

Łódź, dnia 13 maja 2025 roku

Znak: NFZ05-WP.4117.2.2025

Decyzja nr 2/05/2025/OD

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Na podstawie art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (j.t. Dz. U. z 2024 r. poz. 572) dalej: „k.p.a.” w związku z art. 142 ust. 5 pkt 1 oraz art. 154 ust. 1, 2, 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm.) zwanej dalej: „ustawą”, w sprawie odwołania wniesionego **przez Panią** prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą Przedsiębiorstwo Handlowe „KALMAR” z siedzibą w Siemiatyczach, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia Łódzki Oddział Wojewódzki w trybie konkursu ofert o kodzie postępowania nr 05-25-000078/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w rodzaju Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, na terenie powiatu opoczyńskiego - 1007, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy, ogłosił prowadzone w trybie konkursu ofert postępowanie poprzedzające zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie:

świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, na terenie powiatu opoczyńskiego – 1007, na okres od dnia 1 lipca 2025 roku do dnia 30 czerwca 2030 roku.

W ogłoszeniu przedmiotowego konkursu ofert wskazano wartość zamówienia nie większą niż 1 197 671,32 zł. W ogłoszeniu wskazano również maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, tj. 4.

W przedmiotowym postępowaniu złożono 8 ofert, w tym jeden Oferent DOMOWA OPIEKA MEDYCZNA "DO-MED" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Trakt Lubelski 140/14/4, 04-790 Warszawa, złożył ofertę na dwa miejsca udzielania (komórka kod res. VII 017 oraz 177)

Na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy, w dniu 28 kwietnia 2025 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicach ogłoszeń oraz stronie internetowej Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 ustawy, który stanowi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz 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.

W myśl art. 154 ust. 1 - 4 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. 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 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 po dokonaniu anonimizacji w zakresie danych osobowych oraz innych danych istotnych ze względu na identyfikację podmiotową osób niebędących stronami

postępowania. Decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna. Świadczeniodawcy przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego.

Dnia 29 kwietnia 2025 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia - Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego w Łodzi, wpłynęło odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania z dnia 28 kwietnia 2025 roku, złożone przez Panią prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą Przedsiębiorstwo Handlowe „KALMAR” z siedzibą w Siemiatyczach. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W złożonym środku zaskarżenia Odwołujący zarzucił prowadzenie postępowania konkursowego z naruszeniem prawa, tj. nieprawidłowe zastosowanie przez komisję konkursową przepisów dotyczących postępowania konkursowego, co doprowadziło do naruszenia interesu prawnego oferenta, którego oferta w wyniku tego działania komisji konkursowej nie została wybrana.

Zdaniem Skarżącego Komisja Konkursowa dokonując oceny złożonej oferty uznała, że oferent nie spełnia kryterium wyboru ofert zawartego w odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 1.1.1.4: co najmniej 50 % wykazanych w ofercie pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze 1 etatu.

Komisja dokonała zmiany odpowiedzi ankietowej udzielonej przez oferenta z „TAK” na „NIE” i odjęła ofercie 20 pkt za kryterium jakości.

Mając na uwadze wezwanie do uzupełnienia braków, które komisja uprzednio przestała oferentowi, oraz treść pisma z dnia 9 kwietnia 2025 r., zdaniem komisji dla spełnienia tego warunku nie jest dopuszczalne wskazywanie etatów przeliczeniowych pielęgniarek realizujących świadczenia w ramach umów cywilnoprawnych. Z treści pisma wynikało bowiem, że dla spełnienia tego warunku oferent powinien zatrudniać pielęgniarki na podstawie umowy o pracę, czego nie wykazał.

Dodatkowo Skarżący wskazał że Stanowisko komisji i dokonana przez nią interpretacja bezpodstawnie zawężająca kryterium wyboru ofert określone w pytaniu ankietowym nr 6 wyłącznie do pielęgniarek zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, narusza interes prawny oferenta, ponieważ tak znaczne obniżenie wartości punktowej oferty – o 20 pkt - co z

dużym prawdopodobieństwem skutkowało wykluczeniem go z postępowania konkursowego i niedokonaniem wyboru jego oferty.

Komisja uznała bezpodstawnie że dla spełnienia warunku rankingującego oferent powinien wykazać że zatrudnia lub ma zamiar zatrudnić wykazane w ofercie pielęgniarki w 50-ciu procentach w wymiarze 1 etatu wyłącznie na podstawie umowy o pracę, co absolutnie nie wynika z treści tego kryterium zawartego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2016 r. tzw. kryterialnym w części dotyczącej świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Zgodnie z jego brzmieniem, oferent może otrzymać 20 punktów za przedmiotowe kryterium, jeżeli z harmonogramu czasu pracy pielęgniarek w ofercie będzie wynikało, że będą one udzielały świadczeń w wymiarze 1 etatu, a nie że będą zatrudnione w wymiarze 1 etatu każda w ramach stosunku pracy. Bez żadnych wątpliwości, oferent taki harmonogram przedstawił i wykazał że cztery wykazane w ofercie pielęgniarki będą udzielać świadczeń w wymiarze godzin stanowiącym równoważnik 1 etatu, tj 160-ciu godzin miesięcznie.

