



Łódź, dnia 26 listopada 2025 roku

Znak: NFZ05-WP.4117.16.2025

**Decyzja nr 16/05/2025/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, ze zm.) 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 2025 r., poz. 1461 ze zm.) zwanej dalej: „ustawą”, w sprawie odwołania wniesionego przez IMARES Sp. z o. o. z siedzibą w Kielcach ul. Warszawska 146, 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 05-25-000166/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie 02.7250.072.02 BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (RM), na obszarze: 1007 - opoczyński, 1013 - rawski, 1015 - skierniewicki, 1016 - tomaszowski, 1063 - Skierniewice, 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 w zakresie 02.7250.072.02 BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (RM), na obszarze: 1007 - opoczyński, 1013 - rawski, 1015 - skierniewicki, 1016 - tomaszowski, 1063 - Skierniewice, na okres od dnia 1 grudnia 2025 roku do dnia 30 czerwca 2030 roku.

W ogłoszeniu przedmiotowego konkursu ofert wskazano wartość zamówienia nie większą niż 699 946,87 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 3 oferty, każda na jedno miejsce udzielania świadczeń.

Na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy, w dniu 6 listopada 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 12 listopada 2025 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia - Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego w Łodzi, wpłynęło odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania z dnia 6 listopada 2025 roku, złożone przez prokurenta IMARES Sp. z o. o..... . Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W złożonym środku zaskarżenia Odwołujący zarzucił naruszenie następujących przepisów:

1. art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – obowiązek równego traktowania oferentów i przejrzystości procedury,
2. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert (Dz. U. z 2025 r. poz. 328) oraz rozporządzenia zmieniającego z dnia 16 kwietnia 2025 r. (Dz. U. z 2025, poz. 520).

W uzasadnieniu złożonego odwołania podniósł:

1. Nieprawidłowe doręczenie i presję czasową

Spółka otrzymała w dniu 19 września 2025 r. wezwanie do usunięcia braków formalnych, którego treść nie odnosiła się do zakresu Rezonansu Magnetycznego, mimo poprawnych oznaczeń formalnych. Dopiero po zwróceniu uwagi doręczono właściwe wezwanie — pod koniec dnia roboczego w piątek — z terminem na odpowiedź do wtorku, 23 września 2025 r., godz. 15:00, co w praktyce dało mniej niż dwa dni robocze na analizę i przygotowanie odpowiedzi.

Sytuacja ta naruszyła zasady równego traktowania oferentów i wprowadziła Spółkę w stan działania pod presją czasu, co doprowadziło do niezamierzonej pomyłki przy uzupełnianiu formularza.

2. Błędą interpretację sugestii Przewodniczącej i błędą zmianę odpowiedzi

W trakcie kontaktu telefonicznego pomiędzy Panią ..... - osobą przygotowującą ofertę ze strony Imares Sp. z o.o. a Panią Przewodniczącą Komisji

....., na etapie uzupełniania braków, Spółka — kierując się błędną interpretacją sugestii Pani Przewodniczącej Komisji Konkursowej — zmieniła pierwotną odpowiedź w pytaniu:

„2. Sprzęt i aparatura medyczna 2.1. 1) system MR min. 25 mT/m, mln. 1.5T; ...” z „TAK” na „NIE”, mimo że posiadany aparat MRI o faktycznych parametrach 33mT/m, 1.5T w pełni spełnia wymagania określone w Dz.U. 2025 poz. 520. Zm.

W konsekwencji Komisja nie doliczyła 9 punktów rankingowych, co miało bezpośredni wpływ na wynik postępowania.

### 3. Oczywistą omyłkę w pytaniu ankietowym 1.2.4.2

Spółka przyznaje, że w formularzu ankietowym w pytaniu 1.2.4.2 błędnie zaznaczono odpowiedź „NIE”, mimo że stan faktyczny systemu RM spełniał wszystkie wymagania techniczne określone w tym punkcie.

Omyłka ta miała charakter czysto techniczny i powstała w wyniku błędu ludzkiego.

