



Narodowy Fundusz Zdrowia

Opolski Oddział Wojewódzki w Opolu

Data: 9 czerwca 2026 r.

Znak sprawy: NFZ08-WO.4117.1.2026
2026.94.EJJ

PALLMED Sp. z o.o.

ul. Wilhelma Roentgena 3
85-796 Bydgoszcz

Reprezentowany przez: **adwokat**

Adresat: Pani

Anna Zubkowska -Rojszczak

Kancelaria Adwokacka

ul. Tylne Chwaliszewo 23/3
61-103 Poznań

DECYZJA NR 2/2026/KO

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, Pełnomocnictwa Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 222/2022 z dnia 5 października 2022 r. oraz art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. 2025 poz. 1691), zwanej dalej k.p.a., po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez Oferenta Pallmed Sp. z o.o., ul. Wilhelma Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz zwanego dalej „Odwołującym”, od rozstrzygnięcia postępowania nr 08-26-000039/SOK/11/ 1/11. 0000. 048. 02/01, które prowadzone było w trybie konkursu ofert na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych na obszarze 16 - opolskie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

oddala w całości wniesione odwołanie

UZASADNIENIE

Zastępca Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie Pełnomocnictwa substytucyjnego nr 30/2024 z dnia 1 lipca 2024 r. działając na podstawie art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania Komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1858 z późn. zm.), ogłosił w dniu 20 lutego 2026 r. postępowanie nr 08-26-000039/SOK/11/ 1/11.0000.048.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 4 775 730,12 PLN na okres rozliczeniowy przypadający od 1 lipca 2026 r. do 31 grudnia 2026 r. zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 2 (słownie: dwie). Wskazano również okres obowiązywania umowy: od 1 lipca 2026 r. do 30 czerwca 2031 r.

Informacja o ogłoszeniu postępowania została opublikowana na tablicy informacyjnej w siedzibie Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz na stronie internetowej.

Otwarcie ofert nastąpiło w dniu 11 marca 2026 r. w miejscu wskazanym w ogłoszeniu postępowania.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, powinni spełniać wymagania określone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej Prezesem NFZ) w następujących aktach prawnych:

1. Zarządzenie nr 100/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie
2. Zarządzenie nr 10/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 lutego 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
3. Zarządzenie nr 116/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
4. Zarządzenie nr 143/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
5. Zarządzenie nr 15/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.,
6. Zarządzenie nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z późn. zm.,
7. Zarządzenie nr 173/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 grudnia 2019 r. w sprawie zmiany niektórych zarządzeń Prezesa NFZ w związku z dostosowaniem przepisów w zakresie stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji.,
8. 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 z późn. zm.,
9. 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.,

10. Zarządzenie nr 205/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z późn. zm.,
11. Zarządzenie nr 213/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31.12.2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
12. Zarządzenie nr 23/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2026 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
13. Zarządzenie nr 30/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
14. Zarządzenie nr 4/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 stycznia 2026 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
15. Zarządzenie nr 48/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 marca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
16. 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,
17. Zarządzenie nr 6/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10.01.2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie z późn.zm.,
18. Zarządzenie nr 68/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
19. Zarządzenie nr 68/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
20. Zarządzenie nr 8/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 05.01.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.,
21. Zarządzenie nr 83/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
22. Zarządzenie nr 92/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19.05.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.,
23. Dz.U. z 2018 r. poz. 932 - Ustawa z dnia z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności,
24. Dz.U. z 2020 r. poz. 1858 - 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,

25. t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm. - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
26. t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 173 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania,
27. t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 402 z późn. zm. - Rozporządzenie Ministra Zdrowia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
28. t.j. Dz.U. z 2025 r. 328 z późn. zm. - 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,
29. t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 272 - Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
30. t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 400 z późn. zm. - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.,
31. t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm. - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz w:
 1. t.j. Dz.U. z 2016r. poz. 357 z późn. zm. - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 2. t.j. Dz.U.2023 poz.870 z późn.zm. - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

o czym informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 20 lutego 2026 r.

Postępowanie konkursowe prowadziła Komisja konkursowa, która została powołana Zarządzeniem nr 45/2026 z dnia 20 lutego 2026 r. przez Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zmienionym Zarządzeniem nr 52/2026 z dnia 27 lutego 2026 r., przez Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działającego z upoważnienia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na poprawnie ogłoszone postępowanie nr 08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/ 01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych na okres od 1 lipca 2026 r. do 30 czerwca 2031 r. wpłynęło 4 (słownie: cztery) oferty, w tym oferta Odwołującego. Oferty złożyli:

1. Nutrimed Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa,
2. Promedica Sp. z o.o., ul. Wolności 17, 35-073 Rzeszów,
3. Pallmed Sp. z o.o., ul. Wilhelma Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz,
4. Dom Medica Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 134, 02-305 Warszawa.

W dniu 11 marca 2026 r., Komisja konkursowa stosownie do zapisu § 10 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. (Dz.U. z 2020 poz. 1858 z późn. zm.) 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 (zwane

dalej rozporządzeniem) stwierdziła prawidłowość ogłoszenia postępowania nr 08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01. prowadzonego w trybie konkursu ofert.

Stosownie do zapisu art. 142 ust. 2 w związku z art. 139 ust. 3 pkt. 5 ustawy o świadczeniach potwierdziła również zgodność ogłoszenia z planem finansowym i planem zakupu świadczeń obowiązującym na rok 2026. Komisja konkursowa stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w ww. ustawie i rozporządzeniu Ministra Zdrowia, a następnie dokonała otwarcia ofert.

Wszyscy członkowie Komisji konkursowej podpisali oświadczenia o braku przesłanek do ich wyłączenia z prac Komisji z punktu widzenia wymagań określonych w art. 139 ust. 5 ustawy o świadczeniach.

Komisja konkursowa, prowadząca przedmiotowe postępowanie podejmowała wszelkie niezbędne czynności mające na celu stwierdzenie zgodności oferty ze stanem faktycznym i prawnym, w kontekście zdolności do wykonywania świadczeń oraz wymagań zawartych w aktach prawnych dotyczących przedmiotowego postępowania.

W części jawnej postępowania Komisja konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej i merytorycznej złożonych ofert w zakresie zdolności do wykonywania świadczeń oraz wymagań zawartych w aktach prawnych wymienionych na stronach 2- 5 niniejszej decyzji.