Określenie w kryterium „w wymiarze 1 etatu” jest równoznaczne z pojęciem równoważnika etatu, które pojawia się często zarówno w przepisach wydanych przez Ministra Zdrowia – rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych jak i w rozporządzeniu kryterialnym. Oznacza ono wyłącznie liczbę godzin udzielania świadczeń przez personel medyczny w miesiącu kalendarzowym. Pojęcie „równoważnik etatu” na gruncie umowy z NFZ ma inne znaczenie niż wynikające z prawa pracy, ponieważ definicja wymiaru etatu pracownika medycznego określona jest w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. (art. 93 i 94).

Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych jest zobowiązany zapewnić wymaganą opiekę medyczną, np. przez pielęgniarki. Warunkami właściwej realizacji umowy z NFZ jest zapewnienie odpowiedniej liczby pielęgniarek o określonych kompetencjach. Dysponowanie odpowiednim potencjałem wykonawczym jest rozliczane na podstawie przepisów i zapisów umowy z NFZ w części dotyczącej tzw. potencjału dodatkowego (wymogi rankingujące w ofercie składanej w postępowaniu w sprawie zawarcia umów).

Użyte wyrażenie „w wymiarze 1 etatu” nie uprawnia do odniesienia powyższego wymogu jedynie do przepisów Kodeksu pracy. Nie zobowiązuje także oferentów do zawierania jedynie stosunku prawnego w postaci umowy o pracę, w charakterystyce którego istnieje pojęcie etatu. W stosunku zobowiązaniowym, jaki funkcjonuje między świadczeniodawcą a NFZ, istnienie praw i obowiązków pracowniczych wywodzących się z Kodeksu pracy jest niezależne od praw i obowiązków wynikających z umowy zawartej z NFZ. Płatnik publiczny występujący w roli zamawiającego świadczenia zdrowotne na rzecz uprawnionych do ich otrzymania, określił w drodze rozporządzenia koszykowego warunki, w jakich świadczenia te mają być wykonywane. W omawianym przypadku użycie sformułowania równoważnika etatu, oznacza odniesienie do wymiaru czasu udzielania świadczeń, wyznaczonego następnie harmonogramem, w jakim pielęgniarka powinna sprawować opiekę nad pacjentami, bez odniesienia do formy zatrudnienia.

Oznaczenie wymiaru godzin – czasu udzielania świadczeń przez pielęgniarki nie odnosi się więc do formy zatrudniania tych pielęgniarek przez oferenta a następnie świadczeniodawcę, a już na pewno z żadnych przepisów prawa nie wynika by personel medyczny miał być zatrudniany na podstawie umowy o pracę, co skutkowałoby przyznaniem dodatkowych punktów w ofercie.

Nie wynika to również z pytania ankietowego nr 1.1.1.4 - kryterium odnoszące się do pielęgniarek i wymiaru czasu ich pracy, które zastosowała komisja konkursowa w przedmiotowym przypadku jest zatem kryterium nieistniejącym i nie ma przy tym znaczenia, czy komisja weryfikowała pod tym kątem wszystkich czy niektórych tylko oferentów w postępowaniu konkursowym, zapewniając tym samym rzekomą równość traktowania oferentów w postępowaniu.

Potwierdzeniem tego, że NFZ, a zatem także komisje konkursowe nie mogą stosować wymogów czy kryteriów odnoszących się do faktu zatrudnienia lub nie personelu medycznego na podstawie umowy o pracę, są również zapisy wydanego przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zarządzenia Prezesa NFZ nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne. Obligują one oferenta poza wymienieniem personelu i jego kompetencji w ofercie, do przedstawienia wyłącznie dokumentów określonych w § 10 ust. 4 pkt 3) tego zarządzenia, tj. umów o pracę lub umów

cywilnoprawnych, lub pisemnych zobowiązań do zawarcia jednej z ww. umów. Dokumenty te zostały przedstawione przez oferenta i komisja nie miała podstaw prawnych do domagania się umów o pracę.

Komisja konkursowa jednak postanowiła przekroczyć swoje uprawnienia i badać poza tym czy pielęgniarki mają zawarte umowy o pracę i na podstawie udzielonych odpowiedzi warunkować przyznanie punktów za spełnienie kryterium rankingującego w oparciu o nieuprawnioną interpretację tego kryterium.

Komisja przeprowadza weryfikację oferenta na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, jednak może to czynić w granicach obowiązującego prawa. W przedmiotowym przypadku, komisja nie dokonała ustaleń na podstawie przedstawionych dokumentów dotyczących personelu medycznego wykazanego w ofercie oraz złożonych przez niego oświadczeń, ale dokonała własnej interpretacji dotyczącej rozumienia pojęcia 'wymiaru 1 etatu', stosując kryterium dodatkowe nie występujące w przepisach prawa i na tej podstawie odebrała punkty w ofercie.

Wobec powyższego, Odwołujący wnosi o uwzględnienie niniejszego odwołania w całości.