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 13 listopada 2025 roku Świadczeniodawcy wybrani w przedmiotowym postępowaniu konkursowym tj.:

1. WIZJA V SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, Łódź ul. św. Teresy od Dzieciątka Jezus 92/3
2. PROMED PLUS POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, Łódź ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 40/1

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, na dzień 21 listopada 2025 roku. Jednocześnie strony zostały powiadomione, zgodnie z art. 154 ust. 2 ustawy, że sprawa zostanie załatwiona do 26 listopada 2025 roku.

Z przysługującego uprawnienia skorzystało 3 oferentów, w tym skarżący. W dniu 26 listopada 2025 r. do NFZ ŁOW wpłynęło pismo Skarżącego, w którym podniósł, że:

### **1. Zaistniały wątpliwości dotyczące zakresu i rodzaju rzekomo wykonywanych badań RM.**

W przekazanych przez oferenta opisach badań wskazano realizację świadczeń o wysokim stopniu specjalizacji, w tym:

- Badanie czynnościowe mózgu – fMRI
- RM piersi
- RM serca – badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
- RM serca – badanie czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego
- Spektroskopia – RM
- Badania RM wykonywane w znieczuleniu ogólnym

Skarżący zwrócił się z prośbą o potwierdzenie, czy ww. podmiot faktycznie posiadał – w okresie wskazanym w dokumentacji konkursowej – **zarejestrowany sprzęt, zasoby personelu, infrastrukturę oraz warunki techniczne**, które umożliwiały wykonanie tego typu badań.

W szczególności dotyczy to badań w **znieczuleniu ogólnym**, które zgodnie z obowiązującymi wytycznymi wymagają:

- obecności lekarza anestezjologa,
- pielęgniarki anestezjologicznej,
- specjalistycznej aparatury monitorującej funkcje życiowe (kardiomonitor do pracy w polu magnetycznym),
- pompy do podawania leku z możliwością pracy w polu magnetycznym,

- właściwie przygotowanego pomieszczenia do bezpiecznego wybudzania pacjentów z wyposażeniem monitorującym funkcje życiowe pacjenta w wybudzeniu i dostępem do tlenu,
- dostępu do leków anestezyjologicznych – zgodnie z decyzją nadzoru farmaceutycznego,
- karty monitorowania pacjenta z adnotacjami funkcji życiowych pacjenta, użytych leków i podpisem anestezjologa,

## 2. Zaistniało podejrzenie ukrycia informacji o miejscu wykonania badania

W dokumentach (wyniki badań ww. zakresach świadczeń) przedstawionych przez oferenta zauważalna jest ingerencja polegająca na zakryciu fragmentu stopki dokumentu, w której widnieje sformułowanie:

„**Wynik zabiegu w pracowni: ...**”  
(dalsza część ukryta).

Tego rodzaju modyfikacja:

- może świadczyć o **celowym zatarciu informacji o rzeczywistym miejscu wykonania badania,**
- może sugerować, że dokument pochodzi z innej pracowni,
- uniemożliwia ocenę zgodności przedstawionych dokumentów z regulacjami dotyczącymi dowodów potwierdzających doświadczenie oraz ciągłość realizacji świadczeń.

## 3. Zaistniał brak wskazania aparatu RM

W załączonych opisach badań nie wskazano typu ani modelu aparatu RM, siły pola, na którym zostały one wykonane. W świetle warunków konkursowych oraz konieczności wykazania posiadania odpowiedniej aparatury medycznej, brak tych danych również budzi wątpliwości co do rzetelności dokumentu.

**Skarżący zawnioskował o:**

- przeprowadzenie **weryfikacji zgłoszonych dokumentów pod kątem rzetelności i wiarygodności**,
- potwierdzenie, czy PROMED PLUS posiadał faktyczną możliwość realizacji badań wymienionych powyżej w zakresie i czasie deklarowanym w postępowaniu,
- zapisu cyfrowych wykonanych badań uwiarygodniających złożone dokument w tym informacji zawartych o lokalizacji pracowni oraz typem aparatu,
- ustalenie czy dokumenty nie zostały zmodyfikowane lub nie pochodzą z innych pracowni diagnostycznych.

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 r., 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 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 3 oferty nie podlegające odrzuceniu.