W trakcie oceny formalno-prawnej ofert, Komisja konkursowa stwierdziła występowanie braków formalnych w ofertach. Na podstawie § 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. skierowała do Oferentów biorących udział w postępowaniu, pisma wzywające do usunięcia braków formalnych. Do uzupełnienia braków formalnych oferty Komisja konkursowa wezwała Oferentów:

1. Promedica sp. z o.o., ul. Wolności 17, 35-073 Rzeszów,
2. Pallmed sp. z o.o., ul. Wilhelma Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz.

Pisma wzywające Oferentów do uzupełnienia braków formalnych zostały wysłane za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazane w ofercie adresy poczty elektronicznej.

W dniu 11 marca 2026 r. Komisja konkursowa wezwała Oferenta Promedica Sp. z o. o w Rzeszowie do usunięcia braków formalnych oferty poprzez przedłożenie oświadczenia dotyczącego opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy (w oświadczeniu dot. konieczności wydania opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy, nie zaznaczono właściwej odpowiedzi.). Braki formalne zostały uzupełnione poprawnie i w terminie w dniu 12 marca 2026 r.

W dniu 11 marca 2026 r. Komisja konkursowa wezwała Oferenta Pallmed Sp. z o.o w Bydgoszczy do usunięcia braków formalnych oferty poprzez przedłożenie oświadczenia dotyczącego opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy (brak oświadczenia stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia nr 83/2025/DSOZ Prezesa NFZ z 16 października 2025 r.). Braki formalne zostały uzupełnione poprawnie i w terminie w dniu 12 marca 2026 r.

W toku dalszego postępowania w kontekście oceny zdolności do wykonywania świadczeń oraz wymagań zawartych w aktach prawnych wymienionych na stronach 2-4 niniejszej decyzji, Komisja na podstawie § 17 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, nie stwierdziła konieczności złożenia przez Oferentów dodatkowych wyjaśnień.

Weryfikacja miejsc udzielania świadczeń

W dalszej części prowadzonego postępowania, Komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację miejsc udzielania świadczeń u Oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń będącym przedmiotem postępowania:

1. Pallmed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, miejsce udzielania świadczeń Głubczyce ul. Sienkiewicza 1.
2. Dom Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, miejsce udzielania świadczeń Opole ul. R. Horoszkiewicza 6.

Zgodnie bowiem z § 17 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, Komisja konkursowa przeprowadza weryfikację, u Oferenta, który dotychczas nie miał 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.

Weryfikacje Oferentów przeprowadzone przez Komisję konkursową zostały udokumentowane w załączniku nr 25 do Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Weryfikacje miejsc udzielania świadczeń prezentowały się następująco:

1. W wyniku weryfikacji przeprowadzonych w dniu 30 marca 2026 r. u Oferenta Pallmed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością stwierdzono, że stan faktyczny jest zgodny z danymi wykazanymi przez oferenta w ofercie w zakresie posiadanego sprzętu, co zostało odnotowane w załączniku nr 25 – wyniki weryfikacji Oferenta.
2. W wyniku weryfikacji przeprowadzonych w dniu 23 marca 2026 r. u Oferenta Dom Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością stwierdzono, że stan faktyczny jest zgodny z danymi wykazanymi przez oferenta w ofercie w zakresie posiadanego sprzętu, co zostało odnotowane w załączniku nr 25 – wyniki weryfikacji Oferenta.

Po zakończeniu czynności sprawdzających formalno - prawnych Komisja stwierdziła, że wszystkie oferty złożone do postępowania nr 08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, spełniają wymogi formalno-prawne, zostały przyjęte i zakwalifikowane do części niejawnego postępowania konkursowego. Do części niejawnego postępowania konkursowego, Komisja konkursowa zakwalifikowała oferty:

1. Nutrimed Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa,
2. Promedica Sp. z o.o., ul. Wolności 17, 35-073 Rzeszów,
3. Pallmed Sp. z o.o., ul. Wilhelma Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz,

4. Dom Medica Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 134, 02-305 Warszawa

Ocena ofert w przedmiotowym postępowaniu została dokonana w oparciu o postanowienia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r., w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 328 z późn. zm.) [dalej: rozporządzenie kryterialne] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357).

Stosownie do 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.

Zgodnie z zapisami art. 148 ust. 2 ustawy o świadczeniach, przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca przekazał Agencji w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2. Wszyscy Oferenci złożyli stosowne oświadczenia.

Wskazać należy, że kryteria wyboru ofert, określone w art. 148 ustawy o świadczeniach, skonkretyzowane zostały w odniesieniu do poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością punktową”, w odniesieniu do przedmiotowego postępowania zostały określone w załączniku nr 9 do powołanego rozporządzenia kryterialnego.

Fakt spełnienia przez wszystkich Oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania wymaganych warunków formalnych pozwolił na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia kryterialnego, oceny ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w powyższych przepisach dokonywano oceny ofert według następujących kryteriów (Oferent miał możliwość wyboru jednej ze wskazanych odpowiedzi).

I. Jakość udzielanych świadczeń oceniana w:

1. Kategorii personel;

1.1. Lekarz specjalista w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych – równoważnik co najmniej 4 etatów;

- Tak: 18 punktów;
- Nie: 0 punktów;

- 1.2. Pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych; równoważnik - 4 etatów;
 - Tak : 10 punktów;
 - Nie: 0 punktów;
 - 1.3. Pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych; równoważnik – 2; etatów;
 - Tak: 5 punktów;
 - Nie: 0 punktów
 - 1.4. Dietetyk – równoważnik co najmniej 1 etatu;
 - Tak: 4 punkty;
 - Nie: 0 punktów;
 - 1.5. Fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/4 etatu;
 - Tak: 3 punkty;
 - Nie: 0 punktów;
 - 1.6. Psycholog lub psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1 etatu;
 - Tak: 3 punkty;
 - Nie: 0 punktów;
 - 1.7. Osoby wykonujące zawód medyczny posiadające doświadczenie w leczeniu żywieniowym dzieci do 3. roku życia;
 - Tak: 3 punkty;
 - Nie: 0 punktów;
- 2. Kategorii pozostałe warunki;**
- 2.1. Świadczeniodawca realizuje szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe;
 - Tak: 7 punktów;
 - Nie: 0 punktów;
 - 2.2. Zapewnienie transportu mieszanin żywieniowych pojazdem przeznaczonym wyłącznie do transportu materiałów medycznych z wydzieloną przestrzenią ładowną wyposażoną w osobny mechanizm grzewczo-chłodzący;
 - Tak: 4 punkty;
 - Nie: 0 punktów;
- 3. Jakość - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości;**
- 3.1. SOK_W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli;
 - Tak: (-1 punkt);
 - Nie: brak punktów;
 - 3.2. SOK_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach;
 - Tak: (-2 punkty);
 - Nie: brak punktów;