Zgodnie z art. 154 ust. 6a ustawy, stronami postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawca, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W dniu 02 maja 2025 roku Świadczeniodawcy wybrani w przedmiotowym postępowaniu konkursowym tj.:

1. DOMOWA OPIEKA MEDYCZNA "DO-MED" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ,
ul. Trakt Lubelski 140/14/4 , 04-790 Warszawa, 240187
2. Bogusław Sobolewski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "EPIONE" Spółka
komandytowa, ul. Konna 49, 93-447 Łódź, 240189
3. Medycyna Rodzinna Wójcik spółka jawna, Jelnia 1, 26-340 Drzewica, 240102

oraz Skarżący, celem realizacji prawa, o którym mowa w art. 10 k.p.a. zostali zawiadomieni o przysługującym uprawnieniu do zapoznania się z aktami postępowania, uzyskania wyjaśnień, składania wniosków i zastrzeżeń przed wydaniem decyzji, w dniach 08 - 09.05.2025 roku, ze wskazaniem że dokładna godzina możliwa jest do ustalenia pod numerem telefonu 42 275 40 21. Jednocześnie strony zostały powiadomione, zgodnie z art. 154 ust. 2 ustawy, że sprawa zostanie załatwiona do 13 maja 2025 roku.

Z aktami sprawy w ustalonym terminie nie zapoznał się żaden z oferentów, biorących udział w postępowaniu.

W piśmie z dnia 6 maja 2025 r. Skarżący podtrzymał w całości wszelkie argumenty zawarte w odwołaniu oraz podniósł następujące:

- nieuznanie odpowiedzi TAK dla pytania 1.1.1.4, do którego Skarżący załączył dodatkowo interpretację tego kryterium udzieloną przez Ministerstwo Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2025r. wskazującą że „ *zatrudnienie pielęgniarek w przewidzianym wymiarze czasu pracy dotyczy zarówno umowy o pracę jak i innych umów niż umowa o pracę*”.

- odebranie oferentowi punktów za kryteria wyboru ofert za udzielone odpowiedzi ankietowe: dostępność – pytanie ankietowe 1.2.1.1; 1.2.1.2 i 1.2.1.3; ciągłość - pytanie ankietowe 1.3.1.1, gdzie przy ocenie komisja uznała że dotyczą one obszaru objętego postępowaniem konkursowym.

Skarżący wskazał, że *przedmiotowe kryteria są kryteriami wymienionymi w części szczegółowej, a nie kryteriami z zakresu ciągłości określonymi w części wspólnej kryterium wyboru ofert, zapewniających dodatkowe punkty dotychczasowym świadczeniodawcom, którzy udzielają już tych samych świadczeń, które są przedmiotem oferty wyłącznie na podstawie umowy z NFZ w dniu składania ofert i na tym samym obszarze, na którym ogłoszono postępowanie.*

Wg. Skarżącego kryteria, które zakwestionowała Komisja, odnoszą się do świadczeniodawców, którzy zanim złożyli ofertę, przez czas 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące termin ogłoszenia postępowania, udzielali świadczeń na warunkach określonych w kryteriach, obojętnie czy na podstawie umowy z NFZ czy komercyjnie. W kryterium nie wskazano,

że świadczenia dla pacjentów w nim określonych, miałyby być udzielane na podstawie umowy z NFZ, nie wskazują zakresu udzielania świadczeń ani obszaru na jakim były udzielane te świadczenia. Prawidłowa wykładnia tego kryterium nie może opierać się na warunku jaki w danym przepisie nie został wskazany wprost i bez żadnych wątpliwości, czyli na warunkach nieistniejących. Komisja Konkursowa nie może tworzyć nowych kryteriów lub/i ich nadinterpretowywać, choćby stosowała tę zasadę równo wobec wszystkich oferentów. W tym miejscu wskazać należy że przyznając dodatkowe punkty w ofercie za spełnienie kryterium współpracy z AOTMiT, komisja nie kierowała się obszarem postępowania, co jest prawidłowe, skoro kryterium współpracy nie jest z obszarem w ogóle powiązane.

W przypadku kryterium ciągłości, o którym mowa w części wspólnej kryteriów wyboru oferty, dla przyznania punktów za to kryterium, koniecznym jest by oferent realizował na podstawie umowy proces leczenia świadczeniodawców w ramach danego zakresu świadczeń proces leczenia świadczeniodawców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru którego dotyczy postępowanie, bo takie jest literalne brzmienie tego kryterium (...) nie odnosi się ono do obszaru postępowania i nie ma nic wspólnego z kryterium ciągłości określonego w części wspólnej, może zatem dotyczyć również świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń na podstawie umów z NFZ na innym obszarze lub udzielają świadczeń komercyjnych, również bez powiązania z obszarem kontraktowania.

Do pisma Skarżący załączył uzasadnienie decyzji Dyrektora Mazowieckiego OW NFZ z dnia 28 lutego 2020 r.

Rozpatrując odwołanie ustalono, co następuje.