W części jawnej konkursu ofert komisja konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert stwierdzając, że złożone oferty zawierają braki formalne. Komisja konkursowa wezwała 3 oferentów, w tym skarżącego do uzupełnienia braków w wyznaczonym terminie. Braki zostały uzupełnione przez 3 oferentów w terminie.

Komisja konkursowa zgodnie z przysługującym jej prawem, na podstawie § 17 ust. 2 i ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (t.j. Dz. U. 2020 r., poz. 1858), w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w złożonych ofertach, przeprowadziła weryfikację przez oględziny pomieszczeń i sprzętu przy pomocy którego ma być wykonywana umowa, u Oferenta Promed Plus Polska Sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 40/1. Należy bowiem zauważyć, że zgodnie z § 17 ust. 4 ww. rozporządzenia, Komisja konkursowa przeprowadza weryfikację, o której mowa w ust. 2, u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub z którymi

rozwiązano uprzednią umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

Wyniki weryfikacji znajdują odzwierciedlenie w protokołach z wizytacji.

Po dokonaniu oceny formalno-prawnej oferty w części jawnej konkursu komisja konkursowa stwierdziła, że oferta skarżącego, zawierała następujące braki:

1. Inny (Komisja wnosi o udokumentowanie odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.2.3.1. Uzupelnienie braku nastąpi przez złożenie dokumentu potwierdzającego (np. wynik badania), że Oferent wykonał w okresie od 1.06.2024 r.-31.05.2025 r. przynajmniej po jednym z każdego rodzaju badania:

1) RM serca – badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925);

2) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913);

3) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970);

4) RM piersi (ICD-9: 88.906), 5)

5)RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); w kom. org . 002 zgłoszonej do oferty.

W przypadku konieczności zmiany odpowiedzi ankietowej uzupełnienie braku nastąpi przez złożenie oświadczenia o zmianie odpowiedzi ankietowej lub ponowne złożenie formularza ofertowego w wersji papierowej i elektronicznej, zawierającego zmianę dotyczącą wyłącznie wskazanego braku.

2. Brak (Komisja wnosi o usunięcie rozbieżności między odpowiedzią na pytanie ankietowe 1.2.4.1 a wykazem sprzętu. (Wskazany w ofercie rezonans nie zawiera opisu parametrów systemu MR np. min. 25 mT/m, min.1.5T. W przypadku konieczności zmiany odpowiedzi ankietowej uzupełnienie braku nastąpi przez złożenie oświadczenia o zmianie odpowiedzi ankietowej lub ponowne złożenie formularza ofertowego w wersji papierowej i elektronicznej, zawierającego zmianę dotyczącą wyłącznie wskazanego braku.)

3. Komisja wnosi o usunięcie rozbieżności między odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.5.1.1 a wykazem sprzętu. (Wskazany w ofercie rezonans nie zawiera opisu parametrów systemu MR. W przypadku konieczności zmiany odpowiedzi ankietowej uzupełnienie braku nastąpi przez ponowne złożenie formularza ofertowego w wersji papierowej i elektronicznej, zawierającego zmianę dotyczącą wyłącznie wskazanego braku) .

Komisja w dniu 19 września wezwała Skarżącego do uzupełnienia powyższych braków pod rygorem odrzucenia oferty do 23 września 2025 roku.

W odpowiedzi na wezwanie komisji konkursowej oferent 22.09 dostarczył uzupełnienie braków formalnych oferty, na które składało się oświadczenie o zmianie odpowiedzi na pytania ankietowe. Skarżący w odpowiedzi na wezwanie komisji do udokumentowania odpowiedzi na pytanie 1.2.3.1 oraz 1.2.4.1 zawniósł o zmianę odpowiedzi z „tak” na „nie” czego konsekwencją było obniżenie punktacji rankingującej łącznie o 18 pkt.

Komisja przyjęła protest na czynność komisji konkursowej wniesiony przez Oferenta Wizja V Spółka z o.o. ul. Teresy od Dzieciątka Jezus 92/3, Łódź. Komisja konkursowa postanowiła uwzględnić zasadność złożonego protestu i powtórzyć zaskarżoną czynność.

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.2025 r . poz. 328).