- 3.3. SOK_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - tylko na podstawie kontroli;
- Tak: (-2 punkty);
 - Nie: brak punktów;
- 3.4. SOK_W Udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową ;
- Tak: (-2 punkty);
 - Nie: brak punktów;
- 3.5. SOK_W Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli;
- Tak: (-1 punkt);
 - Nie: brak punktów;
- 3.6. SOK_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli;
- Tak: (-1 punkt);
 - Nie: brak punktów;
- 3.7. SOK_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli;
- Tak: (-2 punkty);
 - Nie: brak punktów;
- 3.8. SOK_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli;
- Tak: (-1 punkt);
 - Nie: brak punktów;
- 3.9. SOK_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;
- Tak: (-2 punkty);
 - Nie: brak punktów;
- 3.10. SOK_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy;
- Tak: (-2 punkty);
 - Nie: brak punktów;
- 3.11. SOK_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach;
- Tak: (-2 punkty);
 - Nie: brak punktów;
- 4. Jakość – pozostałe warunki;**
- 4.1. Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji;
- Tak: 1 punkt;
 - Nie: 0 punktów;
- 4.2. Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością;
- Tak: 1 punkt;
 - Nie: 0 punktów;
- 4.3. Prowadzenie historii choroby lub historii 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 wydruk;

- Tak: 3 punkty;
- Nie: 0 punktów;

II. Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w:

1. Kategorii zapewnienia badań i zabiegów;

1.1. Udokumentowane zasady współpracy dotyczące zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisany w rejestrze, część VIII kodu resortowego;

- Tak: 4 punktów;
- Nie: 0 punktów;

1.2. Oddział szpitalny zapewniający hospitalizację w podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisany w rejestrze, realizujący umowę- w lokalizacji poradni prowadzącej żywienie dojelitowe;

- Tak: 8 punktów;
- Nie: 0 punktów;

2. kategorii - poradnie/oddziały/pracownie

2.1. Poradnia prowadząca leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych - poradnia przyszpitalna;

- Tak: 2 punktów;
- Nie: 0 punktów;

2.2. 4910 blok operacyjny - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji;

- Tak: 3 punktów;
- Nie: 0 punktów;

2.3. apteka szpitalna lub zakładowa - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;

- Tak: 2 punktów;
- Nie: 0 punktów;

2.4. 7910 pracownia endoskopii przewodu pokarmowego - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego;

- Tak: 2 punktów;
- Nie: 0 punktów;

2.5. Zakład radiologii i diagnostyki obrazowej czynny całą dobę wpisany w rejestrze - w lokalizacji;

- Tak: 3 punktów;
- Nie: 0 punktów;

III. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana w

1. kategorii - realizacja świadczeń opieki zdrowotnej

1.1. Realizacja umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienie pozajelitowe w warunkach domowych;

- Tak: 2 punktów;
- Nie: 0 punktów;

1.2. Realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgia naczyniowa lub chirurgia naczyniowa drugi poziom referencyjny – dotyczy żywienia klinicznego dorosłych;

- Tak: 2 punktów;

- Nie: 0 punktów;

1.3. umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie pediatria lub gastroenterologia dla dzieci - dotyczy żywienia klinicznego dzieci;

- Tak: 2 punktów;
- Nie: 0 punktów;

IV. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

4.1. W dniu złożenia oferty Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie;

- Tak: 5 punktów;
- Nie: 0 punktów;

4.2. W dniu złożenia oferty Oferent realizuje na podstawie umowy proces;

- leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 5 lat: 2 punkty;
- leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od 10 lat: 5 punktów;
- żadne z powyższych: 0 punktów;

V. Inne warunki oceniane

5.1. Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.;

- Tak: 2 punkty;
- Nie: 0 punktów;

VI. **Cena świadczeń opieki zdrowotnej** – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez Oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 3,000 punkty). Liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia w następujący sposób:

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

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

gdzie:

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

C_{maks} - 1,1 x CNFZ,

C_{min} - 0,9 x CNFZ,

C_{of} - cena zaproponowana przez Oferenta,

CNFZ- cena oczekiwana,

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

- A – stosuje się w przypadku gdy $Cof < C_{min}$,
 B – stosuje się w przypadku, gdy $Cof \geq C_{min}$.

Zgodnie z treścią art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach, w części niejawnej konkursu ofert Komisja może:

1. wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach,
2. nie dokonać wyboru zadanej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń.

Strony postępowania w oświadczeniu załączonym do oferty oświadczyły, iż zapoznały się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłaszają do nich zastrzeżeń oraz że przyjmują je do stosowania.

Komisja konkursowa przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny ofert w oparciu o przedstawione w nich dane (w szczególności przez porównanie odpowiedzi ankietowych ofert z formularzem oferty i dokumentacją ofertową) i w oparciu o kryteria oceny ofert zawarte w ww. rozporządzeniu. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku prowadzonego postępowania. W rankingu otwarcia oferty uzyskały ocenę punktową w następujących kryteriach: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość, inne oraz cena. Ranking otwarcia przedstawiał się następująco:

Lp	Dane z oferty		Propozycja Funduszu							
	Nr oferty	Nazwa oferenta	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów					Łączna liczba punkt. z tyt. poz. kryt.	Łączna liczba punktów oceny
				J	K	D	c	I		
1	08-26-00003 9/SOK/11/1/11.0000.048. 02/01/2/0411	PROMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ	1,500	52,000	6,000	0,000	10,000	2,00	70,000	71,500
1	08-26-00003 9/SOK/11/1/11.0000.048. 02/01/1/0411	Nutri-med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/20435	1,500	52,000	6,000	0,000	10,000	2,00	70,000	71,500
3	08-26-00003 9/SOK/11/1/11.0000.048. 02/01/4/0411	Dom Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/81308	2,618	52,000	6,000	0,000	0,000	2,00	60,000	62,618
4	08-26-00003 9/SOK/11/1/11.0000.048. 02/01/3/0411	PALLMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/20529	1,500	22,000	6,000	0,000	0,000	0,00	28,000	29,500

Zgodnie z art. 142. ust. 6. ustawy o świadczeniach Komisja konkursowa w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z Oferentami w celu ustalenia:

1. liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
2. ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Komisja konkursowa w części niejawnej postępowania stosownie do § 15 ust. 1 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 przeprowadziła negocjacje ze wszystkimi

Oferentami biorącymi udział w postępowaniu, których oferty nie podlegały odrzuceniu. Protokół końcowy z negocjacji określa ostateczne stanowiska stron, co do liczby i ceny. Negocjacje ze wszystkimi Oferentami zostały przeprowadzone w dniu 10 kwietnia 2026 r.

