

Łódź, dnia 4 listopada 2025

Znak: NFZ05-WP.4117.7.2025

Decyzja nr 7/05/2025/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 Pana Prezesa Zarządu Enamed Sp. z o.o., ul. Armii Krajowej 15 w Piotrkowie Trybunalskim, 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 05-25-000155/AOS/02/3/02.0000.078.02/01 w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna, w zakresie 02.0000.078.02 BADANIA ENDOSKOPOWE PRZEWODU POKARMOWEGO – GASTROSKOPIA, na obszarze: 1001 - bełchatowski, 1007 - opoczyński, 1009 - pajęczański, 1010 - piotrkowski, 1012 - radomszczański, 1013 - rawski, 1016 - tomaszowski, 1062 - Piotrków Trybunalski, 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: Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna, na obszarze: 1001 - bełchatowski, 1007 - opoczyński, 1009 - pajęczański, 1010 - piotrkowski, 1012 - radomskiego, 1013 - rawski, 1016 - tomaszowski, 1062 - Piotrków Trybunalski, na okres od dnia 1 grudnia 2025 r. do 30 czerwca 2030 r.

W ogłoszeniu przedmiotowego konkursu ofert wskazano wartość zamówienia nie większą niż 15 190,32 zł. W ogłoszeniu wskazano również maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, tj. 2.

W przedmiotowym postępowaniu złożono 5 ofert, każda na jedno miejsce udzielania świadczeń.

Na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy, w dniu 15 października 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 22 października 2025 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia - łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego w Łodzi, wpłynęło odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania z dnia 15 października 2025 roku, złożone przez Pana Prezesa Zarządu Enamed Sp. z o.o., z siedzibą w Piotrkowie Trybunalskim. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W złożonym środku zaskarżenia Odwołujący zarzucił naruszenie:

1. art. 149 ust. 3 u.ś.o.z. zw. z art. 134 ust. 1 u u.ś.o.z., polegające na niewłaściwym zastosowaniu i wezwaniu oferenta do przedstawienia wyjaśnień w zakresie spełniania warunków wymaganych do realizacji umowy pomimo posiadania w swoich rejestrach i ewidencjach informacji objętych tymi wyjaśnieniami, co w efekcie doprowadziło do nieuzasadnionego odrzucenia jego oferty ze względu na niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, a w konsekwencji błędne ustalenie rankingu zamknięcia, w tym pozycji rankingowych poszczególnych oferentów stanowiąc tym samym naruszenie zasady równego traktowania oferentów uczestniczących w postępowaniu konkursowym i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji oraz nieproporcjonalny podział środków pomiędzy wyłonionych świadczeniodawców.
2. art. 149 ust. 1 pkt. 7 u.ś.o.z. w zw. z art. 134 u.ś.o.z, polegające na niewłaściwym zastosowaniu i odrzuceniu oferty złożonej przez Spółkę, pomimo że spełniała ona wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust.1 pkt. 2 ustawy o świadczeniach, co w efekcie doprowadziło do błędnego ustalenia rankingu zamknięcia w tym pozycji rankingowych poszczególnych oferentów uczestniczących w postępowaniu konkursowym i prowadzeniu postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji oraz nieproporcjonalny podział środków pomiędzy wyłonionych świadczeniodawców.
3. art. 134 ust. 1 u.ś.o.z. w zw. z § 5 ust. 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 (Dz. U. poz. 1858) poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i przesłanie do oferenta wezwania do uzupełnienia braków formalnych bez uzyskania wymaganego potwierdzenia doręczenia tej wiadomości, a następnie odrzucenie oferty z powodu nieuzupełnienia dokumentów w wyznaczonym terminie, pomimo że oferent nie miał możliwości odpowiedzieć na wezwanie do uzupełnienia braków ze względu na jego niewłaściwe doręczenie, co w efekcie doprowadziło do nieuzasadnionego odrzucenia jego oferty ze względu na niespełnianie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, a w konsekwencji błędnego ustalenia rankingu zamknięcia w tym pozycji rankingowych poszczególnych oferentów, stanowiąc tym samym naruszenie zasady równego traktowania oferentów uczestniczących w postępowaniu konkursowym i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji oraz nieproporcjonalny podział środków pomiędzy wyłonionych świadczeniodawców.