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 trzecie miejsce uzyskując 38 pkt.**

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

**Tab. 1 Ocena oferty**

Kod oferta	Nazwa oferenta	Punkcja z tytułu pozostałych kryteriów						Punkcja za ofertę cenową	Łączna liczba punktów oceny
		jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem		
210203	WIZJA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	36,000	2,000	11,000	23,000	2,000	74,000	5,000	79,000
210866	PROMED PLUS POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ	38,000	8,000	11,000	0,000	0,000	57,000	10,000	67,000

	ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ								
200161	IMARES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	9,000	2,000	9,000	13,000	0,000	33,000	5,000	38,000

W rozstrzygnięciu postępowania, komisja konkursowa dokonała wyboru ofert. Zgodnie z treścią opublikowanego ogłoszenia postępowania o kodzie nr 05-25-000166/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 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. Oferta Skarżącego znalazła się, na trzecim 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.

**Tab. 1 Porównanie ofert**

		200161		210203		210866	
Lp.	Pytanie	Odpowiedź aktualna	suma pkt.	Odpowiedź aktualna	suma pkt.	Odpowiedź aktualna	suma pkt.
1.1.1.1	AOS_W Realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez	Tak	2	Tak	2	Tak	2

	udziału podwykonawców, z wyłączeniem czynności medycyny laboratoryjnej oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego.						
1.1.2	ZAPEWNIENIE BADAŃ I ZABIEGÓW						
1.1.2.1	ASDK_4 Realizacja umowy:	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0	Żadne z powyższych.	0
1.1.2.2	ASDK_4 Oferent realizuje świadczenia objęte przedmiotem postępowania w znieczuleniu całkowitym dożylnym	Nie	0	Nie	0	Tak	6
1.2.1.1	ASDK_4 Stała obecność pielęgniarki.	Tak	6	Tak	6	Tak	6
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

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
1.2.2. 3	AOS_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	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

1.2.2. 5	AOS_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2. 6	AOS_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy - tylko na podstawie kontroli.	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	Nie	0	Nie	0	Nie	0

	podstawie kontroli.						
1.2.2.8	AOS_W Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli.	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	Tak	-2	Nie	0
1.2.2.10	AOS_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.11	AOS_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w	Nie	0	Nie	0	Nie	0

	poprzednich kontrolach - tylko na podstawie kontroli.						
1.2.2.12	AOS_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.3.1	ASDK_4 Realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, 1000 badań rezonansu magnetycznego , w tym również badań: 1) RM serca - badania czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego (ICD-9: 88.925); 2) RM serca - badanie	Nie	0	Tak	9	Tak	9

	czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (ICD-9: 88.926); 3) Badanie czynnościowe mózgu - RM (ICD-9: 88.913); 4) Spektroskopia - RM (ICD-9: 88.970); 5) RM piersi (ICD-9: 88.906)						
1.2.4.1	ASDK_4 1) system MR min. 25 mT/m, min. 1.5T; 2) dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego; 3) oprogramowanie i wyposażenie dostosowane do zakresu klinicznego wykonywanych badań.	Nie	0	Tak	9	Tak	9
1.2.4.2	ASDK_4 Funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego -fMRI.	Nie	0	Tak	5	Tak	5

1.2.5. 1	ASDK_4 Zapewnienie dostępu do aparatury medycznej dla świadczeniobiorców z otyłością - rezonans magnetyczny o nośności co najmniej 250 kg.	Nie	0	Tak	2	Tak	2
1.2.5. 2	AOS_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	Nie	0	Tak	2	Tak	2
1.2.5. 3	AOS_W Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych.	Nie	0	Tak	2	Tak	2
1.2.5. 4	AOS_W Świadczeniodawca prowadzi historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o	Tak	3	Tak	3	Tak	3

	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.						
1.3.1.1	AOS_W Odrębna aplikacja służąca realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady.	Tak	2	Tak	2	Tak	2
1.3.2.1	AOS_W Czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi:	- powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych	6	- powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną	8	- powyżej 36 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godziną	8

		wych między godziną 14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin.		14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin.		14.00 a 21.00, z zachowaniem ciągłości 4 godzin.	
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
1.4.1. 1	AOS_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń.	Tak	13	Tak	13	Nie	0
1.4.1. 2	AOS_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobior	Żadne z powyższych	0	Nieprzerwanie od 10 lat	10	Żadne z powyższych	0

	ców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:						
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 NARODOWEG O FUNDUSZU ZDROWIA W SPRAWIE OKREŚLENIA WARUNKÓW	TAK	0	TAK	0	TAK	0

	ZAWIERANIA I REALIZACJI UMÓW BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA.						
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	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.