W toku postępowania administracyjnego, organ zobowiązany jest dokonać oceny postępowania zmierzającego do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów prawa, zasady uczciwej konkurencji oraz zasady równego traktowania świadczeniodawców. Przedmiot badania organu jest, zatem skonkretyzowany na czynnościach komisji konkursowej podejmowanych w stosunku do Skarżącego. Z tego względu postępowanie wyjaśniające obejmuje przede wszystkim zgromadzenie materiałów dokumentujących czynności komisji konkursowej, analizę tych dokumentów oraz przedstawienie dokonanych ustaleń.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym w szczególności:

1. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2011 Nr 293, poz. 1728),
2. Rozporządzenie 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. 2016 poz. 1372, ze zm.),
3. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866, ze zm.),
4. Rozporządzenie 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. 2020 poz. 1858),
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t. j. Dz.U. 2023 poz. 1194, ze zm.),
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.),
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz.U. 2024 poz. 799 ze zm.),
8. Zarządzenie Nr 15/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
9. Zarządzenie Nr 156/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,

10. Zarządzenie Nr 18/2017/DSOZ - Zarządzenie Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
11. Zarządzenie Nr 19/2017/DSOZ - Zarządzenie Nr 19/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
12. Zarządzenie Nr 51/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
13. Zarządzenie Nr 55/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t. j. Dz.U. 2024 poz. 253).

Treść ww. zarządzeń i rozporządzeń została opublikowana wraz z ogłoszeniem.

W dniu 26 lutego 2025 r. postępowanie zostało otwarte, złożono 8 ofert nie podlegających odrzuceniu.

W części jawnej konkursu ofert komisja konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert stwierdzając, że złożone oferty zawierają braki formalne. Komisja konkursowa wezwała 8 oferentów do uzupełnienia braków w wyznaczonym terminie. Braki zostały uzupełnione przez 8 oferentów w terminie.

Komisja konkursowa, prowadząca postępowanie nr 05-25-000078/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w zakresie 14.2142.026.04 ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ, podczas posiedzenia w dniu 09 kwietnia 2025 r., podjęła decyzję o zmianie odpowiedzi ankietowej u oferentów:

1. **DOMOWA OPIEKA MEDYCZNA "DO-MED"** spółka z ograniczoną odpowiedzialnością - kod świadczeniodawcy 240187.

Wskazane w formularzu ofertowym pytanie:

- 1.2.1.2 SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 10% dla kom. kod. res. cz. VII 177

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.2.1.3 SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 20% dla kom. kod. res. cz. VII 177

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.3.1.1 SPO_7 Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki dla kom. kod. res. cz. VII 177 oraz 017

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.3.1.2 SPO_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie dla kom. kod. res. cz. VII 177.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.3.1.3 SPO_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 10 lat dla kom. kod. res. cz. VII 177.

odpowiedź Oferenta: NIEPRZERWANIE OD 10 LAT

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: ŻADNE Z POWYŻSZYCH

2. Medycyna Rodzinna Wójcik spółka jawna- kod świadczeniodawcy 240102

Wskazane w formularzu ofertowym pytanie:

- 1.1.1.3 SPO_7 Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.3.1.1 SPO_7 Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

3. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESCULAP" S.C. KRZYSZTOF POPIŃSKI, JAKUB JÓZEFIAK- kod świadczeniodawcy 240167.

Wskazane w formularzu ofertowym pytanie:

- 1.1.1.4 SPO_7 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze 1 etatu- co najmniej 50% pielęgniarek.

odpowiedź Oferenta: co najmniej 50% pielęgniarek.

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: żadne z powyższych

- 1.1.1.2 SPO_7 Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

4. **NZOZ REGIONALNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** - kod świadczeniodawcy 200198

Wskazane w formularzu ofertowym pytanie:

- 1.1.1.4 SPO_7 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze 1 etatu- co najmniej 50% pielęgniarek.

odpowiedź Oferenta: co najmniej 50% pielęgniarek.

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: żadne z powyższych

5. **Bogusław Sobolewski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "EPIONE" Spółka komandytowa**- kod świadczeniodawcy 240189

Wskazane w formularzu ofertowym pytanie:

- 1.1.1.4 SPO_7 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze 1 etatu- co najmniej 50% pielęgniarek.

odpowiedź Oferenta: co najmniej 50% pielęgniarek.

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: żadne z powyższych

6. **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KALINA" IWONA TOMCZYK**- kod świadczeniodawcy 240017

- 1.1.1.4 SPO_7 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze 1 etatu- co najmniej 50% pielęgniarek.

odpowiedź Oferenta: co najmniej 50% pielęgniarek.

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: żadne z powyższych

- 1.2.1.2 SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie

świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 10%.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.2.1.3 SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 20%.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.3.1.1 SPO_7 Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

7. R MED CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.- kod świadczeniodawcy 240017

- 1.1.1.2 SPO_7 Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.1.1.3 SPO_7 Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.1.1.4 SPO_7 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze 1 etatu- co najmniej 50% pielęgniarek.

odpowiedź Oferenta: co najmniej 50% pielęgniarek.

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: żadne z powyższych

- 1.2.1.2 SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 10%.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.2.1.3 SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 20%.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.3.1.1 SPO_7 Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

8. Skarżący, **PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA-SALA-**
kod świadczeniodawcy 200037.

Wskazane w formularzu ofertowym pytanie:

- 1.1.1.4 SPO_7 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze 1 etatu- co najmniej 50% pielęgniarek.

odpowiedź Oferenta: co najmniej 50% pielęgniarek.

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: żadne z powyższych

- 1.2.1.2 SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 10%.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.2.1.3 SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 20%.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.3.1.1 SPO_7 Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

- 1.2.1.1 SPO_7 Udzielanie świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie.

odpowiedź Oferenta: TAK

Komisja konkursowa zmieniła odpowiedź na: NIE

Oferenci w tym Skarżący zostali powiadomiony o dokonanej zmianie odpowiedzi na powyższe pytania ankietowe w dniu 09 kwietnia 2025 roku.