4. art. 134 ust. 1 u.ś.o.z. w zw. z § 17 ust.3 rozporządzenia konkursowego – poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i żądanie od oferenta przedłożenia dokumentów i informacji, które już znajdują się w posiadaniu NFZ lub do których NFZ ma dostęp, a następnie bezpodstawne odrzucenie oferty z powodu ich nieuzupełnienia w wyznaczonym terminie, co w efekcie doprowadziło do błędnego ustalenia rankingu zamknięcia w tym pozycji rankingowych poszczególnych oferentów stanowiąc tym samym naruszenie zasady równego traktowania oferentów uczestniczących w postępowaniu konkursowym i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji oraz nieproporcjonalny podział środków pomiędzy wyłonionych świadczeniodawców.

Wobec powyższego, Odwołujący wnosi o:

1. uwzględnienie niniejszego odwołania w całości oraz przeprowadzenia z udziałem skarżącego postępowania w trybie rokowań.
2. na podstawie art. 77 § 1 pkt 1 i 2 k.p.a., przeprowadzenie dowodów z:
 - a) wydruków z systemu informatycznego obsługującego pocztę elektroniczną oferenta – w celu wykazania faktycznej daty otrzymania korespondencji od NFZ w tym wezwania do uzupełnienia braków formalnych oraz ustalenia że część

wiadomości została zakwalifikowana przez system pocztowy jako SPAM, co uniemożliwiło oferentowi realne zapoznanie z treścią wezwania.

- b) wydruku wiadomości mailowej z poczty elektronicznej oferenta z 28.09.2023 r. – w celu wykazania, że typową praktyką ŁOW NFZ w poprzednio prowadzonych postępowaniach konkursowych było żądanie potwierdzenia otrzymania korespondencji.
3. wstrzymanie na podstawie art. 154 ust.2 ustawy o świadczeniach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu rozpatrzenia niniejszego odwołania.
4. na podstawie art. 73 § 1 k.p.a., udostępnienia akt postępowania do wglądu z zachowaniem możliwości sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów oraz umożliwienie ustosunkowania się do materiału w nich zgromadzonego.

Zgodnie z art. 154 ust. 6a ustawy, stronami postępowania 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.

W dniu 27 października 2025 roku Świadczeniodawcy wybrani w przedmiotowym postępowaniu konkursowym tj.:

1. PRZYCHODNIA LEKARSKA "REMEDIIUM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Polna 2B, 96-200 Rawa Mazowiecka,
2. CENTRUM MEDYCZNE MIRMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Mireckiego 90, 97-200 Tomaszów Mazowiecki,
3. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie, ul. 1 Maja 13/15, 98-330 Pajęczno,
4. INSTYTUT ZDROWIA MEDICALL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA, ul. Wojska Polskiego 77, 97-300 Piotrków Trybunalski

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 dniu 3 listopada 2025 roku. Jednocześnie strony zostały powiadomione, zgodnie z art. 154 ust. 2 ustawy, że sprawa zostanie załatwiona do 5 listopada 2025 roku.

W dniu 3 listopada 2025 roku Odwołujący zapoznał się z aktami postępowania. Odwołujący nie zgłosił dodatkowych zarzutów.

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, muszą również spełnić wymagania określone przez Prezesa NFZ:

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 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),
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.),

4. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz.U. 2025 poz. 272),
5. 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 (t.j. Dz.U. 2025 poz. 328 ze zm),
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 400 ze zm.),
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 450 ze zm.),
8. Zarządzenie Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.,
9. 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,
10. 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 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 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
13. Zarządzenie Nr 46/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i

realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.,

14. Zarządzenie Nr 51/2024/DSOZ - 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,
15. Zarządzenie Nr 60/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lipca 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz.U. 2016 poz. 357, ze zm.).

