

Warszawa, 23 czerwca 2025 r.

znak: NFZ07-WO.4117.4.2025

2025.330934.MN

Strona postępowania - Odwołujący:**Nordmedic Mazowsze sp. z o.o.**

ul. Brunona Kicińskiego 44

06-400 Ciechanów

KRS: 0001108233

NIP: 5662036962

Organ: **Prezes****Narodowego Funduszu Zdrowia**

ul. Rakowiecka 26/30

02-528 Warszawa

Strona postępowania - Uczestnik:**1. EURO-MED sp. z o.o.**

ul. Zgrzebnioka 22

43-100 Tychy

KRS 0000247381

NIP: 6462707530

2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**REHA-MEDICA s.c. Joanna Suchocka,****Paweł Suchocki**

ul. Wileńska 32

05-200 Wołomin

NIP 9521415317

DECYZJA NR 3/2025/ODW

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn.zm.) [dalej jako ustawa] w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 572), Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

ODD A L A

odwołanie Nordmedic Mazowsze sp. z o.o. (ul. Brunona Kicińskiego 44; 06-400 Ciechanów) [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-25-000303/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie [dalej jako MOW NFZ, Fundusz] w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zakres: fizjoterapia domowa, w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu żuromińskiego, na okres od 23 czerwca 2025 r. do 30 czerwca 2029 r.

UZASADNIENIE

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

W myśl art. 154 ust. 1 - 3 ustawy świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Po rozpatrzeniu odwołania Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Stronami postępowania odwoławczego, o którym mowa w art. 154 ust. 1 - 4 ustawy, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

W dniu 4 kwietnia 2025 r. ogłoszone zostało postępowanie prowadzone w trybie konkursu ofert poprzedzające zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na okres od 23 czerwca 2025 r. do 30 czerwca 2029 r. oraz powołania komisji konkursowej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zakres: fizjoterapia domowa, w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze powiatu żuromińskiego.

Planowana wartość postępowania na okres rozliczeniowy stanowiła kwotę 820 216,76 złotych. Po przeprowadzeniu postępowania możliwe było zawarcie maksymalnie 2 umów, rozumianych jako maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń określonych w ofertach, które zostaną wybrane w wyniku postępowania – zgodnie z informacją zawartą w ww. ogłoszeniu o postępowaniu.

Na prawidłowo ogłoszone postępowanie wpłynęło 12 ofert.

Komisja konkursowa dokonała wszechstronnej analizy złożonych ofert, w szczególności pod kątem spełnienia przez oferentów kryteriów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2025 r. poz. 328, z późn.zm.) tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz ceny.

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło 2 czerwca 2025 r. Do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostało wybranych 2 oferentów. Wybór został dokonany względem świadczeniodawców, którzy otrzymali najwyższą ilość punktów w postępowaniu konkursowym, z uwzględnieniem maksymalnej liczby umów możliwych do zawarcia. Ostateczne zestawienie ofert zawiera ranking końcowy, który stanowi załącznik do niniejszej decyzji. Przy pomocy systemu informatycznego na podstawie danych przekazanych w ofercie przez biorących udział w konkursie świadczeniodawców następuje wyliczenie punktacji. Ranking końcowy jest zatem zestawieniem, uzyskanym przy pomocy systemu informatycznego, uwzględniającym pozycję oferty ustaloną na podstawie punktacji za ofertę cenową oraz punktacji z tytułu pozostałych składników, tj.: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości. Łączna liczba punktów oceny danej oferty decyduje o pozycji

oferty w rankingu. W przypadku równej liczby punktów o wyższej pozycji rankingowej decyduje większa liczba punktów przyznana według kryterium „jakości” oceny oferty.

W dniu 9 czerwca 2025 r. wpłynęło do MOW NFZ odwołanie od powyższego rozstrzygnięcia złożone przez Odwołującego. Odwołanie zostało złożone w terminie, o którym mowa w art. 154 ust. 1 ustawy. Odwołujący podniósł zarzut naruszenia art. 149 ust. 3 ustawy w zw. z § 10 ust. 4 pkt. 3 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ poprzez jego bezzasadne niezastosowanie i zaniechanie wezwania Odwołującego do udokumentowania gotowości do udzielania świadczeń w ramach umowy od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w wykazie.

Ponadto w odwołaniu został poniesiony zarzut naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy w zw. z pkt. 2 Załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6.11.2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (zwanego dalej jako Rozporządzenie REH) poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i wadliwe przyjęcie, że Odwołujący nie spełnia obligatoryjnych wymagań Konkursu poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i odrzucenie oferty złożonej przez Odwołującego, pomimo że Odwołujący oraz złożona przez niego oferta spełniają wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 7 ustawy.

