalisz, wskazano oferenta: GO-MAX GROUP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kaliszu (62-800), ul. T. Kościuszki 19/7.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty złożonej przez Felicję Kędzierską – Rybiałek, prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą NZOZ Specjalistyczny Gabinet Lekarski SYNAPSA FELICJA KĘDZIERSKA-RYBIAŁEK w Kaliszu (62-800), ul. Obozowa 1.

Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania konkursowego i spełniających warunki wymagane, ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)									
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBORZE OFERTY
		ZA OFERTĘ CENOWA	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. GO-MAX GROUP Spółka z o.o.	Poradnia logopedyczna Kalisz (62-800), ul. Zagorzynek 34	2,5	2,00	2,00	5,00	23,00	0,00	34,50	TAK
2. Felicja Kędzierska-Rybiałek	Poradnia logopedyczna Kalisz (62-800), ul. Obozowa 1	2,5	2,00	0,00	9,00	0,00	0,00	13,50	NIE

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) – część wspólna oraz Tabeli nr 1 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)” część 55. „55. Przedmiot postępowania: Świadczenia w zakresie logopedii” załącznika nr 2 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie

szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.).

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII. formularza ofertowego „Ankiety” oferenci, których oferty poddano ocenie w postępowaniu nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii, udzielali następujących odpowiedzi:

Oferent: GO-MAX GROUP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- zadeklarował specjalistę w dziedzinie surdologopedii lub neurologopedii – 100% czasu pracy poradni, jednak w wyniku weryfikacji dokonanej przez komisję konkursową, na podstawie dokumentów załączonych do oferty oraz złożonych wyjaśnień ustalono, że nie spełnia tego kryterium, co skutkowało nieprzyznaniem punktów rankigujących;

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował nieprzekazania 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował obciążenia 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,

- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

3) Pozostałe warunki:

- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że 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, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowości:

1) Sposób wykonywania umowy:

- zadeklarował realizację 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, za co otrzymał 2,00 punkty,

- nie zadeklarował realizacji 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, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji:
 - 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 specjalistycznej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania,
 - 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 specjalistycznej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania,

za co nie otrzymał punktów,

- na pytanie o realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844) wskazał odpowiedź „żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Dostępność – harmonogram pracy:

- zadeklarował, że 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, za co otrzymał 4,00 punkty;

2) Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:

- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1,00 punkt,

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi żadne z powyższych, za co otrzymał 13,00 punktów,
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat, za co otrzymał 10,00 punktów,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, 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., za co nie otrzymał punktów.

VI. W zakresie kryterium ceny: oferent GO-MAX GROUP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,18 zł, za co otrzymał 2,5 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

W zakresie warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania.

Oferent: Felicja Kędzierska – Rybialek:

I. W zakresie kryterium jakość:

1) Personel:

- nie zadeklarował specjalisty w dziedzinie surdologopedii lub neurologopedii – 100% czasu pracy poradni, za co nie otrzymał punktów,

2) Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – część wspólna:

- na pytanie o udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- na pytanie o udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie udzielił odpowiedzi „żadne z powyższych”, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował braków w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował nieprzekazania 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował obciążenia 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, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie przyznano punktów ujemnych,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli, za co nie przyznano punktów ujemnych,

3) Pozostałe warunki:

- zadeklarował certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 2,00 punkty,
- nie zadeklarował certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że 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, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium kompleksowość:

1) Sposób wykonywania umowy:

- nie zadeklarował realizacji 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, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji 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, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji:
 - 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 specjalistycznej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania,
 - 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 specjalistycznej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania,

za co nie otrzymał punktów,

- na pytanie o realizację umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844) wskazał odpowiedź „żadne z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

III. W zakresie kryterium dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

1) Dostępność – harmonogram pracy:

- zadeklarował, że 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, za co otrzymał 6,00 punktów;

2) Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:

- zadeklarował odrębną aplikację służącą realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady, za co otrzymał 2,00 punkty,
- zadeklarował co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 1,00 punkt,

IV. W zakresie kryterium ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń, udzielił odpowiedzi „nie”, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 albo 10 lat, za co nie otrzymał punktów,

V. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją w zakresie przekazywania w terminie danych, 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., za co nie otrzymał punktów.

- VI.** W zakresie kryterium ceny: oferent Felicja Kędzierska - Rybiałek zaoferowała cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,18 zł, za co otrzymała 2,5 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

W zakresie warunków wymaganych oferent zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał wymagania określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania.

Oferta złożona przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Gminnego Ośrodka Zdrowia w Liskowie, jako oferta odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, **nie podlegała ocenie**. Wobec powyższego brak jest podstaw do prezentacji udzielonych w jej treści odpowiedzi na pytania rankingujące, a to z uwagi na fakt, że przedstawiona punktacja przedmiotowej oferty pod kątem prawdziwości i prawidłowości oświadczeń co do zadeklarowanych kryteriów, podlegających dodatkowemu punktowaniu, byłaby wyłącznie hipotetyczna. Niniejsze postępowanie, w zakresie odwołania wniesionego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Gminnego Ośrodka Zdrowia w Liskowie, ma na celu ocenę prawidłowości działania komisji konkursowej w zakresie podjęcia decyzji o odrzuceniu jego oferty oraz, czy w tym zakresie naruszono jego interes prawny.

Rozstrzygnięcie postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 nastąpiło w dniu 8 kwietnia 2022 roku.

W dniu 15 kwietnia 2022 roku, drogą pocztową, do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 (data nadania w placówce pocztowej: 14 kwietnia 2022 roku), wniesione przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Gminnego Ośrodka Zdrowia w Liskowie z siedzibą w Liskowie (62-850), ul. Ogrodowa 5, reprezentowany przez jego kierownika – Pana Przemysława Kawalę, zwanego dalej „Odwołującym SP ZOZ w Liskowie”. Odwołanie zostało wniesione w terminie. Do odwołania załączono:

- 1) odwołanie z dnia 25 marca 2022 roku od decyzji o odrzuceniu oferty z dnia 21 marca 2022 roku (protest świadczeniodawcy),

- 2) powiadomienie z dnia 5 kwietnia 2022 roku o rozstrzygnięciu protestu wniesionego w sprawie odrzucenia oferty,
- 3) zawiadomienie z dnia 21 marca 2022 roku o odrzuceniu oferty w całości,
- 4) wydruk z systemu informatycznego Formularza ofertowego dotyczącego oferty Odwołującego SP ZOZ w Liskowie (części od I do VIII).

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia ww. postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert, Odwołujący SP ZOZ w Liskowie wniósł o unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii. Wskazał bowiem, że komisja konkursowa odrzuciła jego ofertę powołując się na treść art. 103 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633), zwaną dalej: „ustawą o działalności leczniczej”, natomiast świadczeniodawca posiada i posiadał na dzień składania oferty aktualny wpis do rejestru podmiotów leczniczych. Co prawda nie było w nim dodanej komórki organizacyjnej oznaczonej częścią VIII kodu resortowego: 1616 – Poradnia logopedyczna, ponieważ Odwołujący SP ZOZ w Liskowie uważał, że działania te może spełniać Medycyna szkolna.

Odwołujący SP ZOZ w Liskowie zauważył, że w warunkach ogólnych i szczegółowych, o których mowa była w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie było bezpośredniego wskazania na potrzebę rejestracji konkretnej komórki organizacyjnej 1616 – Poradnia logopedyczna, zaś formularz ofertowy w programie KO-NFZ pozwolił na włączenie tego zakresu świadczeń do profilu Medycyna szkolna i w taki sposób przygotowano ofertę.

Nadmienił przy tym, że urząd wojewódzki administrujący rejestrem podmiotów leczniczych dokonuje wpisu w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, co w jego ocenie jest zbyt długim terminem w stosunku do czasu wyznaczonego na złożenie oferty. Ponadto zaznaczył, że wpis jest dodatkowo płatny, a także wymaga kolejnej korekty w przypadku nieświadczenia usług w danym zakresie, czego konsekwencją jest konieczność usunięcia wpisu. W jego ocenie sensownym i ekonomicznym rozwiązaniem byłoby dokonywanie wpisu po wygraniu konkursu ofert i w sposób oczywisty – przed rozpoczęciem udzielania świadczeń w danym zakresie. Zdaniem Odwołującego SP ZOZ w Liskowie narzucony sposób postępowania powoduje dodatkowe koszty dla placówek medycznych i spore zamieszanie administracyjne.

Odwołujący SP ZOZ w Liskowie przedstawił również argument, że usługi logopedy nie są typowymi działaniami z zakresu medycyny, co potwierdzają również wymagania kwalifikacyjne, respektowane przez NFZ. Logopeda nie musi posiadać wykształcenia medycznego, natomiast wydaje się, że konieczne jest przygotowanie pedagogiczne, doświadczenie w pracy z dziećmi, co zbliża go do działalności szkoły – a zatem medycyny szkolnej. W taki sposób odwołujący SP ZOZ w Liskowie

uzasadnił własny pogląd i konsekwencję zakwalifikowania zakresu do posiadanej przez nich komórki organizacyjnej.

Wskazał również, że placówka od 2017 roku świadczy nieodpłatne usługi logopedyczne właśnie w komórce organizacyjnej Medycyna szkolna. Przygotowana przez niego oferta zawierała bardzo korzystne warunki cenowe dla Funduszu, co – wydaje się – powinno przedstawiać większe znaczenie, aniżeli formalno-administracyjne aspekty.