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

W dniu 2 września 2025 r. postępowanie zostało otwarte, złożono 5 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 wszystkich 5 oferentów do uzupełnienia braków w wyznaczonym terminie. Trzech oferentów uzupełniło braki w terminie. Odrzucone zostały oferty:

- Skarżącego - Enamed Sp. z o.o. z powodu nieprzedstawienia przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienia braków w terminie;
- Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie z powodu niespełniania warunków określonych w przepisach prawa w tym warunków określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.).

Protestem z dnia 29 września 2025 roku Skarżący zaskarżył czynność Komisji konkursowej polegającą na odrzuceniu oferty w całości na podstawie art. 149 ust.3 ustawy o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wniośł o uznanie oferty w całości. Komisja uznała protest skarżącego za niezasadny.

Do dalszego postępowania zostały przyjęte 3 oferty.

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 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).

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

Kod	Nazwa oferenta	Ocena oferty							Łączna liczba punktów oceny
		jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	pozostałe	Punktacja za ofertę niecenową	Punktacja za ofertę cenową	
230029	PRZYCHODNIA LEKARSKA REMEDIUM SPOŁA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	25	2	7	23	0	57	6,359	63,359
240035	CENTRUM MEDYCZNE MIRMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	25	8	9	0	0	42	11,749	53,749
209089	INSTYTUT ZDROWIA MEDICALL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA	12	22	7	0	0	41	11,749	52,749

Tab. 1 Ocena oferty

W rozstrzygnięciu postępowania, komisja konkursowa dokonała wyboru oferty.

Zgodnie z treścią opublikowanego ogłoszenia postępowania o kodzie nr 05-25-000155/AOS/02/3/02.0000.078.02/01 maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które miały zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 2 umowy. Do udzielania świadczeń zostało wybranych 2 oferentów, wyczerpując wartość zamówienia przewidzianego w ogłoszeniu. 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

Lp.	Pytanie cz1	120003		209089		230029		240035		240306	
		Odp	Pkt	Odp	Pkt	Odp	Pkt	Odp	Pkt	Odp	Pkt
1.1.1.1	AOS_W Realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem czynności medycyny laboratoryjnej oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego.	Tak	2	Tak	2	Tak	2	Tak	2	Tak	2
1.1.2.1	ASDK_1 Realizacja umowy:	- w ramach systemu podstawowego o szpitalnego zabezpieczenia a świadczeń opieki zdrowotnej - w lokalizacji.	17	- o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne - w lokalizacji.	14	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0
1.1.2.2	ASDK_1 Oferent realizuje świadczenia objęte przedmiotem postępowania w znieczuleniu całkowitym dożylnym.	Nie	0	Tak	6	Nie	0	Tak	6	Tak	6

1.2.1.1	ASDK_1 Lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii:	- co najmniej 75% czasu pracy pracowni.	16	- co najmniej 50% czasu pracy pracowni.	12	- 100% czasu pracy pracowni.	20	- 100% czasu pracy pracowni.	20	- 100% czasu pracy pracowni.	20
1.2.2.1	AOS_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie:	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0
1.2.2.1 0	AOS_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.1 1	AOS_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.1 2	AOS_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.2	AOS_W Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie:	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0

1.2.2.3	AOS_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.4	AOS_W Nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.5	AOS_W Obciążenie świadczeniobiorców w 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.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0

1.2.2.6	AOS_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców w za świadczenia będące przedmiotem umowy - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.7	AOS_W Niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.8	AOS_W Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.9	AOS_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	Nie	0

1.2.3.1	AOS_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	Tak	2	Nie	0	Tak	2	Tak	2	Nie	0
1.2.3.2	AOS_W Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego o wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.3.3	AOS_W Świadczeniodawca prowadzi historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.	Tak	3	Nie	0	Tak	3	Tak	3	Tak	3