W trakcie negocjacji 1 (słownie: jeden) Oferent tj. Dom Medica Sp. z o.o., złożył oświadczenie dotyczące zmiany ceny za punkt tj. proponowana w ofercie cena 1,49 zł. została zmieniona w trakcie negocjacji na cenę 1,45 zł. Pierwotna wartość punktowa za kryterium ceny wynosiła: 2,618 punktów. Po zmianie ceny ostateczna wartość punktowa Dom Medica sp. z o.o. w kryterium ceny wyniosła: 2,991 punktów.

Pozostali oferenci tj.:

1. Promedica spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (08R/20543)
2. Nutrimed spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (08R/20435)
3. Pallmed spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (08R/20529)

w złożonych ofertach przedstawili cenę za punkt oczekiwaną przez Oddział tj. 1,61 zł i w trakcie negocjacji nie dokonali zmiany ceny punktu, co zostało udokumentowane odpowiednimi oświadczeniami, za co uzyskali ostatecznie w kryterium cena: 1,500 punktów.

W wyniku przeprowadzonych negocjacji w dniu 10 kwietnia 2026 roku z 4 (słownie; czterema) Oferentami podpisano protokoły zbieżności potwierdzające, że strony uzgodniły warunki finansowe i ilościowe realizacji umowy.

Mając na uwadze powyższe stwierdzić należy, iż zgodnie z § 15 ust. 7 rozporządzenia 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, ustalenie w procesie negocjacji ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej nie oznacza dokonania wyboru Oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Protokół z negocjacji jest opatrzony następującą klauzulą „*Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji 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 przypadku wystąpienia rozbieżności i odmowy podpisania przez Oferenta protokołu końcowego, Komisja konkursowa odnotowuje ten fakt w poz. UWAGI i podpisuje protokół jednostronnie informując jednocześnie Oferenta o zakwalifikowaniu przez Komisję konkursową oferty do kategorii ofert, które nie zostaną wybrane w toku postępowania.*” Zapisy te mają charakter informacyjny i są stosowane w taki sam sposób wobec wszystkich Oferentów. Mają na celu poinformowanie stron negocjacji o ostatecznym charakterze decyzji podjętej przez strony co do przedmiotu negocjacji oraz skutkach osiągnięcia lub nieosiągnięcia porozumienia w zakresie ceny i liczby świadczeń. O ewentualnym wyborze oferty podczas postępowania konkursowego decyduje łączna liczba punktów otrzymana za poszczególne kryteria wyboru ofert, która decyduje o miejscu uzyskanym przez Oferenta w rankingu końcowym, a tym samym ewentualnym wyborze oferty lub niedokonaniu wyboru. Jakkolwiek, nawet zbieżność stanowisk w trakcie negocjacji wcale nie oznacza przyrzeczenia zawarcia umowy, co wymaga silnego zaakcentowania.

Organ podkreśla, że po przeprowadzonych negocjacjach Komisja konkursowa sporządziła ranking końcowy przy wsparciu systemu informatycznego, w którym oferty zostały uszeregowane zgodnie z punktacją malejącą. Bazę danych tworzyły przesłane w formie elektronicznej zapytania ofertowe, ankiety i wyniki przeprowadzonych negocjacji. Ranking końcowy z dnia 24 kwietnia 2026r. z podziałem na poszczególne części oceny oferty przedstawiał się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Dane z oferty końcowej (po negocjacjach)		Ocena oferty									
	Nr oferty	Nazwa oferenta	Punkcja za ofertę cenową	Punkcja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów w oceny	Status poz	Decyzja o wybraniu ofert
				jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem			
1	08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 /2/0411	PROMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ 08R/20543	1,500	52,000	6,000	0,000	10,000	2	70,000	71,500	Z	Tak
1	08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 /1/0411	Nutrimed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/20435	1,500	52,000	6,000	0,000	10,000	2,000	70,000	71,500	Z	Tak
3	08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 /4/0411	Dom Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/81308	2,991	52,000	6,000	0,000	0,000	2,000	60,000	62,991	Z	Nie
4	08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 /3/0411	PALLMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/20529	1,500	22,000	6,000	0,000	0,000	0,000	28,000	29,500	Z	Nie

Komisja konkursowa w każdym postępowaniu konkursowym dokonuje wyboru Oferentów w kolejności zgodnej z pozycją uzyskaną w rankingu końcowym, jednakże wybór liczby Oferentów z którymi ma zostać zawarta umowa uzależniony jest od kwoty postępowania wskazanej w ogłoszeniu. Wybór Oferentów następował według kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. Wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu podlegały tym samym zasadom i jednolitym kryteriom oceny.

W postępowaniu konkursowym numer 08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, maksymalna liczba planowanych do zawarcia umów wynosiła 2 (słownie: dwie). Na ogłoszone postępowanie numer 08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, wpłynęły 4 (słownie; cztery) oferty. W wyniku prowadzonego postępowania dokonano wyboru 2 (słownie: dwóch) ofert wg miejsc zajętych w rankingu końcowym. Oferta Odwołującego zajęła 4 (czwarte) miejsce w rankingu końcowym i nie została wybrana do zawarcia umowy.

Na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy o świadczeniach w dniu 24 kwietnia 2026 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie.

Wartość punktowa pozycji oferty w danym kryterium wynika z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonych odpowiedzi i ustalonej według powołanego wyżej rozporządzenia punktacji danej w odpowiedzi. Wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu podlegały tym samym zasadom i jednolitym kryteriom oceny.