Odwołujący SP ZOZ w Liskowe obawia się, że brak wsparcia ze strony NFZ i rosnące koszty utrzymania oraz długofalowe skutki pandemii spowodują, że świadczeniodawcy nie będzie stać na samodzielne finansowanie usług logopedy, na czym w sposób oczywisty ucierpią pacjenci, którzy nie będą mieli zapewnionej opieki w tym zakresie. Ponadto z uwagi na duże odległości (30-40 km) i konieczność ponoszenia kosztów dojazdu, nie będą korzystali z tych świadczeń w większych miastach (Kalisz, Turek, Sieradz).

W dniu 19 kwietnia 2022 roku, drogą pocztową, do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 (data nadania w placówce pocztowej: 15 kwietnia 2022 roku), wniesione przez Felicję Kędzierską – Rybiałek, prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą NZOZ Specjalistyczny Gabinet Lekarski SYNAPSA FELICJA KĘDZIERSKA-RYBIAŁEK w Kaliszu (62-800), ul. Obozowa 1, zwaną dalej: „Odwołującym Synapsa”. Odwołanie wniesiono z zachowaniem ustawowego terminu.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia ww. postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert, Odwołujący Synapsa zarzucił komisji konkursowej naruszenie zasad przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności zasady równego traktowania wszystkich oferentów i zasady uczciwej konkurencji, wynikających z art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy, poprzez dokonanie wyboru ofert podmiotów w oparciu o niepełną, nierzetelną i nieprawidłową ocenę spełnianych przez nie wymogów w kontekście zasad wynikających z rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ, co przejawiało się m.in. w nieprzeprowadzeniu z Odwołującym Synapsa negocjacji. Wniósł o dołączenie do akt postępowania dokumentów z postępowania ofertowego i ich udostępnienie.

W uzasadnieniu odwołania doprecyzował, że zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy, komisja konkursowa w części niejawnego konkursu może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia: liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej lub ceny za udzielane świadczenia. Ponadto zgodnie z art. 134 ust. 1 Ustawy Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich

świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

W kontekście powyższego Odwołujący Synapsa podniósł, że prowadząc negocjacje i całe postępowanie konkursowe, komisja powinna była uwzględniać ww. zasady postępowania. Tymczasem nie miał on realnej możliwości przeprowadzenia negocjacji, ponieważ nie został na nie zaproszony.

W ocenie Odwołującego Synapsa trudno uznać za uzasadniony brak zaproszenia go do negocjacji, skoro jest kontynuatorem działalności wykonywanej przez podmiot dotychczas realizujący sprawnie świadczenia z zakresu logopedii w rejonie Kalisza, czyli [REDAKTOWANE] którego przedsiębiorstwo zostało nabyte przez Odwołującego Synapsa. Jego zdaniem okoliczność ta powinna zostać uwzględniona przy ocenie jego oferty jako istona w kontekście potrzeb zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń.

Powołując się na jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz przywołaną w odwołaniu argumentację, Odwołujący Synapsa wniósł o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie z nim postępowania w trybie rokowań.

Wobec wniesionych w przewidzianym do tego terminie odwołań od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01, postanowieniem nr 1/2022 z dnia 19 kwietnia 2022 roku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, połączył przedmiotowe sprawy do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia.

Pismami z dnia 19 kwietnia 2022 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działający w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, poinformował strony niniejszego postępowania o wszczęciu postępowania administracyjnego w połączonych do wspólnego rozpatrzenia i rozstrzygnięcia sprawach z wniesionych odwołań od rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01, a także o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.), w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronom prawie wglądu w akta sprawy.

W dniu 25 kwietnia 2022 roku z uprawnienia do wglądu w akta sprawy skorzystała Pani Felicja Kędzierska-Rybiałek – reprezentująca Odwołującego Synapsa, natomiast w dniu 26 kwietnia 2022 roku Pan Przemysław Kawala – reprezentujący Odwołującego SP ZOZ w Liskowie.

W dniu 27 kwietnia 2022 roku drogą poczty elektronicznej do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo Odwołującego Synapsa datowane na 25 kwietnia 2022 roku jako stanowisko w sprawie.

W treści rzeczzonego pisma zarzuciła naruszenie przez komisję naruszenie zasad prowadzenia postępowania konkursowego określonych w art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy poprzez nieprzyznanie punktów Odwołującemu Synapsa za kryterium ciągłości oraz kompleksowości, podczas gdy spełnia on wymogi przyznania wysokiej punktacji.

W uzasadnieniu pisma Odwołujący Synapsa w zasadzie powtórzył argumenty przedstawione w odwołaniu od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Dodał, że mimo oczywistych dowodów świadczących o tym, że Odwołujący Synapsa od 18 lat w sposób nieprzerwany udzielał świadczeń z zakresu logopedii, w tym – przez tego samego logopedę. W jego ocenie trudno o bardziej oczywiste fakty. Jednocześnie Odwołujący Synapsa zaznaczył, że powołując się na okoliczność świadczenia usług logopedycznych ma na myśli zarówno te zakontraktowane i opłacane przez NFZ, ale również finansowane ze środków własnych od września 2021 roku. Zdaniem Odwołującego Synapsa brak punktacji za kontynuowanie jest oczywistym błędem ze strony Funduszu, jednak możliwym do naprawienia, bowiem istotne jest zapewnienie najlepszej opieki pacjentom, co Odwołujący Synapsa gwarantuje.

W piśmie z dnia 25 kwietnia 2022 roku Odwołujący Synapsa ponownie wniósł o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie z nim postępowania w trybie rokowań.

Do pisma załączono:

- 1) wykaz świadczeń udzielonych przez zatrudnionego przez Odwołującego Synapsa logopedę w okresie od 09/2020 do 12/2021
- 2) faktury wystawione przez ww. logopedę na świadczeniodawcę: NZOZ Specjalistyczne Centrum „Synapsa” [redacted], ul. Obozowa 1, 62-800 Kalisz w okresie od 09/2020 do 09/2021,
- 3) potwierdzenie przelewów na rzecz ww. logopedy dokonywanych przez NZOZ Specj. Gabinet Lek. Synapsa dokonanych w dniach: 10.08.2020 (za 07/2020), 14.09.2020 (za 08/2020), 12.10.2020 (za 09/2020), 12.02.2021 (za 01/2021), 09.03.2021 (za 02/2021), 13.04.2021 (za 03/2021), 16.08.2021 (za 07/202) i 14.09.2021 (za 08/2021),
- 4) wydruk historii rachunku bankowego NZOZ Specjalistyczny Gabinet Lekarski Synapsa Felicja Kędzierska-Rybiałek potwierdzających przelew na rachunek bankowy ww. logopedy za okresy: 09/2021, 10/2021, 11/2021, 01/2022 i 02/2022.

W dniu 27 kwietnia 2022 roku pismem przesłanym za pośrednictwem poczty elektronicznej (godz. 16:28) o wstąpieniu do toczącego się postępowania administracyjnego na prawach przysługujących

prokuratorowi – zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o Rzeczniku Małych i Średnich Przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 648) Prezesa Funduszu zawiadomił Rzecznik Małych i Średnich Przedsiębiorców. W przedmiotowym piśmie wniósł o udostępnienie akt sprawy poprzez przesłanie ich na adres poczty elektronicznej, uzasadniając to żądanie wskazaniem podstawy prawnej z art. 15zzzzzn pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 poz. 2095 z późn. zm), zwaną dalej „ustawą covidową”.

Na skutek wniesionych odwołań dotyczących rozstrzygnięcia z dnia 8 kwietnia 2022 roku postępowania numer 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 maja 2022 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii na obszarach powiatów: 3007 kaliski, 3061 Kalisz, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w odwołaniach. Rozpatrzone zostały ponadto zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania konkursowego. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

Uprzedzając szczegółowe odniesienie się do zarzutów **Odwołującego SP ZOZ w Liskowie**, dotyczących przebiegu postępowania konkursowego nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 w kontekście analizy, czy doszło do naruszenia jego interesu prawnego, należy przede wszystkim wskazać, że istota prowadzonego postępowania administracyjnego skupia się w tym przypadku na kwestii oceny prawidłowości postępowania komisji konkursowej, która prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii, odrzuciła ofertę **Odwołującego SP ZOZ w Liskowie** jako niespełniającą warunków wymaganych, o których mowa w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Powyższe zaakcentował również Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 8 stycznia 2015 r. o sygn. II GSK 2056/13 wskazując, że „*W sprawie, w której ofertę skarżącej odrzucono, istota sporu dotyczy zasadności tego odrzucenia.*”.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym przede wszystkim wymagane kwalifikacje personelu oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, określają wydane na podstawie

upoważnienia zawartego w art. 31d Ustawy rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia. W przedmiotowym postępowaniu konkursowym zastosowanie w tym względzie znalazło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.), zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”. Ponadto Prezes Funduszu – na podstawie art. 146 ust. 1 Ustawy – określił przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie oraz mając na uwadze konieczność stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej. W drodze delegacji, o której mowa w art. 146 Ustawy, Prezes Funduszu wydał zarządzenie obejmujące istotne zagadnienia związane z postępowaniem prowadzonym w trybie konkursu ofert, określając jednocześnie szczegółowe warunki zawierania oraz realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie ww. umowy (oferent) ma obowiązek przygotować i złożyć ofertę zgodnie z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania i realizacji umów. Dla przedmiotowego postępowania zastosownie znalazło w tym względzie zarządzenie nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ze zm.), zwane dalej: „zarządzeniem 182/2019/DSOZ”. Warunki wymagane określone w przepisach prawa, jak również warunki określone przez Prezesa Funduszu, mają charakter warunków *sine qua non* uczestnictwa w postępowaniu. Formułowane są w taki sposób, że można je spełniać lub nie, zaś samo ich spełnianie nie podlega stopniowaniu. Z kolei niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy, skutkuje na mocy art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy odrzuceniem oferty.