1.3.1.1	AOS_W Odrębna aplikacja służąca realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców w drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady.	Nie	0	Tak	2	Tak	2	Tak	2	Tak	2
1.3.2.1	AOS_W Czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi:	- od 12 godzin do 24 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin.	4	- 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	- 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	- 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	- 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
1.3.2.2	AOS_W Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń.	Tak	1	Tak	1	Tak	1	Tak	1	Tak	1

1.4.1.1	AOS_WW dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń.	Tak	13	Nie	0	Tak	13	Nie	0	Tak	13
1.4.1.2	AOS_WW dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:	Nieprzerwanie od 10 lat	10	Żadne z powyższych	0	Nieprzerwanie od 10 lat	10	Żadne z powyższych	0	Nieprzerwanie od 5 lat	7

1.5.1.1	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 ZARZĄDZENIU PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W SPRAWIE OKREŚLENIA WARUNKÓW ZAWIERANIA I REALIZACJI UMÓW BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA.	Tak	0	Tak	0	Tak	0	Tak	0	Tak	0
1.6.1.1	AOS_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.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0	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 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, niezmienność 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.

Bezasadne są zarzuty Skarżącego dotyczące naruszenia art. 134 ust. 1, art. 149 ust. 1 pkt. 7 oraz ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Komisja konkursowa w dniu 10 września 2025 r. wezwała Skarżącego do usunięcia braków formalnych oferty w wyznaczonym terminie do 12.09.2025 r., do godz. 15:00 pod rygorem odrzucenia oferty. Oferent nie uzupełnił braków w wyznaczonym terminie w związku z czym jego oferta została odrzucona. W odpowiedzi na odrzucenie oferty wpłynął protest Skarżącego, który po rozpatrzeniu został uznany za bezzasadny.

Komisja konkursowa odnosząc się do zarzutu Oferenta, że wezwanie do usunięcia braków nie zostało prawidłowo doręczone, podniosła, że w rozporządzeniu Ministra Zdrowia 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 z dnia 14 października 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 1858) wyraźnie wskazano, że Komisja konkursowa może doręczać oferentowi zawiadomienia za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, jeżeli oferent wyrazi zgodę na doręczanie pism w postępowaniu za pomocą tych środków, wskaże adres poczty elektronicznej, a doręczający uzyska niezwłocznie, jednak nie później niż do końca dnia roboczego następującego po dniu, w którym przekazano zawiadomienie, potwierdzenie doręczenia pisma na wskazany adres.

Oferent dołączył do oferty własnoręcznie podpisaną zgodę na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej oraz wskazał adres poczty elektronicznej.

W dokumentacji z postępowania znajduje się wydruk potwierdzający, że Komisja konkursowa wysłała wezwanie na wskazany przez Oferenta adres e-mail: rejestracja@enamed.pl oraz wydruk stanowiący potwierdzenie doręczenia pisma do podanego adresata.

Powyższe potwierdza, że Komisja konkursowa skutecznie doręczyła oferentowi wezwanie do uzupełnienia braków formalnych oferty.

Nie można zgodzić się również ze stwierdzeniem, że wezwanie Komisji konkursowej do uzupełnienia braków było nieuprawnione, ponieważ wbrew twierdzeniom Oferenta Komisja nie dysponowała dokumentami i informacjami znajdującymi się w jego ewidencjach i

rejestrach (Portal Potencjału NFZ, wcześniejsze umowy z Funduszem, dane o podwykonawcach i personelu).

Skarżący w dniu złożenia oferty realizuje już zawartą umowę w tożsamym zakresie, jednak personel służący udzielaniu świadczeń (lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna) oraz sprzęt stanowiący wyposażenie stanowiska do znieczulenia i sali wybudzeniowej zgłoszony w postępowaniu konkursowym, który jest wymagany do udzielania świadczeń w znieczuleniu ogólnym, nie był wykorzystywany przy realizacji obowiązującej umowy.

W formularzu ofertowym została wykazana pielęgniarka anestezjologiczna. W Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych tj. dostępnej bazie danych nie ma informacji potwierdzającej, że wskazana w ofercie pielęgniarka posiada kwalifikacje w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego.