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.

Zarzuty Skarżącego uznać należy za bezzasadne.

Oferent zarzuca komisji wywarcie presji czasowej i błędy w doręczeniu. Należy zauważyć, że Komisja przesłała do Oferenta wezwanie do uzupełnienia braków formalnych 19.09.2025 r. o godzinie 9:50 w terminie do 23.09.2025 r., czyli Skarżący

miał dwa dni robocze na złożenie poprawnych dokumentów. Prawdą jest, że w wyniku błędu technicznego spowodowanego mnogością złożonych ofert (równolegle toczyły się inne postępowania) Komisja omyłkowo wysłała do Oferenta błędne wezwanie do uzupełnienia braków, jednak po rozmowie telefonicznej z pracownikiem Imares Sp.z o. o. dokonała niezwłocznej korekty pomyłki wysyłając poprawne wezwanie tego samego dnia o godzinie 14:35. Komisja zatem udzieliła Skarżącemu terminu dwóch dni roboczych na uzupełnienie braków. Ponadto komisja (w przypadku wezwań do uzupełnienia braków formalnych) podjęła decyzję o przyjęciu terminu dwóch dni roboczych, który stosowany jest w postępowaniach konkursowych prowadzonych w ŁOW NFZ i został wyznaczony wszystkim Oferentom w przedmiotowym postępowaniu. Dodatkowo podnoszona ww. okoliczność tym bardziej nie zasługuje na uwzględnienie, gdyż Oferent uzupełnił braki formalne w dniu 22.09.2025 r. pomimo, że miał do dyspozycji kolejny dzień roboczy, z którego nie skorzystał.

Oferent zarzucił również komisji „błędną interpretację sugestii Przewodniczącej i błędną zmianę odpowiedzi” 1.2.4.1. Obowiązkiem Oferenta na dzień złożenia oferty jest spełnienie wszystkich wymaganych warunków i rzetelne przedstawienie ich komisji. Oferent otrzymał drogą elektroniczną wezwanie do usunięcia braków formalnych. Wezwanie to stanowi podstawę do uzupełnienia i jasno określa braki w ofercie. W wezwaniu do uzupełnienia braków formalnych komisja poprosiła o uzupełnienie rozbieżności w pytaniu 1.2.4.1 z uwagi na fakt, że w złożonej ofercie Skarżący nie udokumentował odpowiednio posiadania sprzętu o zadeklarowanych parametrach. Pomimo wezwania przez komisję do uzupełnienia opisu parametrów i udokumentowania posiadanego sprzętu oferent zawniósł o zmianę odpowiedzi ankietowej z „tak” na „nie”, co obniżyło pozycję w rankingu o 9 punktów. Dodatkowo w pierwotnej wersji ankiety Skarżący na pytanie 1.2.3.1 odpowiedział „tak” mimo, że w Ofercie nie znajduje się potwierdzenie wykonanych badań. Oferent został wezwany do uzupełnienia braku i udokumentowania odpowiedzi ankietowej. W tym przypadku Skarżący także zawniósł o zmianę odpowiedzi ankietowej z „tak” na „nie”, co obniżyło pozycję w rankingu o 9 punktów. W konsekwencji zmiany odpowiedzi ankietowych obniżyły pozycję Skarżącego łącznie o 18 punktów.