Wyrazem realizacji zasady zapewniającej równe traktowanie świadczeniodawców są również określone przez Ministra Zdrowia szczegółowe kryteria oceny ofert. Dla przedmiotowego postępowania zostały one określone w Załączniku 2. „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna” w Tabeli nr 1. „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)” część 55. „55. Przedmiot postępowania: Świadczenia w zakresie logopedii” oraz w Tabeli nr 2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) - część wspólna” rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie

zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 z późn. zm.), zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert”. Pozwalają one z kolei na ocenę oferty ponad warunki wymagane i umożliwiają zgodne z zasadami uczciwej konkurencji sporządzanie oferty przez uczestników postępowania konkursowego w oparciu o takie same kryteria dotyczące jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości udzielania świadczeń. Jednocześnie, co istotne, zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

W toku prowadzonego postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 oferta złożona przez Odwołującego SP ZOZ w Liskowie została odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnianie warunków wymaganych, tj. brak zarejestrowanej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą na dzień złożenia oferty (i najpóźniej – dzień otwarcia ofert – 16 marca 2022 roku), komórki organizacyjnej charakteryzowanej częścią VIII kodu resortowego: 1616 – Poradnia logopedyczna. Zmiana wpisu dotyczącego Odwołującego SP ZOZ w Liskowie w rejestrze podmiotów leczniczych w tym zakresie, nastąpiła dopiero od dnia 18 marca 2022 roku, a zatem już po złożeniu przez świadczeniodawcę oferty mimo, że zadeklarował w złożonej w ofercie, że *„W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania”*.

Odwołujący SP ZOZ w Liskowie zakwestionował powyższe stanowisko wskazując m.in., że z żadnych warunków wymaganych nie wynika obowiązek udzielania świadczeń z zakresu logopedii właśnie w komórce organizacyjnej 1616 – Poradnia logopedyczna, a ponadto, że wpis w rejestrze powinien być dokonany dopiero po wybraniu konkretnego oferenta do zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bowiem taki tok postępowania jest zasadny z ekonomicznego punktu widzenia, z uwagi na to, że zarówno wpis, jak i jego wykreślenie, są obciążone kosztami, które ponosi świadczeniodawca. Z takim stanowiskiem nie sposób jednak się zgodzić. Argumentacja zarzutów podniesionych w odwołaniu częściowo pokrywa się zatem z wątpliwościami Odwołującego SP ZOZ w Liskowie zgłoszonymi w złożonym proteście na odrzucenie oferty.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że działalność lecznicza regulowana jest ustawą o działalności leczniczej. Art. 103 stanowi, że działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru. Z brzmienia art. 105 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej wynika, że organ prowadzący rejestr nadaje podmiotowi leczniczemu oraz jednostkom lub komórkom organizacyjnym

jego zakładu leczniczego resortowe kody identyfikacyjne, zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W załączniku 1a do zarządzenia 182/2019/DSOZ (lp. 58 Porada specjalistyczna – logopedia) Prezes Funduszu w sposób precyzyjny określił, że ten zakres świadczeń realizowany jest w komórce organizacyjnej charakteryzowanej częścią VIII kodu resortowego: 1616 – Poradnia logopedyczna. W ocenie Prezesa Funduszu nie ulega zatem wątpliwości, że oferent składając ofertę w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinien posiadać wpis w rejestrze podmiotów leczniczych odpowiadający zakresowi świadczeń objętych danym postępowaniem konkursowym, a zatem: 1616 – Poradnia logopedyczna. Co istotne, każdy oferent załącza do oferty podpisane oświadczenie, w którym deklaruje m.in., że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania. Takie oświadczenie załączył do oferty również Odwołujący SP ZOZ w Liskowie, stąd w ocenie Prezesa Funduszu brak jest podstaw by twierdzić, że warunków tych nie znał.

Wymaga również podkreślenia, że wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą ma charakter konstytutywny. Oznacza to, że prawo do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych może być realizowane dopiero po ujawnieniu wpisu w rejestrze. Jednocześnie podmiot leczniczy może wykonywać działalność leczniczą w granicach zakreślonych wpisem do rejestru. Wpis ten jest zatem warunkiem koniecznym do rozpoczęcia działalności leczniczej. Zgodnie z poglądem zaprezentowanym przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Kielcach w wyroku z dnia 31 stycznia 2018 r. o sygn. II SA/Ke 643/17, z dniem wpisu jednostka organizacyjna staje się podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 15 ustawy o działalności leczniczej, a zatem świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 Ustawy.

Warto w tym miejscu również zauważyć, że charakter wpisu do rejestru doprecyzowany został rozporządzeniami wykonawczymi Ministra Zdrowia, w tym rozporządzeniem z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173). Prawidłowa kwalifikacja komórek organizacyjnych według VIII części kodu resortowego wraz z dookreśleniem części IX i X systemu, tworzą łącznie profil medyczny podmiotu leczniczego i określają zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych w jednostce organizacyjnej lub komórce organizacyjnej tego podmiotu. Brak wpisu co do określonego zakresu świadczeń oznacza, że nie można mówić o zgodnym z prawem wykonywaniu tych świadczeń. Wpis ma bowiem charakter konstytutywny (co już wskazano), bowiem określa przedmiot działalności podmiotu leczniczego, a zatem należy do jego najistotniejszych cech. Ponadto prawidłowe wskazanie zakresu świadczeń w rejestrze prowadzi do zapewnienia wiarygodności i rzetelności zarejestrowanego podmiotu leczniczego.

Mając na względzie powyższe, jak również fakt, że w zarządzeniu 182/2019/DSOZ Prezes NFZ jednoznacznie określił w jakiej komórce organizacyjnej udzielane są świadczenia z zakresu logopedii, trafnie komisja konkursowa stwierdziła, że na dzień złożenia oferty (oraz najpóźniej na dzień otwarcia ofert) Odwołujący SP ZOZ w Liskowie tego warunku nie spełniał. Odpowiedni wpis w rejestrze podmiotów leczniczych został dokonany bowiem dopiero od dnia 18 marca 2022 roku, co wynika ze stanu księgi rejestrowej na dzień 14 i 16 marca 2022 roku oraz 18 marca 2022 roku.

Komisja konkursowa prawidłowo również uznała, że niespełnienie przez Odwołującego SP ZOZ w Liskowie wymaganego warunku w zakresie wpisu w rejestrze podmiotów leczniczych komórki organizacyjnej Świadczenia w zakresie logopedii (1616 – Poradnia logopedyczna) wiąże się nieuchronnie z odrzuceniem złożonej przez niego oferty. Jak wynika bowiem z jednoznacznego brzmienia art. 149 ust.1 pkt 7 Ustawy: *„Odrzuca się ofertę (...), 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 (...).”*. Konsekwencją powyższego jest to, że najpóźniej w momencie dokonywania oceny oferty złożonej w terminie, a zatem w trakcie otwarcia ofert, wymogi te muszą zostać spełnione. Brak jest zatem możliwości przyjęcia proponowanego przez Odwołującego SP ZOZ w Liskowie rozwiązania polegającego na tym, że określony wymóg będzie spełniony w terminie późniejszym, np. od momentu obowiązywania umowy. Potwierdził to również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Łodzi w wyroku z dnia 31 stycznia 2020 r. o sygn. III SA/Łd 827/19 wskazując m.in., że niedopuszczalną jest sytuacja, w której oferent uzupełnia wymagania, które mają charakter warunków koniecznych do udziału w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w trakcie trwania tego postępowania. Oferta na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie ma być aktualna w toku całego postępowania, a zatem od dnia jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy oraz przez cały okres jej realizacji, co ma służyć konkretnemu celowi – stworzeniu możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego. Jednocześnie należy wyraźnie podkreślić, że spełnienie przez oferenta wymagań związanych ze spełnieniem warunków wymaganych podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 10 listopada 2016 r. sygn. II GSK 912/15).

W kontekście powyższego warto również przytoczyć tezy zaprezentowane w wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 stycznia 2021 r. sygn. II GSK 1894/18. Sąd wskazał bowiem, że *„Składane przez oferenta oświadczenie o spełnianiu warunków koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych (...) ma charakter oświadczenia wiedzy w rozumieniu art. 61 § 1 KC,*

które jest złożone organizatorowi konkursu z chwilą określoną jako termin otwarcia ofert i od tego momentu oferent jest związany ofertą również w rozumieniu § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Składane przez oferenta zapewnienie 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 tym czasie, a co za tym idzie, również i w toku postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oferta ma być zatem aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy.”. Ponadto Naczelny Sąd Administracyjny w tezie drugiej podkreślił, 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 odmiennej 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.”.

Dodatkowo należy wskazać, że świadczeniodawca decydujący się na złożenie oferty w konkretnym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma obowiązek zapoznać się z przepisami prawa, które regulują warunki, jakie musi spełniać, aby złożona przez niego oferta została zakwalifikowana do dalszej części postępowania. Musi spełniać przede wszystkim warunki wymagane, które mają przymiot warunków *sine qua non*. Brak ich spełnienia skutkować będzie jedynym słusznym postępowaniem ze strony komisji konkursowej, a zatem odrzuceniem takiej oferty.

Komisja konkursowa miała również obowiązek wezwania oferenta do uzupełnienia braków formalnych oferty co do wykazania, że na dzień jej złożenia spełnia warunek wymagany w postaci wpisu w księdze rejestrowej komórki organizacyjnej oznaczonej kodem resortowym (część VIII) 1616 – Poradnia logopedyczna. W wyniku wezwania Odwołujący SP ZOZ w Liskowie w wyznaczonym do tego terminie przesłał wydruk księgi rejestrowej, z którego jednak w sposób jednoznaczny wynikało, że dniem rozpoczęcia działalności przez ww. komórkę organizacyjną jest 18 marca 2022 roku. Tym samym na dzień złożenia oferty oraz na dzień otwarcia ofert, Odwołujący SP ZOZ w Liskowie tego warunku nie spełniał.