W odniesieniu do sprzętu wymaganego do udzielania świadczeń w znieczuleniu ogólnym, wykazanego w cz. VI formularza ofertowego wskazać należy, że oferta zawierała braki polegające na niepełnym wykazaniu jego elementów. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t. j. Dz.U. 2016 poz. 357, ze zm.) wskazano sprzęt wymagany do realizacji świadczeń w znieczuleniu ogólnym:

1) stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w:

- a). źródło tlenu
- b) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym,
- c) monitor wielofunkcyjny z nieinwazyjnym pomiarem ciśnienia tętniczego (NIBP), pomiarem częstości pracy serca (HR), pomiarem wysycenia hemoglobiny tlenem (SPO2), pomiarem częstości oddechów (RR), pomiarem końcowo wydechowego stężenia dwutlenku węgla (EtCO2) (gabinet badań),
- d) ssak,
- e) defibrylator automatyczny lub ustawiany doraźnie,
- f) laryngoskop z wymiennymi łopatkami,
- g) worek samorozprężalny typu Ambu,
- h) rurki dotchawicze średnicy 6-9 mm,
- i) maski tlenowe jednorazowe,

j) maskę tlenową do endoskopii oskrzeli lub gastrokopii,

k) aparat do znieczulenia z respiratorem anestetycznym;

2) sala wybudzeniowa wyposażona w:

a) źródło tlenu,

b) pulsoksymetr z pomiarem HR, SPO2 i wykresem fali tętna.

Komisja wezwała do uzupełnienia oferty o ww. sprzęt i aparaturę medyczną ponieważ, nie wszystkie jego elementy zostały wykazane w ofercie.

Zgodnie z § 14 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oferta w formie pisemnej powinna zawierać następujące dokumenty i oświadczenia:

1) oświadczenie oferenta o wpisach do rejestrów, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia;

2) w przypadku oferentów wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopię umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;

3) w przypadku oferentów składających ofertę dotyczącą świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe -

kopię umowy na korzystanie z usług świadczonych przez zakład posiadający koncesję na eksploatację naturalnych surowców leczniczych;

4) w przypadku oferentów składających ofertę dotyczącą świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym, w razie zadeklarowania realizacji świadczeń dla grupy świadczeniobiorców, wyodrębnionej przez oferenta na podstawie danego wskazania medycznego (w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu), dodatkowo:

a) wskazania medyczne wg ICD-10 kwalifikujące do rehabilitacji,

- b) zakres, rodzaj i częstotliwość planowanych do realizacji świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza,
 - c) czas trwania rehabilitacji,
 - d) kryteria oceny zakończenia rehabilitacji,
 - e) metody oceny skuteczności rehabilitacji,
 - f) szczegółowy rachunek kosztów osobodnia;
- 5) w przypadku oferentów składających ofertę dotyczącą świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne dodatkowo:
- a) kopię dokumentów rejestracyjnych ambulansów przedstawionych w ofercie,
 - b) kopię certyfikatu ISO w zakresie ratownictwa medycznego – w przypadku posiadania przez oferenta takiego certyfikatu;
- 6) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy;
- 7) w przypadku, gdy w warunkach zawierania umów lub we wzorze umowy, dopuszczone jest zlecenie podwykonawcom udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową – kopię zawartej umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu;
- 8) w przypadku, gdy świadczeniodawcy wspólnie ubiegają się o zawarcie umowy, zgodnie z art. 49 ust. 5a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym – kopię umowy dotyczącą wspólnego realizowania świadczeń zawartej pomiędzy współrealizatorami;