W zakresie zmiany odpowiedzi na powyższe pytanie ankietowe wpłynął protest na czynność komisji konkursowej złożony przez: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESCOLAP" S.C. KRZYSZTOF POPIŃSKI, JAKUB JÓZEFIK, 26-300 Opoczno, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 18; DOMOWA OPIEKA MEDYCZNA "DO-MED" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 04-790 Warszawa, ul. Trakt Lubelski 140/14/4; NZOZ REGIONALNE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, 26-425 Odrzywół, ul. Wspólna 55; Medycyna Rodzinna Wójcik spółka jawna, 26-340 Drzewica; Bogusław Sobolewski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "EPIONE" Spółka komandytowa, 93-447 Łódź, ul. Konna 49 oraz Skarżącego PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA-SALA, 17-300 SIEMIATYCZE, ul. Juliusza Słowackiego 26.

W odpowiedzi na protesty komisja konkursowa powiadomiła o oddaleniu protestów, uznając je za oczywiście bezzasadne.

W uzasadnieniu wyjaśniła, że w przypadku odpowiedzi na pytanie 1.1.1.4. Oferenci nie potwierdzili zapewnienia zatrudnienia na podstawie umów o pracę co najmniej 50% lub 25% pielęgniarek udzielających świadczeń w wymiarze 1 etatu.

W odpowiedzi na pytanie 1.1.1.3 Oferenci nie przedstawili co najmniej 3-letniego doświadczenia w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego dla co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki

długoterminowej domowej, potwierdzonego przez podmiot leczniczy realizujący ten rodzaj świadczeń.

W odpowiedzi na pytanie 1.2.1.1 Oferenci nie potwierdzili udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie. Okres weryfikacji objęcia opieką ustalono na okres od grudnia 2023 r. do listopada 2024r.

W odpowiedzi na pytanie 1.2.1.2 Oferenci nie potwierdzili udziału co najmniej 10% świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie oraz na obszarze objętym postępowaniem konkursowym. Okres weryfikacji objęcia opieką ustalono na okres od grudnia 2023 r. do listopada 2024r.

W odpowiedzi na pytani 1.2.1.3 Oferenci nie potwierdzili udziału co najmniej 20% świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie oraz na obszarze objętym postępowaniem konkursowym. Okres weryfikacji objęcia opieką ustalono na okres od grudnia 2023 r. do listopada 2024r.

W odpowiedzi na pytani 1.3.1.1 Oferenci nie potwierdzili udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki na obszarze objętym postępowaniem konkursowym. Okres weryfikacji objęcia opieką ustalono na okres od grudnia 2023 r. do listopada 2024r.

W odpowiedzi na pytani 1.3.1.2 Oferenci nie potwierdzili realizacji na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.

W odpowiedzi na pytani 1.3.1.3 Oferenci nie potwierdzili realizacji na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 10 lat

Wszystkie oferty zostały przyjęte do dalszego postępowania.

Zakwalifikowanie oferty do części niejawnej postępowania oznacza jedynie, że oferta nie podlega odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy. Fakt spełniania wymaganych warunków określonych przepisami prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, a jedynie pozwala na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny oferty. Ocena wszystkich ofert, w tym oferty Skarżącego, dokonywana jest według kryteriów określonych w ww. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U.2021 r. poz. 749). Kryterium różnicującym oferty stanowi ocena uzyskana w kolejności według następujących kryteriów: ofertę cenową, ciągłość, kompleksowość, jakość, dostępność, inne. W przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny oferty przez co najmniej dwóch oferentów kryterium różnicującym oferty stanowi ocena uzyskana w kolejności według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.

Porównanie ofert nastąpiło zgodnie z ww. kryteriami.

W oparciu o powyższe kryteria na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych (tj. odpowiedzi udzielonych przez oferentów na pytania zawarte w formularzach ofertowych i ankietach, dokonuje się oceny ofert, ich porównania i na tej podstawie sporządza się ranking otwarcia, a następnie – ranking końcowy).

W rankingu końcowym oferta Skarżącego zajęła szóste miejsce uzyskując 43,000 pkt.

Uzyskaną wartość punktową w rankingu końcowym za poszczególne kryteria oceny obrazuje poniższa tabela nr 1.

Kod	Świadczeniodawca - nazwa	Ocena Oferty							Punkty Oferta niecenowe	Punkty łącznie
		Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ciągłość	Pozostałe	Punkty Oferta Cenowa			
200237	Wioletta Totwińska -Sala NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARSKIE 200237/0070	36	0	0	0	2	5	38,000	43,000	
240189	Bogusław Sobolewski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "EPIONE" Spółka komandytowa 240189/0037	39	0	6	29	0	2,5	71,000	73,500	
240187	DOMOWA OPIEKA MEDYCZNA "DO- MED" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 240187/0017	59	0	3	29	2	2,5	96,000	98,500	
240102	Medycyna Rodzinna Wójcik spółka jawna 240102/0006	50	0	6	22	2	2,5	80,000	82,500	

Tab. 1 Ocena oferty

W rozstrzygnięciu postępowania, komisja konkursowa dokonała wyboru oferty.