Najistotniejszym w powyższym zakresie jest zatem podkreślenie, że zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Ponadto analiza art. 142 ust. 1-3 w zw. z art. 5 i art. 148 Ustawy wiedzie również do wniosku, że oferta składana przez świadczeniodawcę jest wiążąca od momentu jej złożenia i nie może podlegać na kolejnych etapach postępowania konkursowego – a zatem po terminie składania ofert – jakimkolwiek zmianom, uzupełnieniom, czy innym modyfikacjom, w tym w szczególności w odniesieniu do spełnienia warunków wymaganych, określonych w przepisach prawa lub szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu. Zastrzeżenie dotyczące braku możliwości uzupełnienia oferty po upływie terminu do jej złożenia, zawiera również § 18 ust. 1 i 4 zarządzenia 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.). Zgodnie z przywołanymi regulacjami, oferent może uzupełnić złożoną przez siebie ofertę pod warunkiem, że Fundusz otrzyma pisemne powiadomienie o uzupełnieniu oferty przed upływem terminu składania ofert, natomiast po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania.

Skoro zatem z treści oferty Odwołującego SP ZOZ nie wynikało, że zapewnia realizację świadczeń opieki zdrowotnej w Poradni logopedycznej, to oczywistym jest, że nie został spełniony warunek wymagany, określony w zarządzeniu 182/2019/DSOZ. Spełnienie warunków wymaganych musi wynikać bezpośrednio z oferty złożonej przez świadczeniodawcę. Po upływie terminu składania ofert świadczeniodawca nie może zmienić, skorygować czy uzupełnić złożonej pierwotnie oferty o te elementy, które zapewnią mu dalsze uczestnictwo w postępowaniu.

Po dokonaniu analizy treści oferty Odwołującego SP ZOZ w Liskowie, załączonych do niej dokumentów, a także późniejszych czynności komisji konkursowej należało stwierdzić, że oferta Odwołującego SP ZOZ w Liskowie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, a zatem postępowanie komisji konkursowej w tym zakresie było zasadne i prawidłowe. Komisja konkursowa jest uprawniona do podejmowania jedynie takich działań, które wynikają wprost z przepisów obowiązującego prawa. Rolą komisji konkursowej prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest rozpatrzenie złożonych ofert, a następnie rozstrzygnięcie postępowania konkursowego, poprzez wybór najkorzystniejszej oferty lub ofert. Konsekwencją powyższego jest to, że komisja konkursowa może przyjąć lub nie przyjąć złożonej oferty albo ją odrzucić.

Regulacja zawarta w art. 149 ust. 1 Ustawy zawiera enumeratywne wyliczenie przyczyn, których zaistnienie bezwzględnie zobowiązuje komisję konkursową do odrzucenia oferty. Analizując przedmiotowy katalog uzasadnione jest twierdzenie, że przyczyny te mają charakter tego rodzaju

wymogów, które musi spełniać oferta – niezależnie od aspektów formalnych, również wymogów merytorycznych, wynikających m.in. z obowiązku spełnienia warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 (art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy), a zatem takich, które mają charakter wymagań koniecznych. Brak ich spełnienia jest natomiast brakiem nieusuwalnym, uniemożliwiającym dopuszczenie oferty do konkursu ze skutkiem jej odrzucenia.

Wobec powyższego w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie może brać udziału oferta, niespełniająca chociażby jednego z warunków określonych prawem lub określonych przez Prezesa Funduszu.

Już bowiem w momencie składania oferty Odwołujący SP ZOZ w Liskowie był zobligowany do wykazania, że w jego przypadku nie zachodziła żadna z przesłanek, o których mowa w art. 149 ust. 1 Ustawy, powodująca konieczność odrzucenia oferty (por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 8 grudnia 2020 r. sygn. akt II GSK 1066/20). Odmienne postępowanie w tym zakresie prowadziłoby do ponoszenia przez Fundusz pełnego ryzyka nienależytego zabezpieczenia realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Nie można również wykluczyć, że mogłoby stanowić to zachętę dla innych oferentów do celowego składania ofert nierzetelnych. W tym miejscu należy raz jeszcze wyraźnie podkreślić, że dokumentowanie faktu spełniania warunków wymaganych nie może następować po złożeniu oferty i po upływie terminu do jej złożenia.

Analiza całości sprawy świadczy zatem jedynie o tym, że Odwołujący SP ZOZ w Liskowie przygotował ofertę bez wymaganej w tym celu staranności. Błędnie bowiem założył, że nie musi posiadać zarejestrowanej komórki organizacyjnej charakteryzowanej częścią VIII kodu resortowego 1616 – Poradnia logopedyczna, zaś przed złożeniem oferty nie upewnił się co do tej okoliczności, co z kolei skutkowało złożeniem oferty, z której nie wynikało, że spełnia warunek wymagany w tym zakresie.

W ocenie Funduszu jest to jednak efekt nierzetelnego przygotowania oferty, za co wyłącznie Odwołujący SP ZOZ w Liskowie ponosi odpowiedzialność. Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że wszystkie konsekwencje złożenia oferty o określonej treści, w tym również ryzyko jej nieprzyjęcia lub odrzucenia w sytuacji, gdy nie spełnia warunków określonych w przepisach prawa lub szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa NFZ lub zawiera informacje nieprawdziwe, przedstawiające stan rzeczy w sposób obiektywnie niezgodny ze stanem faktycznym, ponosi wyłącznie oferent.

Warto również w tym miejscu wskazać, że w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, udział biorą podmioty lecznicze będące

profesjonalistami. Takim podmiotem jest również Odwołujący SP ZOZ w Liskowie. Zawarcie umowy z profesjonalistą stawia przed nim wyzwanie dołożenia staranności wyższej, analizowanej w oparciu o zawodowy charakter wykonywanej działalności. Tym samym, to ten podmiot przejmuje na siebie całość ryzyka związanego z brakiem rzetelności w przygotowaniu własnej oferty.

Odnosząc się do argumentu Odwołującego SP ZOZ w Liskowie, dotyczącego tego, że usługi logopedy nie są typowymi działaniami z zakresu medycyny, a sam logopeda nie musi posiadać wykształcenia medycznego, bowiem niezbędne jest przygotowanie pedagogiczne i doświadczenie w pracy z dziećmi, a co za tym – zbliża to udzielanie tego rodzaju świadczeń do profilu Medycyna szkolna, wskazać należy co następuje.

Przede wszystkim ocena, czy dana usługa jest świadczeniem opieki zdrowotnej dla celów realizacji umowy zawieranej z Funduszem, musi zostać dokonana przede wszystkim w oparciu o przepisy ustawy o świadczeniach. I tak, świadczeniem opieki zdrowotnej (art. 5 pkt 34 Ustawy) jest świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące. Świadczeniem zdrowotnym jest natomiast działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 Ustawy). Z kolei w myśl art. 5 pkt 35 Ustawy, świadczeniem gwarantowanym jest świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie.

Zgodnie z art. 31d ustawy, wykaz świadczeń gwarantowanych określa minister właściwy do spraw zdrowia. Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczenia te obejmują m.in. porady specjalistyczne, których wykaz zawarto w załączniku nr 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji”. W lp. 55 załącznika nr 1 wskazano, że świadczeniem gwarantowanym z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest **porada specjalistyczna – logopedia**. Dla celów realizacji tego świadczenia w treści załącznika nr 1 wskazano również wymagania w zakresie kwalifikacji personelu oraz wymaganego w tym celu sprzętu. Tym samym nie jest w tym miejscu zasadne subiektywne twierdzenie Odwołującego SP ZOZ w Liskowie, że świadczenie z zakresu logopedii nie jest typowym świadczeniem medycznym, skoro ustawodawca zaliczył ten rodzaj usługi do świadczeń gwarantowanych w rozumieniu ustawy o świadczeniach, a zatem do świadczeń opieki zdrowotnej.

Co zaś tyczy się wykonywania zawodu logopedy należy wskazać, że żaden aktualnie obowiązujący akt prawny nie zawiera wykazu zawodów medycznych. Zgodnie natomiast z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem

fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Można zatem stwierdzić, że w aktualnym stanie prawnym wyróżnia się zawody ściśle medyczne, których wykonywanie regulują odrębne przepisy (np. lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, fizjoterapeuci) oraz specjalistów w ochronie zdrowia należących do szerokiej grupy zawodów medycznych. Są to tak zwane inne zawody medyczne, które nie stanowią zawodów samodzielnych i nie posiadają odrębnych ustawowych regulacji. Takim zawodem jest bez wątpienia zawód logopedy.

Dla potwierdzenia powyższego jedynie wspomnieć należy, że zgodnie z obecnie trwającymi pracami legislacyjnymi nad projektem ustawy o niektórych zawodach medycznych¹, zawód logopedy został wskazany jako zawód medyczny (art. 1 ust. 1 pkt 1 lit. e projektowanej regulacji). W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że *„Celem projektu ustawy jest uregulowanie warunków i zasad wykonywania określonych w ustawie zawodów medycznych, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi (podkr.własne), a także kwestii dotyczących doskonalenia zawodowego, rejestru oraz odpowiedzialności zawodowej tych osób. Projektowane przepisy nie dotyczą zawodów medycznych, których zadania zawodowe zostały uregulowane w przepisach ustawowych dotyczących innych zawodów medycznych, takich jak: zawód lekarza, lekarza dentysty, diagnosty laboratoryjnego, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, farmaceuty oraz fizjoterapeuty”*.