Oferent wskazał na popełnienie oczywistej pomyłki w odpowiedzi na pytanie 1.2.4.2. i wniósł o przyznanie 5 pkt. za ww. odpowiedź ankietową. Na dzień złożenia oferty

Skarżący, na pytanie 1.2.4.2 udzielił odpowiedzi „nie” w związku z czym komisja przyjęła odpowiedź jako stan faktyczny. Dodatkowo Oferent nie dołączył dokumentów, które wskazywałyby by na to, że odpowiedź na pytanie mogłaby być twierdząca, zatem w tym przypadku Komisja nie wzywała Oferenta do uzupełnienia braków w związku z pytaniem 1.2.4.2, ponieważ przyjęła za prawdziwą odpowiedź przygotowaną przez Skarżącego

Reasumując, przychylenie się do wniosku Oferenta i doliczenie 14 punktów wraz ze zmianą odpowiedzi ankietowej na pytanie 1.2.4.1 z „nie” na „tak” oraz zmianą odpowiedzi 1.2.4.2 z „nie” na „tak” nie zmienia w znaczący sposób pozycji Skarżącego w rankingu. Powtórzyć jeszcze raz należy, że Wizja V Sp. z o. o. uzyskała łącznie 79 punktów, zaś Promed Plus Sp. z o.o. 67 punktów. Z kolei Skarżący jedynie 38. Oznacza to, że nawet w przypadku, gdyby zostały uwzględnione argumenty Skarżącego to łącznie uzyskał by on 53 punkty, a zatem zajmowałby w dalszym ciągu 3 pozycję w rankingu końcowym, czyli pod linią odcięcia. Należy zaś przypomnieć, że do udzielania świadczeń zostało wybranych 2 oferentów, wyczerpując wartość zamówienia przewidzianego w ogłoszeniu.

Odnosząc się do pisma z dnia 26 listopada 2025 r. zauważyć należy, że Skarżący wnioskuje o sprawdzenie rzetelności złożonych przez oferenta Promed Plus dokumentów ofertowych szczególnie w zakresie badań z użyciem znieczulenia. Świadczeniodawca Promed Plus dotychczas nie miał zawartej umowy z Funduszem na wykonywanie badań z zakresu rezonansu magnetycznego. W związku z powyższym, komisja dnia 24.09.2025 r. dokonała oględzin. W protokole opisującym wyniki weryfikacji oferenta członkowie komisji odnotowali obecność stanowiska do znieczuleń oraz wybudzeń. Okazano także aktualne paszporty techniczne oraz cewki konieczne do wykonywania badań specjalistycznych. Potwierdzono także możliwość wykonania badania fMRI oraz udźwig stołu – 250 kg.

Oferent wskazuje także na ingerencję polegającą na zakryciu fragmentu stopki dokumentu. Skarżący do wglądu miał udostępnione dokumenty, które zostały zanonimizowane, gdyż znajdowały się na nich dane osobowe pacjentów. Na dokumencie, po fragmencie, na który wskazuje Skarżący „ Wynik zabiegu w pracowni...” umieszczone były dane pacjenta, jego imię i nazwisko, w związku z

powyższym Fundusz był zobowiązany do anonimizacji tych danych, celem ich ochrony.

W punkcie trzecim Skarżący zarzucił, że opisy badań nie posiadają wyszczególnionych parametrów aparatu do ich wykonania. Oferent posiada jedną pracownię rezonansu magnetycznego, w ofercie Oferenta zostały opisane parametry sprzętu w tejże pracowni a także Oferent załączył informację dotyczącą posiadanego aparatu od jego dostawcy . Co więcej na każdym z badań przy górnych brzegu strony znajdują się informacje o miejscu wykonania badania włącznie z kodem komórki. Komisja uznała takie udokumentowanie za wystraszające.

Argumenty Skarżącego są zatem bezzasadne co więcej hipotetyczna zmiana odpowiedzi ankietowej 1.2.3.1 z „tak” na „nie” obniżająca u Oferenta Promed Plus pozycję w rankingu o 9 punktów, nie zmienia w znaczący sposób sytuacji Skarżącego.

Mając na uwadze powyższe, gdyby przyznać łącznie punkty Skarżącemu w ilości, o którą wnosi, nie zostałby wybrany do zawarcia umowy, ponieważ łącznie zdobyłby 23 punkty, a zatem w dalszym ciągu znajdowałby się poniżej linii odcięcia.

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 (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 935, 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:**

- IMARES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedziba w Kielcach ul. Warszawska 146, 25-414 Kielce
- WIZJA V SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Łodzi, ul. św. Teresy od Dzieciątka Jezus 92/3, 91-341 Łódź
- PROMED PLUS POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Łodzi ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 40/1, 90-135 Łódź