Zgodnie z treścią opublikowanego ogłoszenia postępowania o kodzie nr 05-25-000078/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które miały zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 4 umów. Do udzielania świadczeń zostało wybranych 3 oferentów, wyczerpując wartość zamówienia przewidzianego w ogłoszeniu. Oferta Skarżącego znalazła się, na szóstym miejscu. Organ ma obowiązek skontrolować rozstrzygnięcie także z punktu widzenia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców i musi porównać oceny ofert poszczególnych świadczeniodawców i skontrolować te oceny z samymi ofertami. Wobec powyższego oceny

i oferty powinny być załączone do akt kontrolowanego postępowania administracyjnego, zaś stanowisko organu w tym zakresie winno znaleźć stosownie do art. 107 § 3 k.p.a. i swój wyraz w uzasadnieniu decyzji. Stosownie do powyższego, szczegółowe porównanie ofert, treść pytań ankietowych oraz wartość punktową oceny ofert za poszczególne kryteria niecenowe oceny obrazuje tabela 2 .

Tabela nr 2

		K/200237/0070	K/240102/0006	K/240187/0017	K/240189/0037				
LP	Pytanie cz1	Odp	Pkt	Odp	Pkt	Odp	Pkt	Odp	Pkt
1.1.1.1	SPO_7 Pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: 1)opieki długoterminowej lub 2)pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub 3)pielęgniarstwa zachowawczego, lub 4)pielęgniarstwa internistycznego, lub 5)pi	Tak	18	Tak	18	Tak	18	Tak	18
1.1.1.2	SPO_7 Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.	Tak	9	Tak	9	Tak	9	Tak	9
1.1.1.3	SPO_7 Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.	Tak	9	Nie	0	Tak	9	Tak	9
1.1.1.4	SPO_7 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze 1 etatu:	Żadne z powyższych	0	- co najmniej 50% pielęgniarek.	20	- co najmniej 50% pielęgniarek.	20	Żadne z powyższych	0

1.1.2.1	SPO_W Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.2.2	SPO_W Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.2.3	SPO_W Brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.2.4	SPO_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.2.5	SPO_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.2.6	SPO_W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.2.7	SPO_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.2.8	SPO_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.2.9	SPO_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.3.1	SPO_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	Nie	0	Tak	3	Tak	3	Tak	3

1.2.1.1	SPO_7 Udzielanie świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.1.2	SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 mies	Nie	0	Tak	3	Tak	3	Nie	0
1.2.1.3	SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 m	Nie	0	Tak	3	Tak	3	Tak	3
1.3.1.1	SPO_7 Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy	Nie	0	Nie	0	Tak	7	Tak	7
1.3.1.2	SPO_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.	Nie	0	Tak	9	Tak	9	Tak	9

1.3.1.3	SPO_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	Żadne z powyższych	0	Nieprzerwanie od 10 lat.	13	Nieprzerwanie od 10 lat.	13	Nieprzerwanie od 10 lat.	13
1.4.1.1	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 ZAR	Tak	0	Tak	0	Tak	0	Tak	0
1.5.1.1	SPO_W Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	Tak	2	Tak	2	Tak	2	Nie	0

Jak wyżej wykazano przedmiotowe postępowanie, którego rozstrzygnięcie zaskarżono niniejszym odwołaniem, zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami opisanymi w dziale VI ustawy.

Postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów, w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania

komisji konkursowej nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkim oferentami biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu ofert, zadaniem komisji konkursowej, stosownie do treści art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy, jest wybór oferty lub ofert najkorzystniejszych.

Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, oraz aktach wykonawczych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 139 ust. 9 ustawy. Zasady te były znane wszystkim oferentom biorącym udział w postępowaniu, w tym również Skarżącemu.

Skarżący w ofercie złożył m.in. oświadczenie, że *„zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania”*.

Komisja konkursowa w ramach postępowania konkursowego stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Przedmiot zamówienia został opisany przez Zamawiającego w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty. Określenie przedmiotu zamówienia było zgodne z wymogami określonymi w art. 140 ust. 2 i 141 ustawy. Zgodnie z art. 134 ust. 2 ustawy wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim Świadczeniodawcom na tych samych zasadach. Dostępne były na tablicach ogłoszeń u Zamawiającego (w siedzibie Oddziału) oraz na stronach internetowych Oddziału.

Sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich oferentów.

Kryteria oceny ofert, zasady punktacji i warunki wymagane od Świadczeniodawców, jak wykazano powyżej, były jawne i nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Ocena ofert, w tym oferty Skarżącego, odbywała się o enumeratywnie

określone kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były jednakowe dla wszystkich i przejrzyste. W przywołanym 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 z późniejszymi zmianami, wskazane zostało, z jakimi okolicznościami przypisanymi poszczególnym kryteriom oceny wiążą się określone ilości punktów.

Jak wykazano powyżej w oparciu o kryteria określone w ww. rozporządzeniu dokonano oceny ofert, komisja konkursowa w tym zakresie nie dokonała żadnych zmian.