Ponadto projektodawca podkreślił, że *„Projektowane przepisy mają na celu wprowadzenie mechanizmu mającego zapewnić dostęp do wykonywania zawodu medycznego tylko profesjonalistom w danym zawodzie, którzy posiadają odpowiednie kwalifikacje i kompetencje, nabywane w toku kształcenia w systemie oświaty lub systemie szkolnictwa wyższego. Będą gwarancją zatrudniania w systemie ochrony zdrowia wysoko wykwalifikowanej i kompetentnej kadry medycznej, fachowo i rzetelnie udzielającej świadczeń zdrowotnych. Zwiększy to bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i wpłynie na wysoki poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych. Powyższe przyczyni się do niewykonywania zawodów medycznych przez osoby, które nie posiadają właściwych do wykonywania danego zawodu kwalifikacji. Jednocześnie będzie to gwarantowało zapewnienie wysokiej jakości udzielanych świadczeń przez osoby wykonujące poszczególne zawody. Ułatwi to również pracodawcom prowadzenie polityki zatrudnienia oraz spowoduje aktywizację osób wykonujących zawody medyczne przez wzrost ich konkurencyjności na rynku pracy.”*

Warto jednocześnie zaznaczyć, że przedmiot postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki

¹ Rządowy projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych z dnia 20 stycznia 2022 roku, <https://legislacja.gov.pl/docs/2/12355717/12849358/12849359/dokument540421.pdf> (aktualnie na etapie konsultacji publicznych).

zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii, nie został ograniczony do świadczeń udzielanych wyłącznie na rzecz dzieci. Świadczenia z zakresu logopedii realizowane są przecież także na rzecz dorosłych pacjentów, a zatem argument Odwołującego SP ZOZ w Liskowie, że to doświadczenie logopedy w pracy z dziećmi i przygotowanie pedagogiczne w ramach tego zawodu uzasadnia udzielanie tego zakresu świadczeń właśnie w profilu medycznym: Medycyna szkolna, jest zdecydowanie chybiony.

W odniesieniu do argumentu Odwołującego SP ZOZ w Liskowie dotyczącego zaproponowania w złożonej ofercie korzystnych warunków cenowych udzielania świadczeń w zakresie logopedii należy wskazać, że wobec odrzucenia jego oferty na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnianie warunków wymaganych, okoliczność ta nie przedstawiała żadnego znaczenia. Wypada jedynie wspomnieć, że zaproponowana przez niego cena jednostki rozliczeniowej była dokładnie taka sama, jak cena oczekiwana przez Fundusz oraz cena zaproponowana w dwóch pozostałych ofertach złożonych w przedmiotowym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – 1,18 zł. Ogólna wartość oferty Odwołującego SP ZOZ w Liskowie istotnie była niższa aniżeli wartość ogólna pozostałych dwóch ofert złożonych w postępowaniu nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01, jednak – co należy wyraźnie zaznaczyć – stało się tak dlatego, że Odwołujący SP ZOZ w Liskowie zaproponował Funduszowi zakup zdecydowanie mniejszej liczby świadczeń opieki zdrowotnej: jedynie 24 000 przy 33 002 zaoferowanych przez GO-MAX GROUP Spółka z o.o. oraz Odwołującego Synapsa, które to propozycje zabezpieczały w całości plan zakupu świadczeń na obszarze, którego dotyczyło postępowanie konkursowe. Ogólna wartość oferty kształtowana jest bowiem poprzez iloczyn oferowanej ceny jednostki rozliczeniowej oraz liczby świadczeń opieki zdrowotnej deklarowanych do zrealizowania przez danego oferenta (zgodnie z posiadanym potencjałem personelu udzielającego świadczeń), maksymalnie do wartości przedmiotu zamówienia określonego w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy w tym miejscu jedynie przypomnieć, że znając maksymalną wartość zamówienia określoną w przedmiotowym postępowaniu – 38 942,36 zł oraz cenę jednostki rozliczeniowej oczekiwanej przez Fundusz – 1,18 zł, określenie łącznej minimalnej liczby planowanych świadczeń w przedmiotowym postępowaniu było możliwe, a liczba tych świadczeń wynosiła 33 002 ($38\,942,36 \div 1,18 = 33\,002$). Narodowy Fundusz Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, ma zatem obowiązek przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 305 z późn. zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Powyższe oznacza, iż podczas zawierania

umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się na zasadach konkurencyjności. Jednocześnie konsekwencją tego faktu jest sytuacja, w której w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie można określić maksymalnej ilości świadczeń, które Fundusz może zakupić, bowiem zgodnie z zasadą ekonomiki należy dążyć do zakupu jak największej ilości świadczeń za jak najniższą cenę. Co równie ważne, Fundusz działa w imieniu własnym, jednak na rzecz osób ubezpieczonych i uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym, im większa jest liczba świadczeń opieki zdrowotnej deklarowana przez oferenta, tym większa jest ich dostępność i wyższy poziom zabezpieczenia realizacji świadczeń, bowiem ostatecznie więcej pacjentów może z tych świadczeń skorzystać.

Ponadto aktualne powoływanie się przez Odwołującego SP ZOZ w Liskowie na społeczne oczekiwania dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie logopedii w ramach umowy z Funduszem na terenie Liskowa i okolic wiodą do jedynego wniosku, że w istocie miał on okazję do przygotowania rzetelnej oferty i być może mógłby konkurować z pozostałymi oferentami o uzyskanie kontraktu z Funduszem. Wyłącznie jego odpowiedzialnością jest to, że nie zadbał o przygotowanie oferty odzwierciedlającej spełnianie przez niego warunków wymaganych, co jest elementem niezbędnym, aby w ogóle ubiegać się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podsumowując powyższe rozważania w zakresie odwołania wniesionego przez Odwołującego SP ZOZ w Liskowie należy podkreślić, iż organ rozpoznający odwołanie bada naruszenie interesu prawnego odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowej, podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję konkursową podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania oraz, czy wskutek tego działania, został naruszony interes prawny Odwołującego. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, że Odwołujący SP ZOZ w Liskowie nie wykazał, jak również nie wykazała tego analiza działań podejmowanych przez komisję konkursową przeprowadzona w toku postępowania administracyjnego, że naruszono zasady prowadzenia postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 w kontekście interesu prawnego Odwołującego SP ZOZ w Liskowie. Ustalono ponad wszelką wątpliwość, że złożona przez niego oferta zasadnie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych, tj. ze względu na brak wpisu w rejestrze podmiotów leczniczych na dzień złożenia oferty i na dzień otwarcia ofert komórki organizacyjnej oznaczonej częścią VIII kodu resortowego: 1616 – Poradnia logopedyczna.

Odnosząc się natomiast do zarzutów sformułowanych w odwołaniu wniesionym przez **Odwolującego Synapsa**, jak również analizując działania podejmowane przez komisję konkursową w kontekście interesu prawnego tego świadczeniodawcy, wskazać należy, co następuje.

W kontekście zarzutu dotyczącego naruszenia przez komisję konkursową zasady równego traktowania wszystkich oferentów oraz zasady uczciwej konkurencji, należy przede wszystkim wskazać, że art. 134 Ustawy stanowi, iż Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju/zakresu świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01, co wskazano już wcześniej, był to załącznik nr 2 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna”, a konkretnie Tabela nr 1 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) część 55. „55. Przedmiot postępowania: Świadczenia w zakresie logopedii” oraz Tabela nr 2 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) – część wspólna. Komisja konkursowa dokonała oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosił odpowiedzialność za treść złożonej oferty i był zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięć komisji konkursowej na zasadzie słuszności bądź uznaniowości.

Zasada uczciwej konkurencji natomiast realizowana jest przez Fundusz poprzez przyjęcie, że w postępowaniu dotyczącym podziału ograniczonych środków finansowych, bierze udział nieograniczona ilość oferentów (por. orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olsztynie z dnia 26 kwietnia 2017 r., sygn. akt II SA/OI 214/17). Ocena poszczególnych oferentów dokonywana jest w oparciu o jednakowe kryteria, ustalone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W stosunku do żadnego z oferentów nie zastosowano zatem innego, dodatkowego kryterium oceny oferty aniżeli te, wskazane w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Należy zgodzić się zatem, iż taki sposób postępowania przez komisję konkursową eliminuje element subiektywny, jakim byłoby stosowanie wobec niektórych oferentów dodatkowych kryteriów oceny. Fundusz nie może zgodzić się z Odwołującym Synapsa, że komisja konkursowa dokonała oceny ofert w sposób nierzetelny, w oparciu o niepełną i nieprawidłową weryfikację wymogów spełnianych przez świadczeniodawców biorących udział w przedmiotowym postępowaniu. Należy przypomnieć, że w przedmiotowym postępowaniu konkursowym, w wyniku tej oceny, jedna z ofert została odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy, jako niespełniająca warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz zarządzeniach Prezesa Funduszu. Stąd też nie sposób przyznać racji Odwołującemu Synapsa, że komisja konkursowa w toku postępowania podejmowała działania nierzetelne lub niezgodne z prawem. Każdy z oferentów podlegał ocenie względem takich samych kryteriów, określonych w sposób zobiektywizowany w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz ma obowiązek stosowania podczas oceny tych samych warunków w stosunku do wszystkich oferentów biorących w nim udział. W tej kwestii wypowiedział się również Naczelny Sąd Administracyjny, który w uzasadnieniu wyroku z dnia 23 lutego 2021 r. II GSK 1340/20 wskazał, że *„Zasady przewidziane art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (a to zasady: równego traktowania i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji) mogą się przejawiać w różnych aspektach, natomiast przejawem ich realizacji jest stosowanie takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu. Nakaz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców i gwarantowania uczciwej konkurencji obowiązuje w toku całego postępowania, mającego na celu wyłonienie świadczeniodawcy określonego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, oznacza, że określone dla oferentów przez Prezesa Funduszu warunki muszą zostać spełnione przez wszystkich oferentów w tym samym czasie, którym jest najdalej ostatni dzień składania ofert.”*