W postępowaniu konkursowym nr 08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2026 roku do dnia 30 czerwca 2031 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane w zakresie: żywienia dojelitowe w warunkach domowych, na obszarze województwa opolskiego, pytania ankietowe zostały opracowane zgodnie z treścią tabeli nr 1 poz. 6 „Żywienie dojelitowe w warunkach domowych” i tabeli nr 2 „Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane – część wspólna” załącznika nr 9 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami i przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane” do rozporządzenia w sprawie szczególnych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 5 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji” do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 357).

Komisja konkursowa wspierana przez system informatyczny na podstawie odpowiedzi ankietowych udzielonych przez Oferentów ustaliła następującą punktację, wg załącznika nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 328 z późn. zm.).

Lp.	Pytanie	PROMEDICA		DOM MEDICA		NUTRIMED		PALLMED	
		Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ								
1.1.1	PORADNIE / ODDZIAŁY / PRACOWNIE / GABINETY								
1.1.1.1	SOK_6 Poradnia prowadząca leczenie pacjentów żywionych dojelitowo w warunkach domowych - poradnia przyszpitalna.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.1.2	SOK_6 4910 blok operacyjny - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego - w lokalizacji.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.1.3	SOK_6 Apteka szpitalna albo zakładowa - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.1.4	SOK_6 7910 pracownia endoskopii przewodu pokarmowego - wpis w rejestrze część VIII kodu resortowego.	Tak	2	Tak	2	Tak	2	Tak	2
1.1.1.5	SOK_6 Zakład radiologii i diagnostyki obrazowej czynny całą dobę wpisany w rejestrze - w lokalizacji.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.1.2	ZAPEWNIENIE BADAŃ I ZABIEGÓW								
1.1.2.1	SOK_6 Zapewnienie hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań	Udokumentowane zasady współpracy dotyczące zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisany w rejestrze, część VIII kodu resortowego.	4	Udokumentowane zasady współpracy dotyczące zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisany w rejestrze, część VIII kodu resortowego.	4	Udokumentowane zasady współpracy dotyczące zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisany w rejestrze, część VIII kodu resortowego.	4	Udokumentowane zasady współpracy dotyczące zapewnienia hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym - wpisany w rejestrze, część VIII kodu resortowego.	4
1.2	JAKOŚĆ								
1.2.1	PERSONEL								
1.2.1.1	SOK_6 Lekarz specjalista w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych - równoważnik co najmniej 3 etatów.	Tak	18	Tak	18	Tak	18	Nie	0
1.2.1.2	SOK_6 Pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych	Równoważnik co najmniej 4 etatów.	10	Równoważnik co najmniej 4 etatów.	10	Równoważnik co najmniej 4 etatów.	10	Równoważnik co najmniej 2 etatów.	5
1.2.1.3	SOK_6 Dietetyk - równoważnik co najmniej 1 etatu.	Tak	4	Tak	4	Tak	4	Nie	0
1.2.1.4	SOK_6 Fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/4 etatu.	Tak	3	Tak	3	Tak	3	Nie	0
1.2.1.5	SOK_6 Psycholog lub psycholog kliniczny - równoważnik co najmniej 1 etatu.	Tak	3	Tak	3	Tak	3	Tak	3
1.2.1.6	SOK_6 Osoby wykonujące za wód medyczny posiadające doświadczenie w leczeniu żywieniowym dzieci do 3. roku życia.	Tak	3	Tak	3	Tak	3	Nie	0

Lp.	Pytanie	PROMEDICA		DOM MEDICA		NUTRIMED		PALLMED	
		Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź
1.2	JAKOŚĆ								
1.2.2	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI								
1.2.2.1	SOK_W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.2	SOK_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.3	SOK_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności niezależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.4	SOK_W Udzielenie świadczeń w miejscach nieobjętych umową.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.5	SOK_W Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.6	SOK_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.7	SOK_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.8	SOK_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.9	SOK_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.10	SOK_W Pobieranie niezależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.2.2.11	SOK_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0

Lp.	Pytanie	PROMEDICA		DOM MEDICA		NUTRIMED		PALLMED	
		Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź
1.2	JAKOŚĆ								
1.2.3	POZOSTAŁE WARUNKI		0		0		0		0
1.2.3.1	SOK_6 Świadczeniodawca realizuje szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Tak	7
1.2.3.2	SOK_6 Zapewnienie i transportu mieszanin żywnościowych pojadem przeznaczonym wyłącznie do transportu materiałów medycznych z wydzieloną przestrzenią ładowną wyposażoną w osobny mechanizm grzewczo-chłodzący.	Tak	4	Tak	4	Tak	4	Tak	4
1.2.3.3	SOK_W Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	Tak	2	Tak	2	Tak	2	Nie	0
1.2.3.4	SOK_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	Tak	2	Tak	2	Tak	2	Nie	0
1.2.3.5	SOK_W Świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub 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	Tak	3	Tak	3	Tak	3
1.3	DOSTĘPNOŚĆ								
1.3.1	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ								
1.3.1.1	SOK_6 Realizacja umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie i żywieniowe poza jełitowe w warunkach domowych.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.3.1.2	SOK_6 Realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyniowej lub chirurgii naczyniowej drugi poziom referencyjny.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.3.1.3	SOK_6 Realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie pediatrii lub gastroenterologii dla dzieci.	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0

Lp.	Pytanie	PROMEDICA		DOM MEDICA		NUTRIMED		PALLMED	
		Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź	Odpowiedź aktualna	pkt. przyznane za odpowiedź
1.4	CIĄGŁOŚĆ		0		0		0		0
1.4.1	CIĄGŁOŚĆ								
1.4.1.1	SOK_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.	Tak	5	Nie	0	Tak	5	Nie	0
1.4.1.2	SOK_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od	10 lat. Nie dotyczy świadczeń w zakresach, o których mowa w tabeli nr 1, poz. 22.	5	Żadna z powyższych	0	10 lat. Nie dotyczy świadczeń w zakresach, o których mowa w tabeli nr 1, poz. 22.	5	Żadna z powyższych	0
1.5	WARUNKI WYMAGANE								
1.5.1	WARUNKI WYMAGANE								
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
1.6	INNE								
1.6.1	INNE								
1.6.1.1	SOK_W Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	Tak	2	Tak	2	Tak	2	Nie	0

Celem wyjaśnienia wskazać trzeba, że wskazanie w tabeli odpowiedzi „żadna z powyższych”, wynika z udzielonej przez Oferentów odpowiedzi na dane pytanie ankietowe, iż niespełnione zostały warunki w tych pytaniach opisane. Powołany załącznik nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 328 z późn. zm.) umożliwia co do zasady zaznaczenie odpowiedzi twierdzącej „Tak”, bądź przeczącej „Nie”, lecz w niektórych miejscach do wyboru jest kilka odpowiedzi, co ujawnione zostało w powołanym załączniku nr 9. W powyższej tabeli zaś przytoczono w takiej sytuacji zaznaczoną odpowiedź, a jeśli Oferent nie wybrał żadnej z odpowiedzi, gdyż nie odpowiadały one stanowi faktycznemu, oznaczał odpowiedź jako „żadna z powyższych”.