- 9) w przypadku, gdy oferent nie przedstawi dokumentów, o których mowa w pkt 7 – oświadczenie, że będzie wykonywał umowę samodzielnie bez zlecenia podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy;
- 10) oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia;
- 11) w przypadku, gdy oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika – pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta, w szczególności do złożenia oferty, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania oferenta wynika z dokumentów przedstawionych wraz z ofertą;
- 12) pełnomocnictwo, o którym mowa w art. 132a ust. 2 ustawy, o ile są spełnione przesłanki określone w art. 132a ustawy;
- 13) pełnomocnictwo dla oferenta w przypadku wspólnego ubiegania się o zawarcie umowy, o którym mowa w art. 49 ust. 5a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, o ile pełnomocnictwo takie nie wynika z umowy, o której mowa w pkt 8;
- 14) w przypadku, gdy oferent wyraża zgodę na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej - zgodę oferenta, o której mowa w § 5 ust. 3 rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 139 ust. 9 ustawy. Oferent wyraża zgodę w szczególności przez wypełnienie i załączenie do oferty formularza, którego wzór określony jest w załączniku nr 9 do zarządzenia;
- 15) kopię pozytywnej opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy;
- 16) w przypadku nieposiadania pozytywnej opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy – oświadczenie oferenta, według wzoru stanowiącego załącznik nr 10 do zarządzenia;
- 17) inne dokumenty lub oświadczenia, jeżeli obowiązek dołączenia ich do oferty został określony w warunkach zawierania umów.

W przypadku, gdy w dniu składania oferty oddział Funduszu posiada dokumenty, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 2, 3 i 6 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu

Zdrowia, a potwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie, oferent może złożyć oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia.

Możliwość złożenia oświadczenia w zakresie posiadanych przez Fundusz dokumentów dotyczy zatem: kopii umowy spółki lub wyciągu z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwały wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopii pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności; kopii umowy na korzystanie z usług świadczonych przez zakład posiadający koncesję na eksploatację naturalnych surowców leczniczych; kopii polisy lub innego dokumentu, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 6 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oferent w postępowaniu konkursowym jest zatem zobowiązany złożyć kopię zawartej umowy z podwykonawcą (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu.

W wezwaniu do usunięcia braków, z uwagi na fakt, że w formularzu ofertowym został wskazany podwykonawca w zakresie badań histopatologicznych, a Oferent nie dołączył umowy z nim zawartej, Komisja konkursowa wniosła o przedłożenie umowy zawierającej zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu potwierdzenia spełniania warunku wymaganego.

Konieczność przedłożenia umowy z podwykonawcą wymaganym do realizacji umowy w przedmiotowym zakresie świadczeń według stanu na dzień złożenia oferty wynika z zasady związania treścią oferty, stosownie do postanowień § 18 ust. 4 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który stanowi, iż po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania.

Oferent złożył oświadczenie, że zapoznał się z obowiązującymi przepisami oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania.

Odnosząc się do zarzutu zaniechania przeprowadzenia przez Komisję weryfikacji Skarżącego, podczas której Komisja potwierdziłaby spełnianie przez Oferenta warunków wymaganych, należy wskazać, że uprawnienie Komisji konkursowej wynikające z § 17 ust. 2. Rozporządzenia Ministra Zdrowia 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 z dnia 14 października 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 1858) nie może być rozumiane jako sposób na uzupełnienie braków formalnych.

Brak uzupełnienia braków w terminie skutkuje uznaniem, że Oferent nie spełnia warunków wymaganych do realizowania świadczeń w miejscu wskazanym w ofercie, według stanu na dzień złożenia oferty.

Zgodnie z art. 134 ust. 1. tej ustawy o świadczeniach, 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.

Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

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 Odwołującemu. Zgodnie z art. 147 ustawy o świadczeniach, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Zgodnie z art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach, Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: 1) jakości, 2) kompleksowości, 3) dostępności, 4) ciągłości, 5) ceny - udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Ocena ofert odbywała się o enumeratywnie określone kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były jednakowe

dla wszystkich i przejrzyste. 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 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. Szczegółowy wykaz pytań do oferty wraz z udzielonymi przez Oferentów na nie odpowiedziami i przyznanymi punktami zamieszczono w tab. 2 niniejszej decyzji, co jednocześnie jest potwierdzeniem jednolitego sposobu oceny wszystkich oferentów.