Biorąc pod uwagę powyższe należy wskazać, że brak przeprowadzenia z Odwołującym Synapsa negocjacji, nie stanowił naruszenia przez komisję konkursową prowadzącą postępowanie nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 zasad, o których mowa w art. 134 Ustawy. Przede wszystkim wymaga przypomnienia, że zgodnie z treścią art. 142 ust. 6 Ustawy, komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia: 1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej; 2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. Analizując zatem literalne brzmienie wskazanej regulacji jedynym słusznym wnioskiem jest ten, że przeprowadzenie negocjacji z oferentami jest uprawnieniem, nie zaś obowiązkiem komisji konkursowej. Decyzja co do możliwości ich przeprowadzenia należy do dyskrecjonalnych kompetencji komisji konkursowej prowadzącej dane postępowanie konkursowe. Natomiast w przypadku, gdy komisja konkursowa podejmie decyzję co do konieczności ich przeprowadzenia, dopiero wówczas zastosowanie znajdzie regulacja, o której mowa w art. 142 ust. 7 Ustawy, a zatem, że komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Powyższe podkreślił również Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 11 marca 2014 r. sygn. II GSK 2042/12, w którym wskazał, że podstawową przesłanką dla komisji winno być przede wszystkim ustalenie, czy prowadzenie negocjacji z konkretnym oferentem może prowadzić do zmiany jego pozycji w rankingu. Pozwala to przyjąć, iż przeprowadzenie negocjacji z oferentami jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem organu.

W przedmiotowym postępowaniu komisja konkursowa, w ramach przyznanych jej kompetencji, podjęła decyzję o nieprzeprowadzaniu negocjacji. Przede wszystkim komisja konkursowa ustaliła, że oferta złożona przez GO-MAX GROUP Spółka z o.o. spełnia warunki wymagane dla udziału w przedmiotowym postępowaniu, a ponadto złożona przez wskazanego świadczeniodawcę propozycja ilościowo cenowa wskazana w części VI. Szczegóły Oferty formularza ofertowego odpowiada oczekiwanej przez Fundusz wartości, tzn. jest zgodna z liczbą planowanych jednostek rozliczeniowych oraz planowaną ceną jednostki rozliczeniowej. Decyzję tę trudno również uznać za niewłaściwą, bowiem wniosek płynący z porównania ofert dopuszczonych do dalszego udziału w postępowaniu konkursowym w zakresie kryteriów niecenowych, był jednoznaczny. Różnica punktowa pomiędzy podmiotem wybranym do zawarcia umowy – GO-MAX GROUP Spółka z o.o. a podmiotem reprezentowanym przez Odwołującego Synapsa, wynosiła bowiem aż 21,00 punktów. Tym samym wobec faktu, że w toku prowadzonych negocjacji ich zakres ograniczony jest jedynie do ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za ich udzielanie, nawet zaproponowanie przez Odwołującego Synapsa ceny za jednostkę na poziomie, który umożliwiałby przyznanie za kryterium ceny maksymalnej ilości punktów (5,00 punktów),

a zatem zwiększenia łącznej oceny jego oferty zaledwie o 2,5 punktu, nie wpłynęłoby to w sposób oczywisty na zmianę kolejności w rankingu końcowym oceny ofert. Nie wpłynęłoby również, co oczywiste, na ostateczny wybór świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Należy w tym miejscu wyraźnie podkreślić, co akcentuje również Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 26 stycznia 2021 r. sygn. II GSK 1823/18, że „(...) konkursowy charakter postępowania w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych polega na eliminowaniu ofert, z którymi Fundusz nie zawrze umowy, powoduje więc ten skutek, że przy określonej puli środków na zakup poszczególnych świadczeń, do zawarcia umów wybierane są podmioty, które uzyskują w tym konkursie najwyższą, a nie najniższą ilość punktów – stosownie do art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach.”.

Nie można podzielić argumentu Odwołującego Synapsa co do konieczności zaproszenia go do udziału w negocjacjach tylko dlatego, że na mocy nabycia przedsiębiorstwa po zmarłym świadczeniodawcy, wykonuje działalność leczniczą w danym zakresie. Dla przedmiotowego postępowania pozostawało to bowiem bez znaczenia, a już na pewno nie była to okoliczność decydująca o tym, czy i z kim komisja konkursowa miała przeprowadzić negocjacje. Jak wcześniej wskazano, przeprowadzenie negocjacji nie jest obligatoryjnym etapem postępowania konkursowego, bowiem to komisja konkursowa decyduje, czy w danym przypadku istnieje zasadność ich przeprowadzenia.

W postępowaniu konkursowym nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 takiej zasadności nie dostrzeżono, a to z powodów, o których mowa była już wcześniej, stąd – negocjacje nie zostały przeprowadzone.

Wiążąc powyższe również z pismem Odwołującego Synapsa z dnia 25 kwietnia 2022 roku, które wpłynęło do Funduszu po zapoznaniu się przez niego z aktami sprawy administracyjnej należy wskazać, że wyłącznym kryterium umożliwiającym uzyskanie przez oferenta dodatkowych punktów oceny oferty w związku z kontynuacją realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie i na obszarze, którego dotyczy dane postępowanie konkursowe, jest kryterium ciągłości. Zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS, ASDK) – część wspólna” załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, kryterium to sformułowano w sposób następujący:

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 (13,00 pkt),
 - nie (0,00 pkt).

2. W dniu złożenia oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie – nieprzerwanie od:

- 5 lat (7,00 pkt),
- 10 lat (10,00 pkt),
- żadne z powyższych (0,00 pkt).

Warto w tym miejscu również wskazać, że zdaniem Naczelnego Sądu Administracyjnego wyrażonym m.in. w wyroku z dnia 9 sierpnia 2017 r. sygn. II GSK 333/15 „(...) kryterium ciągłości wcale nie dyskryminuje przedsiębiorców działających na rynku usług medycznych. (...) szansą na wejście nowych podmiotów na rynek medyczny jest: obniżenie ceny i podwyższenie jakości udzielanego świadczenia. W innym przypadku nie ma potrzeby zmiany oferenta (...). Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów oraz sposobu procedowania w stosunku do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu”.

W kontekście aktualnego zarzutu Odwołującego Synapsa należy wyraźnie wskazać, że na pytanie pierwsze zawarte w części VIII formularza ofertowego w rozdziale 4. Ciągłość, udzielił odpowiedzi „nie”, a zatem nie otrzymał punktów, natomiast na pytanie drugie – żadne z powyższych, za co również nie otrzymał punktów. Zgodnie zatem z własną wiedzą oświadczył, że w dniu złożenia oferty w ogóle nie realizuje na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń/obszaru, którego dotyczy postępowanie. Było to oświadczenie prawdziwe, bowiem Fundusz nie posiadał na dzień złożenia przez niego oferty zawartej z nim umowy w zakresie i na obszarze którego dotyczy postępowanie nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01. Tym samym nie otrzymał, bowiem nie mógł otrzymać, punktów za to kryterium rankingujące.

Odnosząc się do argumentów Odwołującego Synapsa związanych z kontynuacją przez niego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po zmarłym świadczeniodawcy – [REDAKTOWANE] który zmarł w dniu 15 czerwca 2021 roku, należy przede wszystkim wskazać, że okoliczności związane z wygaśnięciem umowy łączącej ww. świadczeniodawcę z Funduszem, zostały szeroko wyjaśnione odrębnymi pismami wymienianymi zarówno z Odwołującym Synapsa, jak również z szeregiem innych instytucji. Stanowisko Prezesa Funduszu w tym względzie nie uległo zmianie.

Tytułem przypomnienia, w dniu 15 czerwca 2021 roku zmarł Pan [REDAKTOWANE] prowadzący działalność gospodarczą pod firmą "GABINET NEUROLOGICZNY" NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM SYNAPSA i realizujący umowę nr 150002267/04/1/0043/0/18/23 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz umowę nr 150002267/02/1/0035/1/12/16 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna

opieka specjalistyczna. Również w dniu 15 czerwca 2021 roku, jak wynika z wpisu ujawnionego w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, ustanowiono zarząd sukcesyjny, a zarządcą sukcesyjnym została Pani Felicja Kędzierska-Rybiałek, żona zmarłego – aktualnie reprezentująca Odwołującego Synapsa. W dniu 18 września 2021 roku doszło do działu spadku (dokonanego aktem notarialnym z dnia 18 września 2021 roku, Repertorium A nr 14915/2021), na mocy którego przedsiębiorstwo zmarłego świadczeniodawcy przejęła Pani Felicja Kędzierska-Rybiałek. Jak wynika z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, w dniu 22 września 2021 roku doszło do wykreślenia z rejestru wpisu o prowadzeniu działalności gospodarczej [REDAKTOWANE] "GABINET NEUROLOGICZNY" NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM SYNAPSA (funkcjonującego od dnia ustanowienia do wygaśnięcia zarządu sukcesyjnego z adnotacją „w spadku”).