W ustosunkowaniu do zarzutów podniesionych przez Skarżącego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zważył, co następuje:

Zgodnie z ustawą, zasadami przeprowadzania postępowania są w szczególności: równe traktowanie świadczeniodawców, niezmiennosc warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania, przestrzeganie aktów prawnych i zarządzeń określonych w ogłoszeniu oraz zachowanie uczciwej konkurencji.

Wskazać należy, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznając odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Wobec tego, nie powiela czynności zarezerwowanych przez ustawę dla komisji konkursowej. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Skarżącego.

Oceniając warunki zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące przedmiotu postępowania: Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa; kryterium: jakość; kategoria: personel (Załącznik 6. Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Tabela nr 1 - ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ. 7. Przedmiot postępowania: Pielęgniarska opieka

długoterminowa domowa) oceniany warunek 1.4. oraz 1.5., Co najmniej 50% (25%) pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze 1 etatu, komisja konkursowa brała pod uwagę pełny wymiar czasu pracy pielęgniarek, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.).

Wskazać należy, że czas pracy personelu medycznego został odmiennie uregulowany niż to ma miejsce w dziale VI (art. 128-15112) ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510 i 1700). Otóż, bezpośrednim źródłem prawa w przedmiocie czasu pracy pracowników ochrony zdrowia stanowi dział III (art. 93- 99b) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.), gdzie jednocześnie w zakresie nieuregulowanym powyższą ustawą zastosowanie mają przepisy kodeksu pracy. Ograniczenie tutaj stanowi brzmienie art. 93 i 94 ustawy o działalności leczniczej, wedle którego podstawowy czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym nie może przekraczać 7 godzin i 35 minut na dobę. Deklaracja udzielania świadczeń w wymiarze 1 etatu, oznacza, że powinno się zapewnić personel w wymiarze odpowiadającym wymiarowi czasu pracy pracowników ochrony zdrowia określonym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Należy jednocześnie podkreślić, iż powyższe stanowisko odnosi się do stosunku pracy w rozumieniu art. 22 § 1 kodeksu pracy. Postanowienia ustawy o działalności leczniczej, jak również kodeksu pracy nie mają zastosowania do umów cywilno-prawnych. Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, że zgodnie ze zmianami wprowadzonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lutego 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 385), gdzie oceniony warunek 1.4. „Co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu”, został zastąpiony zapisem: „Co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze 1 etatu”; analogicznie oceniony warunek 1.5. „Co najmniej 25% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu”, zastąpiony zapisem: „Co najmniej 25% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze 1 etatu”. Dla spełnienia warunku nie jest zatem dopuszczalne wskazywanie etatów przeliczeniowych pielęgniarek realizujących świadczeń w ramach umów cywilnoprawnych. Stanowi to jednocześnie potwierdzenie że kryterium” w wymiarze 1 etatu” nie można traktować jako równoznaczne z pojęciem równoważnika etatu.

Nadto komisja przyjęła że spełnienie przedmiotowego kryterium ma na celu premiowanie podmiotów, w których pielęgniarki faktycznie udzielają świadczeń zdrowotnych, fizycznie są na miejscu i wykonują pracę na rzecz pacjentów, a nie tylko deklarują taką dostępność. Jednocześnie komisja przyjęła, iż w celu udokumentowania spełnienia tego warunku Oferent winien przedstawić kopię umowy o pracę, gdyż samo przedstawienie ilości wpisanych godzin w formularz ofertowy nie daje rzetelnego potwierdzenie wypełnienia opisywanego kryterium.

Odnosząc się do zarzutu braku przekazania przez komisję konkursową w trakcie negocjacji zestawienia oceny punktowej oferty w poszczególnych kryteriach wskazać należy że szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, zawarte są 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. 2016 poz. 1372, ze zm.). Kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od Świadczeniodawców były jawne i przejrzyste oraz nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Wobec powyższego wskazać należy, iż komisja konkursowa nie przyznaje ilości punktów a końcowa liczba punktów uzyskana przez oferenta jest zależna od udzielonych odpowiedzi ankietowych i stanowi wynik przypisania wartości punktowej poszczególnym kryterium oceny zgodnie z przywołanym wcześniej rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Wobec tego Oferent miał wiedzę ile punktów otrzymał za wybrane kryterium i przekazanie ich, czego komisja na tym etapie prowadzonego postępowania nie mogła wykonać, bez porównania z innymi Oferentami nie miało wpływu na pozycję Skarżącego w rankingu końcowym.

Odnosząc się do zarzutu odebrania Skarżącemu punktów za kryterium dostępności, które wg Skarżącego nie jest powiązane z terenem postępowania, w pytaniu ankietowym: *1.2.1.1 Udzielanie świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące termin ogłoszenia postępowania, 1.2.1.2. Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące termin ogłoszenia*

postępowania; 1.2.1.3 *Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące termin ogłoszenia postępowania, a także za kryterium ciągłości w pytaniu ankietowym: 1.3.1.1 Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy, wskazać należy że Komisja Konkursowa przyjęła za zasadne ocenę kryterium wyłącznie w połączeniu z obszarem postępowania. Zważyć należy, że kryterium ciągłości a także dostępności wiąże się przede wszystkim z ograniczeniem ryzyka przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej a co za tym idzie traktowany jest jako sposób organizacji udzielania świadczeń zapewniającą ciągłość procesu terapeutycznego, leczniczego mającą na uwadze przede wszystkim dobro pacjentów. Ponadto wskazać należy, że komisja konkursowa wzywając do uzupełnienia braków prosiła o potwierdzenie udzielania świadczeń poprzez przedłożenie dokumentów potwierdzających udzielanie świadczeń pacjentom z obszaru objętego postępowaniem konkursowym, nie wskazując, a tym samym nie ograniczając Oferentów do przedstawienia dokumentów ze zrealizowanych świadczeń wyłącznie w ramach umowy z NFZ. Jedynym ograniczeniem które Komisja wskazała był teren postępowania konkursowego który jednoznacznie został określony w ogłoszonym postępowaniu konkursowym.*