Zasady wyliczania punktacji za cenę wskazaną przez Oferenta w ofercie określone są w załączniku nr 17 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Cena oczekiwana wskazana w przedmiotowym postępowaniu wynosiła 1,61 zł.

Maksymalna liczba punktów możliwa do osiągnięcia w poszczególnych kryteriach dla produktu: świadczenia w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych przedstawia się następująco;

Kompleksowość: 20 punktów;

Jakość: 59 punktów;

Dostępność: 6 punktów;

Ciągłość: 10 punkty;

Inne: 2 punkty;

Cena: 3 punktów;

Według rozporządzenia kryterialnego maksymalna liczba punktów do uzyskania za wszystkie kategorie wynosiła 100,000 pkt, w tym za kryteria pozacenowe 97,000 pkt.

Oferta Odwołującego w rankingu końcowym uzyskała łącznie 29,500 pkt, w tym w zakresie kryterium pozacenowego Odwołujący uzyskał 28,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów do uzyskania 97 pkt), tj.:

- a) za kryterium jakość, do którego zaliczane są takie elementy jak personel, sprzęt zewnętrzna ocena, jakości oraz wyniki kontroli otrzymał 22,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 59,000 pkt),
- b) za kryterium kompleksowość 6,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 20,000 pkt),
- c) za kryterium dostępność 0,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 6,000 pkt),
- d) za kryterium ciągłość 0,000 pkt. (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 10,000 pkt),

- e) za kryterium „inne” 0,000 pkt. (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 2 pkt).

Za kryterium ceny – Odwołujący uzyskał 1,500 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów do uzyskania 3 pkt). Przyznana liczba punktów wynikała z faktu, że Oferent zaproponował w ofercie cenę równą cenie wskazanej przez Zamawiającego, jako cenę oczekiwaną.

U pozostałych Oferentów punktacja w rankingu końcowym kształtowała się następująco:

1. 08-26-000039/SOK/11/1/ 11.0000.048.02/01 /2/0411 - Promedica spółka z ograniczoną odpowiedzialnością - Poradnia żywieniowa, Opole ul. 1 Maja 9; liczba punktów 71,500 pkt, w tym za cenę 1,500 pkt;
2. 08-26-000039/SOK/11/1/ 11.0000.048.02/01 /1/0411 - Nutrimed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/20435 - Poradnia żywieniowa, Opole ul. 1 Maja 9; liczba punktów 71,500 pkt, w tym za cenę 1,500 pkt;
3. 08-26-000039/SOK/11/1/11.0 000.048.02/01 /4/0411- Dom Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/81308- poradnia żywieniowa, Opole ul. Romana Horoszkiewicza 6; liczba punktów 62,991 pkt, w tym za cenę 2,991 pkt;

Oferta Promedica spółka z ograniczoną odpowiedzialnością - Poradnia żywieniowa, Opole ul. 1 Maja - w rankingu końcowym uzyskała łącznie 71,500 pkt. W zakresie kryterium pozacenowego Oferent uzyskał 70,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów do uzyskania – 97 pkt), tj.:

- a) za kryterium jakość, do którego zaliczane są takie elementy jak personel, sprzęt zewnętrzna ocena, jakości oraz wyniki kontroli 52,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 59,00 pkt),
- b) za kryterium kompleksowość 6,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 20,000 pkt),
- c) za kryterium dostępność 0,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 6,000 pkt),
- d) za kryterium ciągłość 10,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 10,000 pkt),
- e) za kryterium „inne” 2,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 2,000 pkt).

Za kryterium ceny Promedica spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, poradnia żywieniowa, Opole ul. 1 Maja 9 uzyskała 1,500 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwych do uzyskania 3 pkt). Przyznana liczba punktów wynikała z faktu, że Oferent zaproponował w ofercie cenę równą cenie wskazanej przez Zamawiającego, jako cenę oczekiwaną.

Oferta Nutrimed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/20435, poradnia żywieniowa, Opole ul. 1 Maja - w rankingu końcowym uzyskała łącznie 71,500 pkt. W zakresie kryterium pozacenowego Oferent uzyskał 70,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów do uzyskania 97 pkt), tj.:

- f) za kryterium jakość, do którego zaliczane są takie elementy jak personel, sprzęt zewnętrzna ocena, jakości oraz wyniki kontroli 52,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 59,00 pkt),
- g) za kryterium kompleksowość 6,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 20,000 pkt),
- h) za kryterium dostępność 0,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 6,000 pkt),
- i) za kryterium ciągłość 10,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 10,000 pkt),
- j) za kryterium „inne” 2,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 2,000 pkt).

Za kryterium ceny Nutrimed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/20435, poradnia żywieniowa, Opole ul. 1 Maja uzyskała 1,500 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwych do uzyskania 3 pkt). Przyznana liczba punktów wynikała z faktu, że Oferent zaproponował w ofercie cenę równą cenie wskazanej przez Zamawiającego, jako cenę oczekiwaną.

Oferta Dom Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/81308, poradnia żywieniowa, Opole ul. Romana Horoszkiewicza 6 - w rankingu końcowym uzyskała łącznie 62,991 pkt. W zakresie kryterium pozacenowego Oferent uzyskał 60,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów do uzyskania 97 pkt), tj.:

- k) za kryterium jakość, do którego zaliczane są takie elementy jak personel, sprzęt zewnętrzna ocena, jakości oraz wyniki kontroli 52,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 59,00 pkt),
- l) za kryterium kompleksowość 6,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 20,000 pkt),
- m) za kryterium dostępność 0,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 6,000 pkt),
- n) za kryterium ciągłość 0,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 10,000 pkt),
- o) za kryterium „inne” 2,000 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania 2,000 pkt).