Mając na względzie powyższe, zawarte przez Pana [REDAKTOWANE] (a po jego śmierci realizowane w związku z prowadzeniem przedsiębiorstwa w spadku i ustanowieniem zarządcy sukcesyjnego) umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa we wcześniejszej części niniejszego pisma, **wygasły na skutek wygaśnięcia zarządu sukcesyjnego oraz wykreślenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej wpisu przedsiębiorcy [REDAKTOWANE]**

[REDAKTOWANE] "GABINET NEUROLOGICZNY" NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM SYNAPSA.

Jak stanowi art. 59 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zarządzie sukcesyjnym przedsiębiorstwem osoby fizycznej i innych ułatwieniach związanych z sukcesją przedsiębiorstw (Dz. U. z 2021 r. poz. 170), zwanej dalej „ustawą o zarządzie sukcesyjnym”, zarząd sukcesyjny wygasa w następujących przypadkach: 1) z upływem dwóch miesięcy od dnia śmierci przedsiębiorcy, jeżeli w tym okresie żaden ze spadkobierców przedsiębiorcy nie przyjął spadku ani zapisobierca windykacyjny nie przyjął zapisu windykacyjnego, którego przedmiotem jest przedsiębiorstwo albo udział w przedsiębiorstwie, chyba że zarządcą sukcesyjny działa na rzecz małżonka przedsiębiorcy, któremu przysługuje udział w przedsiębiorstwie w spadku; 2) z dniem uprawomocnienia się postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku, zarejestrowania aktu poświadczenia dziedziczenia albo wydania europejskiego poświadczenia spadkowego, jeżeli jeden spadkobierca albo zapisobierca windykacyjny nabył przedsiębiorstwo w spadku w całości; 3) z dniem nabycia przedsiębiorstwa w spadku w całości przez jedną osobę, o której mowa w art. 3 pkt 3 ustawy o zarządzie sukcesyjnym; 4) z upływem miesiąca od dnia wykreślenia zarządcy sukcesyjnego z CEiDG, chyba że w tym okresie powołano kolejnego zarządcę sukcesyjnego; 5) z dniem ogłoszenia upadłości przedsiębiorcy; 6) z dniem dokonania działu spadku obejmującego przedsiębiorstwo w spadku; 7) z upływem dwóch lat od dnia śmierci przedsiębiorcy.

Ponadto w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej regulacją prawną, która określa ich los, jest § 38 pkt 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 787), zwanych dalej „ogólnymi warunkami umów”. Stanowi on, że umowy te wygasają w całości lub w części w przypadku ustania bytu prawnego świadczeniodawcy lub zaprzestania prowadzenia przez niego działalności leczniczej w zakresie wynikającym z umowy, w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, w którym działalność ta jest wykonywana. Wypada w tym miejscu zauważyć, że ustawa o zarządzie sukcesyjnym nie wprowadziła żadnej zmiany do art. 155 ust. 5 Ustawy, zgodnie z którym jeżeli umowa nie stanowi inaczej, **przeniesienie na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z tej umowy wymaga pisemnej zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.** Wobec powyższego wygaśnięcie zarządu sukcesyjnego z przyczyn, o których mowa w art. 59 ust. 1 ustawy o zarządzie sukcesyjnym i wykreślenie przedsiębiorcy z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w konsekwencji powoduje – w myśl § 38 pkt 1 ogólnych warunków umów – utratę bytu prawnego świadczeniodawcy oraz wygaśnięcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stan faktyczny opisany we wcześniejszej części niniejszego pisma wskazuje, iż doszło do działu spadku w dniu 18 września 2021 roku. Zrealizowała się zatem przesłanka wskazana w art. 59 ust. 1 pkt 7 ustawy o zarządzie sukcesyjnym, powodując wygaśnięcie zarządu sukcesyjnego. Doszło również do wykreślenia przedsiębiorcy z rejestru, co ujawnione zostało w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. W tej sytuacji, zgodnie z § 38 pkt 1 ogólnych warunków umów, ustał byt prawny świadczeniodawcy, co spowodowało, że realizowane przez niego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasły. Wskazać również należy, iż ewentualne przeniesienie praw i obowiązków z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej możliwe jest jedynie w sytuacji, gdy świadczeniodawca nadal istnieje, a zatem (w niniejszej sprawie) **do momentu wygaśnięcia zarządu sukcesyjnego.** Po wygaśnięciu zarządu sukcesyjnego oraz po wykreśleniu przedsiębiorcy z rejestru nie jest już to możliwe. Co istotne, przeniesienie praw i obowiązków z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej możliwe jest, stosownie z 155 ust. 5 Ustawy, dopiero po wyrażeniu zgody przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Przepis ten stanowi bowiem *lex specialis* wobec ogólnej zasady sukcesji generalnej umów. Wobec tego nawet po dokonaniu działu spadku, na skutek którego osoba trzecia nabywa przedsiębiorstwo, w ramach którego realizowano umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, **nie jest możliwe przeniesienie w ten sposób, bez uprzedniej zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.** Takie przeniesienie może jednakże odbyć się jedynie za zgodą Prezesa Narodowego Funduszu i to w momencie, gdy świadczeniodawca w dalszym

ciągu istnieje i realizuje umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub gdy wskazane umowy realizowane są w związku z ustanowieniem zarządu sukcesyjnego.

Istotne jest również to, że do dnia rozstrzygnięcia postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 Fundusz nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii z podmiotem leczniczym Felicja Kędzierska – Rybiałek, prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą NZOZ Specjalistyczny Gabinet Lekarski SYNAPSA FELICJA KĘDZIERSKA-RYBIAŁEK.

Mając powyższe na względzie Odwołujący Synapsa na pytania związane z kryterium ciągłości prawidłowo udzielił odpowiedzi przeczącej, za co nie otrzymał punktów, bowiem w dniu złożenia oferty nie realizował w miejscu udzielania świadczeń umowy zawartej z Funduszem w ramach danego zakresu świadczeń, jak również nie realizował takiej umowy w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 albo 10 lat. Dla spełnienia tego kryterium istotna jest bowiem okoliczność posiadania na dzień złożenia oferty w danym postępowaniu konkursowym zawartej z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem danego zakresu świadczeń, a także miejsca udzielania świadczeń oraz obszaru, którego dotyczy postępowanie.

Skoro zatem Odwołujący Synapsa w dniu złożenia swojej oferty w postępowaniu nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 nie kontynuował realizacji umów zawartych przez świadczeniodawcę – [REDAKTOWANE] – bowiem umowy te, zgodnie z § 38 ust. 1 ogólnych warunków umów, wygasły na skutek wygaśnięcia zarządu sukcesyjnego oraz wykreślenia wpisu ww. przedsiębiorcy z CEiDG, a przed tym zdarzeniem nie doszło do przeniesienia wynikających z tych umów praw i obowiązków w trybie art. 155 ust. 5 ustawy, a zatem za zgodą Prezesa Funduszu, Odwołujący Synapsa w sposób oczywisty nie mógł udzielić w formularzu ofertowym w zakresie kryterium ciągłości innej odpowiedzi poza przeczącą, zaś komisja konkursowa – wbrew temu, co aktualnie podnosi Odwołujący Synapsa – nie popełniła błędu w nieprzyznaniu punktów za to kryterium rankingujące.

Tym samym nie doszło do naruszenia określonych w art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy zasad prowadzenia postępowania konkursowego poprzez to, że komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-22000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 nie przyznała Odwołującemu Synapsa punktów za kryterium rankingujące – ciągłość.

Za zupełnie niezrozumiałą należy natomiast uważać zarzut podniesiony przez Odwołującego Synapsa w piśmie z dnia 25 kwietnia 2022 roku, dotyczący nieprzyznania przez komisję konkursową punktów

za kompleksowość oferty. Przede wszystkim należy przypomnieć, że kryterium kompleksowości oceniane było przez komisję konkursową w oparciu o warunki wskazane w Tabeli nr 2 „Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS, ASDK) – część wspólna” załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Zgodnie z treścią ww. regulacji, w ramach kategorii - Kompleksowość ocenie podlegały następujące kryteria:

- 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 (2,00 punkty);
 - nie (0,00 punktów);
- 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 (8,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- 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 specjalistycznej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania (8,00 punktów);
 - 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 specjalistycznej, której zakres udzielanych świadczeń jest objęty przedmiotem postępowania (6,00 punktów);
 - nie (0,00 punktów);
- realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego w poradni, o specjalności komórki organizacyjnej wpisanej w rejestrze (część VIII kodu resortowego) zgodnej z wymaganiami określonymi dla danego programu lekowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, określających warunki zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, o których mowa w obwieszczeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy

z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844):

- od 1 do 3 programów lekowych (4,00 punkty);
- od 4 do 6 programów lekowych (6,00 punktów);
- 7 i więcej programów lekowych (8,00 punktów);
- żadne z powyższych (0,00 punktów).

Istotne wydaje się przypomnienie Odwołującemu Synapsa, że formularz ofertowy w części VIII. Ankiety stanowi odzwierciedlenie zapisów rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

Odwołujący Synapsa w złożonej przez siebie ofercie na każde z ww. pytań udzielił odpowiedzi „NIE”. Wobec tego według swojej najlepszej wiedzy oświadczył, że kryteriów tych nie spełnia, a zatem, że nie należą się mu z tego tytułu dodatkowe punkty oceny złożonej przez niego oferty. Komisja konkursowa dokonując weryfikacji jego oferty nie stwierdziła, że wobec udzielonych przez Odwołującego Synapsa odpowiedzi przeczących, w samej ofercie istniała jakakolwiek rozbieżność uzasadniająca udzielenie odpowiedzi innej, jak również nie stwierdziła na podstawie posiadanych przez siebie danych w ramach systemów informatycznych, by pomimo udzielonych odpowiedzi „NIE” oferent jednak realizował umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach i w zakresach, o których mowa w treści rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert. Dlatego też nie wzywała go do złożenia stosownych wyjaśnień w powyższym zakresie, a co za tym – nie przyznała punktów za ww. kryteria rankigujące. Takiego postępowania nie sposób uznać za niewłaściwe, a tym bardziej – za naruszające zasady równego traktowania oferentów oraz zasadę uczciwej konkurencji.