Dodatkowo załączone przez Odwołującego pismo Ministerstwa Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2025r. poparło stanowisko Komisji konkursowej dokonującej weryfikacji kryterium ciągłości i dostępności i wskazało, że ocena kryteria „Dostępności” i „Ciągłości” (...) powinna być dokonana w odniesieniu do miejsca udzielania świadczeń określonych w ofercie, zlokalizowanego na terenie obszaru kontraktowania. Kierując się interesem pacjentów jakim jest zapewnienie dostępności udzielanych świadczeń (...) powinny być oceniane w odniesieniu do obszaru kontraktowania określonego w ogłoszeniu o postępowaniu. Przyjęcie takiej interpretacji zapewni właściwe, odpowiadające stanu rzeczywistemu, zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych pacjentów na danym terenie”

Odnosząc się do zarzutu Skarżącego, że komisja Konkursowa nie kierowała się obszarem postępowania przyznając dodatkowe punkty w ofercie za spełnienie kryterium inne, pytanie *1.5.1.1. Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r, zważyć należy poniższe.*

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wszczyna procedury występowania do świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z wnioskiem o nieodpłatne udostępnienie danych niezbędnych do realizacji ustawowych zadań Agencji w celu m.in. uzyskania informacji o wartości wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych w ramach wszystkich form zatrudnienia, a także pozyskanie danych dotyczących struktury zatrudnienia z podziałem na grupy zawodowe i kategorie personelu. Dodatkowo gromadzi m.in. dane o strukturze przychodów i kosztów prowadzonej działalności oraz informacje na temat średnich jednostkowych kosztów wytworzenia procedur realizowanych przez świadczeniodawcę, co bezdyskusyjnie nie ma wpływu i nie jest połączone z kryterium ciągłości i dostępności, a jedynie wypełnieniem głównej roli Agencji jaką jest wspomaganie ministra właściwego do spraw zdrowia w procesie podejmowania decyzji dotyczących finansowania świadczeń lekowych i nielekowych w systemie ochrony zdrowia.

Po przeprowadzeniu analizy akt sprawy Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia stwierdził, że przedmiotowe postępowanie konkursowe było prowadzone zgodnie z zasadami określonymi w ustawie, warunkach postępowania, warunkach zawierania oraz realizacji umów, zaś zachowanie komisji konkursowej było zgodne z prawem. Wszystkie oferty złożone w postępowaniu, w tym również oferta Skarżącego zostały poddane jednolitej ocenie zgodnie z obowiązującymi przepisami zarówno poprzez sprawdzenie warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, jak i ocenione pod kątem obowiązujących kryteriów oceny ofert.

Reasumując, należy stwierdzić, że nie doszło do naruszenia zasad postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego, zaś zachowanie komisji konkursowej było zgodne z prawem. Ocena ta skutkuje uznaniem, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Skarżącego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niniejsza decyzja jest ostateczna. Od decyzji przysługuje stronie na podstawie art. 154 ust. 4 ww. ustawy oraz 52 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1634, ze zm.) prawo do wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi, zgodnie z § 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 listopada 2020 r. w sprawie przekazania rozpoznawania innym wojewódzkim sądom administracyjnym niektórych spraw z zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. poz. 1999).

Skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia decyzji, za pośrednictwem Prezesa NFZ, w imieniu którego działa Dyrektor Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na adres ul. Kopcińskiego 58, 90-032 Łódź.

Wpis od skargi jest stały i wynosi 200 złotych. Wpis uiszcza się gotówką do kasy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi lub na rachunek bankowy tego Sądu. Strona może ubiegać się o przyznanie prawa pomocy, polegającego na zwolnieniu z kosztów sądowych oraz ustanowieniu adwokata lub radcy prawnego. Szczegółowe zasady dotyczące przyznawania prawa pomocy określają art. 243-262 ustawy Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi.

Z wyrazami szacunku

Artur Olsiński
dyrektor
Łódzki Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

Decyzję otrzymują:

1. Skarżący – – Sala Przedsiębiorstwo Handlowe „KALMAR”,
ul. Juliusza Słowackiego 26, 17-300 Siemiatycze,
2. Bogusław Sobolewski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "EPIONE" Spółka
komandytowa, 93-447 Łódź, ul. Konna 49
3. Medycyna Rodzinna Wójcik spółka jawna, Jelnia 1, 26-340 Drzewica;
4. DOMOWA OPIEKA MEDYCZNA "DO-MED" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
ul. Trakt Lubelski 140/14/4, 04-790 Warszawa
5. a/a (dwa egzemplarze).