Komisja konkursowa mając na uwadze zasady art. 134 ustawy o świadczeniach, dokonała sprawdzania spełnienia przez oferentów warunków formalnych ofert co znalazło odzwierciedlenie w dokumentach konkursowych. Potwierdzeniem są załączniki: nr 15a z dnia 05.09.2025, 08.09.2025 r., 10.09.2025r. (sprawdzenie spełnienia warunków formalnych oferty – część A, ocena spełnienia warunków formalnych oferty część B, dokonana przez komisję w odniesieniu do wszystkich Oferentów).

Następnie Komisja konkursowa wezwała pięciu Oferentów do usunięcia braków formalnych w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Potwierdzeniem w dokumentacji konkursowej jest załącznik nr 17 z dnia 10.09.2025 r. w którym wskazano termin na uzupełnienie, na dzień 12.09.2025r. oraz wskazano miejsce złożenia dokumentów: ul. Targowa 35 w Łodzi, piętro III. Wszyscy oferenci poza Skarżącym uzupełnili braki w wyznaczonym terminie. Oferta skarżącego - Enamed Sp. z o.o. została odrzucona z powodu nieprzedstawienia przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i niezpełnienia braków w terminie. Odrzucona została również oferta Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie z powodu niespełniania warunków określonych w przepisach prawa w tym warunków określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.).

Mając na uwadze zasadę równego traktowania oferentów wynikającą z art. 134 ustawy o świadczeniach, komisja konkursowa, na podstawie § 17 ust. 2 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. 2020 poz. 1858), przeprowadziła weryfikację (ogłędziny) u dwóch Oferentów wybranych w rozstrzygnięciu zaskarżonego postępowania. Weryfikacja ta odbyła się w dniu 24.09.2025r. w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Opocznie; w dniu 25.09.2025r. CENTRUM MEDYCZNE MIRMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ oraz INSTYTUT ZDROWIA MEDICALL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA. W jej toku sprawdzono u oferentów m.in. sprzęt wykazany w formularzu ofertowym, ważność paszportów, przystosowanie dla osób niepełnosprawnych.

Trzej Oferenci przeszli do następnej części postępowania konkursowego, czego potwierdzenie znajduje się w załączniku 27 dokumentacji konkursowej będącym Rankiem otwarcia. Na jego podstawie Oferenci zostali zaproszeni do negocjacji w celu ustalenia liczby i ceny planowanych świadczeń. Jednocześnie Oferenci zostali powiadomieni że podpisanie przez strony protokołu z negocjacji, nie stanowi podstawy do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podstawą tą jest dokonanie wyboru oferty w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu konkursu ofert (art. 151 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 t.j.)

Nadto protokół końcowy z negocjacji zawierał zapis że zawiera on ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do liczby i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Rozbieżność stanowisk w protokole końcowym oznacza, że oferta nie zostanie wybrana.

W rankingu końcowym oferta Skarżącego nie została uwzględniona z uwagi na jej odrzucenie. Oferta Skarżącego nie znalazła się również w informacji o rozstrzygnięciu postępowania i wniosku o zawarcie umów tj. Załącznik nr 35 z dnia 15.10.2025r.

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 up. Prezesa NFZ
p.o. Zastępcy Dyrektora
Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
ds. Medycznych
Aneta Zapart
/dokument podpisany elektronicznie/

Decyzję otrzymują:

1. Skarżący - Enamed Sp. z o.o., ul. Armii Krajowej 15, 97-300 Piotrków Trybunalski
2. PRZYCHODNIA LEKARSKA "REMIUM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Polna 2B, 96-200 Rawa Mazowiecka,
3. CENTRUM MEDYCZNE MIRMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Mireckiego 90, 97-200 Tomaszów Mazowiecki,
4. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie, ul. 1 Maja 13/15, 98-330 Pajęczno,
5. INSTYTUT ZDROWIA MEDICALL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA, ul. Wojska Polskiego 77, 97-300 Piotrków Trybunalski
6. a/a (dwa egzemplarze).