W odwołaniu zarzucono naruszenie § 17 ust. 2 i 3 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 polegające na niezażądaniu przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta, co skutkowało poczynieniem przez Komisję Konkursową założenia a priori, że Odwołujący nie będzie mógł wykonywać w przyszłości umowy z NFZ w sposób gwarantujący dostępność personelu lekarskiego w wymiarze co najmniej 9:28:45 tygodniowo.

Odwołujący wniósł o uwzględnienie odwołania w całości oraz dokonanie ponownej oceny oferty, a następnie, dokonanie ponownej klasyfikacji wszystkich ofert w rankingu końcowym i ponownego wyboru świadczeniodawców w sposób, o którym mowa w art. 139 ust. 3 pkt 5 ustawy, art. 107 ust. 5 pkt 2b ustawy oraz art. 131b ust. 1 i 2 ustawy. Wniósł także o wstrzymanie, na podstawie art. 154 ust. 2 ustawy zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu rozpatrzenia

niniejszego odwołania oraz o udostępnienie akt postępowania do wglądu, z zachowaniem możliwości sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów oraz umożliwienie ustosunkowania się do materiału w nich zgromadzonego.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 k.p.a., został poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie z następujących przyczyn.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że Odwołujący w wywiedzionym środku odwoławczym nie wskazał jakie zasady postępowania o zawarcie umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały przez komisję konkursową naruszone, a tym samym nie wykazał interesu prawnego we wniesieniu środka odwoławczego.

Jak wskazano w prawomocnym wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r., sygn. akt VII SA/Wa 2012/08 (opubl. CBOSA): „do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania organu administracyjnego, do obowiązków którego będzie należało zbadanie okoliczności podnoszonych we wniosku - odwołaniu, a następnie ocena, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie takiego uszczerbku. W postępowaniu administracyjnym dojść zatem musi do ujawnienia i zbadania wszelkich okoliczności związanych z punktacją (lub jej brakiem), będącą skutkiem ocen dokonywanych w odniesieniu do poszczególnych wymagań stawianych w ogłoszeniu. Taki zakres postępowania odpowiada również celom ustawy (...). Zadaniem organu Narodowego Funduszu Zdrowia, któremu powierzono przeprowadzenie postępowania administracyjnego, jest ustalenie, czy postępowanie konkursowe przeprowadzone zostało zgodnie z przepisami prawa, z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji oraz zasad równego traktowania świadczeniodawców. Oznacza to, że nie chodzi jedynie o zbadanie, czy nie zostały naruszone wymagania formalnoprawne, ale również o ustalenie, czy nie naruszono wymienionych zasad w znaczeniu materialnym przez nierównoprawne stosowanie kryteriów przyjętych jako podstawa dokonanych ocen. W postępowaniu administracyjnym zadaniem organu jest dokonanie kontroli postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów prawa, ale także zbadanie stanu faktycznego sprawy w takim zakresie, który mógł mieć wpływ na uszczerbek interesu prawnego uczestnika postępowania”.

Poza ustaleniem samego faktu naruszania zasad postępowania organ rozpoznający środki odwoławczy zobowiązany jest do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Skutecznie wniesione odwołanie jest zatem ściśle uzależnione od związku przyczynowo -skutkowego pomiędzy naruszeniem zasad postępowania a uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy.

Pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego, a wręcz ma on charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 września 2001 r., sygn. akt I SA 2326/00, opubl. LEX nr 54528). Tak pojmowany interes prawny oferenta polega na tym, żeby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając przewidziany prawem zakres swobody komisji konkursowej. Umożliwiając tym samym wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich jakość, kompletność oraz dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami.

Odnosząc się do zarzutu z punktu 1 i 3 odwołania podkreślić należy, że zgodnie z art. 149 ust. 3 ustawy komisja konkursowa ma obowiązek wzywania oferenta do usunięcia braków formalnych, o ile nie są to braki nieusuwalne. Przepis ten dotyczy wyłącznie kwestii formalnych, takich jak brak załączników czy podpisów, które nie mają wpływu na ocenę merytoryczną oferty. W przedmiotowej sprawie brak nie dotyczył kwestii formalnej, lecz merytorycznej sprzeczności oferty z minimalnymi warunkami organizacyjnymi, określonymi w Rozporządzeniu REH. Harmonogramy pracy lekarzy, które wskazywały na pokrywające się godziny z innymi umowami zawartymi przez tych samych lekarzy, uniemożliwiały realną realizację świadczeń. Tego rodzaju brak ma charakter materialny i nieusuwalny, wobec czego nie stanowi podstawy do wezwania z art. 149 ust. 3 ustawy. Komisja konkursowa nie miała kompetencji do wezwania do zmiany

harmonogramów pracy lekarzy już po złożeniu oferty, ponieważ takie działanie byłoby równoznaczne z modyfikacją treści oferty, co jest zabronione zgodnie z art. 142 ust. 1–3 oraz art. 148 ustawy. Oferta musi spełniać wszystkie wymogi na dzień jej złożenia.