Za kryterium ceny Dom Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 08R/81308, poradnia żywieniowa, Opole ul. Romana Horoszkiewicza 6 uzyskała 2,991 pkt (przy maksymalnej liczbie punktów możliwych do uzyskania 3 pkt). Przyznana liczba punktów wynikała z faktu, że Oferent zaproponował w ofercie cenę niższą od ceny wskazanej przez Zamawiającego, jako cenę oczekiwaną. Uzyskana liczba punktów w tym kryterium przez była wyższa o 1,491 pkt od Odwołującego.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zamieszczono na stronie internetowej Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 24 kwietnia 2026 r.

Odwołujący reprezentowany przez pełnomocnika - adwokat Annę Zubkowską-Rojszczak Kancelaria Adwokacka ul. Tylna Chwaliszewo 23/3 61-103 Poznań, pismem z 29 kwietnia 2026 r. wniósł, z zachowaniem przepisane go terminu, do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia za pośrednictwem Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, które prowadzone było w trybie konkursu ofert na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych na obszarze 16 – opolskie. Do odwołania załączono pełnomocnictwo.

Odwołujący wniósł o unieważnienie postępowania konkursowego oparciu o art. 58 §1 KC, ewentualnie o przeprowadzenie rokowań z Pallmed Sp. z o.o. oraz wstrzymanie zawarcia umowy z podmiotami wskazanymi w rozstrzygnięciu postępowania do czasu rozpoznania niniejszego odwołania. Pełnomocnik strony zarzucił:

Naruszenie art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegające na określeniu zasad konkursu ofert w sposób uniemożliwiający zachowanie zasad uczciwej konkurencji i równego traktowania wszystkich świadczeniodawców polegający na ustaleniu, że zostaną zawarte 2 umowy, co uniemożliwia dostęp do rynku świadczeń żywienia dojelitowego w województwie opolskim podmiotom, które nie miały uprzednio zawartej umowy na te świadczenia i czyni postępowanie konkursowe pozornym, a przez to nieważnym z uwagi na obejście ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 58§1 KC).

W ocenie Odwołującego postępowanie zostało ukształtowane i przeprowadzone w sposób naruszający art. 134 ust. 1 ustawy, ponieważ przyjęcie tylko dwóch umów, w realiach konkretnego rynku i przy punktacji za ciągłość, wyeliminowało nowych świadczeniodawców. W efekcie przeprowadzonego postępowania konkursowego dokonano wyboru dwóch świadczeniodawców, to jest Nutrimed Sp. z o.o. i Promedica Sp. z o.o., które to podmioty na terenie województwa opolskiego realizują uprzednio zawarte umowy o udzielanie świadczeń w zakresie objętym konkursem.

W ocenie Odwołującego, zasady konkursu a priori uniemożliwiały zawarcie umowy z innym podmiotem niż Nutrimed Sp. z o.o. i Promedica Sp. z o.o. i pozornie wyczerpując przepisy ustawy prowadziły w istocie do jej obejścia, albowiem żaden z podmiotów konkurujących z Nutrimed Sp. z o.o. i Promedica Sp. z o.o. nie miał możliwości zdobycia większej liczby punktów niż te podmioty, na skutek konstrukcji prawnej premiowania ciągłości udzielania świadczeń, a zatem przy założeniu, że umowa zostanie zawarta z dwoma podmiotami żaden podmiot, nawet oferujący lepsze jakościowo i cenowo warunki udzielania świadczeń nie miał możliwości zawarcia umowy.

Powyższe miałyby oznaczać:

- a. naruszenie prawa odwołujące do udziału w postępowaniu konkursowym opartym o uczciwe zasady, gwarantujące zachowanie uczciwej konkurencji;
- b. pozbawia pacjentów możliwości korzystania ze świadczeń nowych podmiotów, konkurujących na rynku jakością;

- c. prowadzi do nieefektywnego dysponowania środkami publicznymi poprzez udaremnienie możliwości zakupu świadczeń w niższej cenie, co pozwoliłoby na zakup większej ich ilości - poza kryteriami niecenowymi ustawodawca przesądził również, że o miejscu rankingowym i o wyborze oferty powinna decydować także cena świadczeń opieki zdrowotnej. Kryterium to jest konieczne dla zapewnienia właściwego sposobu wydatkowania środków publicznych na ochronę zdrowia.

Zdaniem Pełnomocnika naruszenia te powodują, że Odwołujący winien być co najmniej zaproszony do rokowań, a biorąc pod uwagę wagę naruszeń postępowanie konkursowe powinno być powtórzone, tak aby zachować wszystkie wymogi przewidziane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dalej Odwołujący wskazał, że przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do uzyskania przez podmiot nieposiadający dotychczasowej umowy w kryteriach jakościowych i cenowych, różnica wynikająca z kryterium ciągłości nie mogła zostać realnie zniwelowana. W konsekwencji kryterium ciągłości, które co do zasady może być dopuszczalne, w tym konkretnym postępowaniu uzyskało charakter kryterium eliminacyjnego, ponieważ w połączeniu z założeniem zawarcia wyłącznie dwóch umów prowadziło do faktycznego zamknięcia rynku dla nowych świadczeniodawców.

Odwołujący wskazał także, że zastrzega sobie prawo uzupełnienia zarzutów odwołania, albowiem do dnia jego złożenia nie uzyskał dostępu do dokumentacji konkursowej, a tym samym nie miał możliwości sformułowania wszystkich potencjalnych zarzutów.

Pismami z dnia 30 kwietnia 2026 r. znak NFZ08-WO.4117.1.2026 2026.8.EJJ, NFZ08-WO.4117.1.2026 2026.9.EJJ, NFZ08-WO.4117.1.2026 2026.10.EJJ Prezes Narodowego Funduszu zawiadomił strony postępowania o przysługujących im prawach, wynikających z art. 10 § 1 k.p.a., tj. o prawie wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz o prawie zgłaszania żądań, a także o prawie zapoznania się z dokumentacją prowadzonego postępowania administracyjnego w zakresie, w którym informacje ofertowe nie stanowiły tajemnicy przedsiębiorcy.