Należy w tym miejscu raz jeszcze wskazać Odwołującemu Synapsa, że w konkretnym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oferenci udzielają odpowiedzi na takie same pytania rankigujące, które z kolei stanowią odzwierciedlenie regulacji zawartych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W przedmiotowym postępowaniu były to: Tabela nr 1 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna” część 55. „55. Przedmiot postępowania: świadczenia w zakresie logopedii” oraz Tabela nr 2 „Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS, ASDK) – część wspólna”. Wobec powyższego komisja konkursowa nie mogła ocenić kompleksowego udzielania świadczeń w oparciu o inne, bliżej niesprecyzowane przez Odwołującego Synapsa, kryteria, skoro nie przewidywało ich rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust. 3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert. W tym miejscu podkreślenia wymaga raz jeszcze, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak prawnych możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięć Komisji konkursowej na zasadzie słuszności bądź uznaniowości.

Ponadto, zgodnie z art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania, a porównanie tych ofert następuje na podstawie art. 148 Ustawy, przy czym kryteria oceny określone są w rozporządzeniu z w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Powyższe jest wyrazem przyjętej przez ustawodawcę zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, eliminuje bowiem element subiektywny oceny dokonywanej przez komisję konkursową. Co więcej, poza zasadą jednolitości, powyższy przepis konstytuuje zasadę niezmienności kryteriów w toku prowadzonego postępowania. Ocena oferty złożonej przez Odwołującego Synapsa oraz przez pozostałe podmioty ubiegające się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, została dokonana w oparciu o kryteria wynikające z ww. rozporządzenia, na podstawie odpowiedzi udzielanych w ankiecie oraz informacji zgromadzonych w systemach informatycznych Funduszu, a także późniejszych wyjaśnień. Dokonując weryfikacji oceny wszystkich ofert zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania, Prezes Funduszu nie stwierdził błędów w przyznaniu punktów oceny za poszczególne kryteria rankingujące. Porównanie wszystkich ofert złożonych w niniejszym postępowaniu nastąpiło

również zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 Ustawy, bowiem komisja konkursowa nie zastosowała żadnych pozustawowych kryteriów oceny względem któregośkolwiek oferenta.

Co równie istotne, każdy z oferentów mógł zapoznać się z kryteriami oceny ofert oraz punktami przyznawanymi za każdy spełniony warunek, brany pod uwagę podczas rozstrzygania postępowania konkursowego. Były one bowiem jawne i znane na długo przed ogłoszeniem przedmiotowego postępowania. Na tej podstawie każdy, czyją wolą było ubieganie się o umowę z Funduszem, mógł dokonać weryfikacji własnych zasobów i możliwości oraz skonfigurować swoją ofertę w sposób, który umożliwiłby mu uzyskanie jak największej liczby punktów.

Czynienie zarzutu komisji konkursowej, że nie przyznała Odwołującemu Synapsa punktów za kompleksowe realizowanie przez niego świadczeń opieki zdrowotnej wobec faktu, że na wszystkie pytania zawarte w formularzu ofertowym w kategorii Kompleksowość sam Odwołujący Synapsa udzielił odpowiedzi „NIE”, a odpowiedź ta została poprawnie zweryfikowana przez komisję konkursową, jest zatem nieuprawnione i bezzasadne. Komisja konkursowa podczas dokonywanej oceny oferty w tym zakresie, nie mogła wziąć pod uwagę innych kryteriów w tej kategorii aniżeli te, które w sposób jednoznaczny określa rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

Do postępowania administracyjnego włączono dokumentację zgromadzoną przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01, zaś strony postępowania, w tym również Odwołujący Synapsa, zostały poinformowane o możliwości zapoznania się z aktami sprawy. Odwołujący Synapsa skorzystał z tego prawa w dniu 25 kwietnia 2022 roku, czego konsekwencją było złożenie przez niego pisma z dnia 25 kwietnia 2022 roku.

Mając na uwadze powyższe, jak również analizę postępowania komisji konkursowej w kontekście interesu prawnego Odwołującego Synapsa należało stwierdzić, że wniesione przez niego odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie. Brak jest zatem podstaw do przeprowadzenia postępowania z jego udziałem w trybie rokowań.

W związku z otrzymanym zawiadomieniem o wstąpieniu do postępowania administracyjnego Rzecznika Małych i Średnich Przedsiębiorców, zwanego dalej: „Rzecznikiem”, w dniu 28 kwietnia 2022 roku Prezes Funduszu zawiadomił ww. organ, że z dniem przystąpienia, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 8 ustawy o Rzeczniku w zw. z art. 188 k.p.a, przystępującemu przysługują prawa strony.

W piśmie tym powiadomiono Rzecznika, że zgodnie z art. 73 § 1 i 1a k.p.a, strona ma prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Prawo to przysługuje również po zakończeniu postępowania, a czynności te są dokonywane w lokalu organu administracji publicznej w obecności pracownika tego organu. Wskazano ponadto, że szczególne uregulowanie w powyższym

zakresie wprowadza art. 73 § 3 k.p.a, który przewiduje, że organ administracji publicznej może zapewnić stronie dokonanie czynności, o których mowa w § 1, w swoim systemie teleinformatycznym, po uwierzytelnieniu strony w sposób określony w art. 20a ust. 1 albo 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Wskazano jednak w tym miejscu również, że ustawodawca nie ustanowił w tym zakresie obowiązku po stronie organu, lecz pozostawił to wyłącznie jego uznaniu.

Podobnie rzecz uregulował ustawodawca w art. 15zzzzzn pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 poz. 2095 z późn. zm), zwaną dalej „ustawą covidową”. Zgodnie z tą regulacją: *„W okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w szczególności, gdy urząd administracji obsługujący organ administracji publicznej wykonuje zadania w sposób wyłączający bezpośrednią obsługę interesantów, organ administracji publicznej może (...) 2) zapewnić stronie udostępnienie akt sprawy lub poszczególnych dokumentów stanowiących akta sprawy również za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną na adres wskazany w rejestrze danych kontaktowych, o którym mowa w art. 20j ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne lub inny adres elektroniczny wskazany przez stronę”*.

Uwzględniając powyższe wskazano Rzecznikowi, że Fundusz prowadzi bezpośrednią obsługę interesantów w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast treść cytowanego art. 15zzzzzn pkt 2 ustawy covidowej wiedzie do wniosku, że udostępnienie stronie akt sprawy dotyczących prowadzonego postępowania administracyjnego za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na adres elektroniczny wskazany przez stronę, również należy do sfery uznania organu. Ustawodawca nie przesądził również w tym przypadku, że powyższe stanowi obowiązek organu. W związku z tym powiadomimo Rzecznika, że istnieje możliwość zapoznania się z aktami przedmiotowego postępowania w siedzibie Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu przy ul. Grunwaldzkiej 158, informując jednocześnie o wyznaczeniu terminu wydania decyzji na dzień 28 kwietnia 2022 roku. Pismo przekazano Rzecznikowi za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na elektroniczną skrzynkę podawczą Biura Rzecznika Małych i Średnich Przedsiębiorców.

Biorąc pod uwagę motywy uzasadnienia niniejszej decyzji należy stwierdzić, że w żadnym z wniesionych odwołań nie wykazano, że naruszono zasady prowadzenia postępowania nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01o zawarcie umów na okres od dnia 1 maja 2022 roku do dnia

31 grudnia 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie logopedii obszarze powiatów: 3007 kaliski, 3061 Kalisz. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-22-000127/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. Ustalono, że oferta złożona przez Odwołującego SP ZOZ w Liskowie zasadnie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych. Ponadto nie stwierdzono, aby niewybranie oferty złożonej przez Odwołującego Synapsa nastąpiło z naruszeniem zasad prowadzenia postępowania konkursowego, a zatem zasady równego traktowania oferentów oraz zasady uczciwej konkurencji. W tym zakresie postępowanie komisji konkursowej również należy uznać za prawidłowe i zgodne z obowiązującymi w tym zakresie regulacjami prawnymi. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego żadnego z odwołujących wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a zatem brak jest podstaw do uwzględnienia wniesionych odwołań. Wobec powyższego oba odwołania zostały oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Hanna Philips

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.) decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna.

Od decyzji przysługuje stronie na podstawie art. 53 § 1 i art. 54 §1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 roku – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2022 r., poz. 329) prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu, zgodnie z § 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 listopada 2020 roku w sprawie przekazania rozpoznawania innym wojewódzkim sądom administracyjnym niektórych spraw z zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2020 r., poz. 1999). Skargę wnosi się w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, upoważnionego do załatwiania spraw w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się

gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę bezpośrednio do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Barbara Philips

Wykonano w 6 egz.:

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Gminnego Ośrodka Zdrowia w Liskowie, ul. Ogrodowa 5, 62-850 Lisków,
2. Felicja Kędzierska – Rybiałek, ul. Obozowa 1, 62-800 Kalisz,
3. GO-MAX GROUP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. T. Kościuszki 19/7, 62-800 Kalisz,
4. Rzecznik Małych i Średnich Przedsiębiorców – Pan Marek Woch Dyrektor Generalny Biura Rzecznika Małych i Średnich Przedsiębiorców, ul. Wilcza 46, 02-679 Warszawa,
5. 2 x a/a.

Opracowała Marta Węckowska
Wydział Organizacyjny