Odnosząc się do zarzutu z punktu 2 odwołania podkreślić należy, ocena oferty dokonana została zgodnie z przepisami ustawy oraz Rozporządzenia REH, które określa minimalne warunki realizacji świadczeń. Zgodnie z jego zapisami, dla porady lekarskiej rehabilitacyjnej wymagane jest zapewnienie lekarza w wymiarze co najmniej $\frac{1}{4}$ etatu przeliczeniowego, czyli 9 godzin i 28 minut tygodniowo. Weryfikacja oferty wykazała, że obaj lekarze wskazani w ofercie w godzinach deklarowanych do realizacji świadczeń wykonywali jednocześnie obowiązki w ramach innych umów zawartych z NFZ, w tym w innych powiatach (m.in. Ciechanów i Płońsk). Komisja, biorąc pod uwagę m.in. dane z systemu informatycznego NFZ uznała, że deklarowany harmonogram pracy jest nierealny, nie zapewnia ciągłości i dostępności świadczeń dla pacjentów, a tym samym nie spełnia warunków określonych w przepisach prawa. Podkreślić należy, że zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy, oferta niespełniająca wymagań określonych w przepisach prawa podlega obligatoryjnemu odrzuceniu. W tym przypadku mamy do czynienia z brakiem nieusuwalnym, którego nie można skorygować ani uzupełnić po terminie składania ofert. Zasada wynikająca z art. 134 ust. 1 ustawy nakłada na NFZ obowiązek równego traktowania wszystkich świadczeniodawców. Oznacza to, że każda oferta oceniana jest według tych samych, jednolitych kryteriów, a niedopuszczalne jest indywidualne traktowanie któregośkolwiek z oferentów w sposób uprzywilejowany.

Odwołujący jako profesjonalny podmiot leczniczy, mający doświadczenie w realizacji umów z NFZ, powinien znać i stosować się do przepisów prawa, w tym zasad wynikających z ustawy i Rozporządzenia REH. Oferta złożona przez Odwołującego zawierała braki merytoryczne (materialne), które nie podlegają uzupełnieniu, została oceniona zgodnie z jednolitymi i obowiązującymi przepisami prawa, została słusznie odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy, z powodu niespełnienia minimalnych warunków organizacyjnych świadczenia zdrowotnego. W związku z powyższym, zarzuty podniesione w odwołaniu nie znajdują uzasadnienia.

Skoro zatem Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem zasady równości, wynikającej z art. 134 ust. 1 ustawy, dokonała prawidłowo rozstrzygnięcia postępowania, nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego. Warto zaznaczyć, że zgodnie z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 stycznia 2012 r. sygn. akt II GSK 1458/10 (opubl. CBOSA): „Rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 w związku z art. 152

ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym świadczeniodawcy (oferenta), zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert, w tym badanie prawidłowości oceny oferty złożonej przez podmiot konkurujący z podmiotem wnoszącym odwołanie (...). Ponadto NSA stwierdził, że sądowa kontrola takiej decyzji odbywa się wyłącznie w oparciu o kryterium legalności, bowiem sądy administracyjne nie są uprawnione do rozstrzygania o trafności merytorycznej oceny ofert, która odbywa się z uwzględnieniem także elementów medycznych i ekonomicznych.”

Komisja konkursowa dokonała zatem oceny ofert w postępowaniu w sposób rzetelny, natomiast fakt, że wynik przeprowadzonego postępowania nie odzwierciedla oczekiwań Odwołującego, nie może stanowić o zasadności wniesionego środka odwoławczego.

Reasumując należy stwierdzić, że Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem reguł, określonych w przepisach prawa, dokonała prawidłowego rozstrzygnięcia postępowania, dlatego też nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Mając powyższe na uwadze należy uznać, że zarzuty podniesione w odwołaniu złożonym przez Odwołującego nie zasługują na uwzględnienie. W konsekwencji brak jest podstaw do uwzględnienia odwołania wniesionego przez Odwołującego.

Wobec powyższego postanowiono jak w sentencji.

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna. Świadczeniodawcy przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego.

Strona może wnieść skargę na decyzję Prezesa Funduszu do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie. Skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia decyzji, za pośrednictwem Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (ul. T. Chałubińskiego 8; 00-613 Warszawa), upoważnionego na podstawie art. 268a k.p.a. 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.

z upoważnienia Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dyrektor
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Katarzyna Słodka
/dokument podpisano elektronicznie/

Załącznik:

- ranking końcowy postępowania nr 07-25-000303/REH/05/1/05.1310.209.02/01