W dniu 4 maja 2026 r. Oferent Nutrimed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością wyraził chęć do skorzystania z przysługującego mu prawa by zapoznać się z zebranym w sprawie materiałem dowodowym w zakresie, w którym informacje ofertowe nie stanowiły tajemnicy przedsiębiorcy. W dniu 5 maja 2026 r. Oferent zapoznał się z zebranym w sprawie materiałem dowodowym w zakresie podlegającym ujawnieniu oraz z treścią odwołania Odwołującego. Oferent został poinformowany o tym, iż przed wydaniem decyzji tj. do dnia 12 maja 2026 r. w sprawie ma prawo wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań i ma prawo brać czynny udział w każdym stadium postępowania.

Pismem z dnia 7 maja 2026 r. Oferent Promedica Sp. z o.o. zrezygnował z możliwości zapoznać się z zebranym w sprawie materiałem dowodowym w zakresie podlegającym ujawnieniu.

Odwołujący pismem z dnia 6 maja 2026r. wniósł o pilne i bez dodatkowych przeszkód udostępnienie akt postępowania. Odwołujący przywołał tezy Wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z 30 września 2014 r. II GSK 1013/13:

1. Rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 w zw. z art. 152 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2025, poz. 1461 ze zm.) może obejmować również badanie prawidłowości oceny oferty złożonej przez podmiot konkurujący z podmiotem wnoszącym odwołanie, co wiąże się z prawem dostępu odwołującego do akt postępowania konkursowego, dotyczącym również podmiotów konkurujących, jedynie z ograniczeniami wynikającymi z przepisów ustawy art. 74 § 1 i 2 KPA i art. 55 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 584 ze zm.).
2. Bez dostępu do pełnych akt postępowania administracyjnego zawierających również oferty podmiotów konkurencyjnych strona jest pozbawiona możliwości sformułowania wszystkich zarzutów w odwołaniu od wyniku postępowania konkursowego, a przede wszystkim stwierdzenia, czy nie naruszono zasad postępowania konkursowego, a w szczególności zasady równego traktowania świadczeniodawców, uczciwej konkurencji, niezmienności warunków w trakcie postępowania, a w konsekwencji, czy interes prawny odwołującego doznał uszczerbku.
3. Przepis art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowiący o tym, że świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154, nie reguluje w sposób odmienny przeprowadzenia postępowania odwoławczego niż to regulują zasady postępowania administracyjnego wyrażone w kodeksie postępowania administracyjnego, a w szczególności w art. 73 i 74 KPA Również przepis art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach nie ogranicza odwołującego się w jego uprawnieniach procesowych - jako strony postępowania - i nie wyłącza akt postępowania konkursowego z toku postępowania odwoławczego prowadzonego w trybie art. 154 ustawy o świadczeniach."

Powyższe uruchomiło konieczność zbadania przez Organ kwestii zastrzeżonej przez Oferentów tajemnicy przedsiębiorcy. W dniu 7 maja 2026 r. pismami znak: NFZ08-WO.4117.1.2026 2026.28.EJJ oraz NFZ08-WO.4117.1.2026 i NFZ08-WO.4117.1.2026 2026.24.EJJ zobowiązano Oferentów:

1. Nutrimed Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa,
2. Promedica Sp. z o.o., ul. Wolności 17, 35-073 Rzeszów,
3. Dom Medica Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 134, 02-305 Warszawa.

do przedstawienia w terminie do dnia 12 maja 2026 r. stosownych dowodów, z których treści wynikać będzie podjęcie stosownych działań w celu utrzymania w poufności informacji oznaczonych w złożonym w postępowaniu konkursowym oświadczeniu Oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Oferentów poinformowano jednocześnie, że

brak odpowiedzi w tym zakresie może skutkować odtajnieniem informacji zakreślonych jako tajemnica przedsiębiorcy, z uwzględnieniem konieczności dokonania jej anonimizacji.

W związku z powyższym na podstawie art. 36 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2025 poz. 1691), Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zawiadomił strony postępowania o nowym terminie załatwienia sprawy do dnia 29 maja 2026 r.

Ponadto Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony o prawie do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań do dnia poprzedzającego dzień wydania decyzji tj. do 28 maja 2026 r.

Odwołujący nie był wezwany do przedstawienia w terminie do dnia 12 maja 2026 r. dowodów, z których treści wynikać będzie podjęcie stosownych działań w celu utrzymania w poufności informacji oznaczonych w złożonym oświadczeniu Oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Wezwanie to zostało przekazane Odwołującemu w związku z rozpatrywaniem odwołania innego Oferenta biorącego udział w tym samym postępowaniu konkursowym co Odwołujący, co jest wiadome Organowi z urzędu. W tym miejscu nadmienić należy, że zgodnie z art. 154 ust. 6a: Stronami postępowania, o którym mowa w ust. 1-4, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1, oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym pomimo jednego postępowania konkursowego, wobec wpłynięcia dwóch odwołań, do czynienia mamy z dwiema sprawami administracyjnymi z odmiennie nakreślonymi stronami tychże spraw. Wobec powyższego, w niniejszej sprawie Dom Medica Sp. z o.o. stosownie do brzmienia powołanej normy nie był traktowany jako strona, z wszelkimi konsekwencjami z tego płynącymi. Jednocześnie zaś do podmiotu tego kierowano wezwania dotyczące wyjaśnień odnośnie tajemnicy przedsiębiorcy, wobec zastrzeżenia przez ten podmiot tejże tajemnicy na etapie postępowania konkursowego.

Oferent Nutrimed Sp. z o.o. z Warszawy w oświadczeniu o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy zastrzegł następujące pozycje:

1. wykaz podwykonawców,
2. wykaz personelu,
3. wykaz miejsc udzielania świadczeń,
4. ankieta,
5. harmonogram pracy personelu.

W dniu 12 maja 2026 r. Oferent przesłał dokumenty w sprawie odtajnienia danych zawartych w ofercie konkursowej tj. odpowiedź na pismo dot. zastrzeżenia oferty – wersja poufna zawierająca tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z załącznikami:

1. przykładowy artykuł z Founda dotyczącego ochrony tajemnicy przedsiębiorstwa,
2. wyciąg z Procedury zawierania i archiwizacji umów (str. 1-2 i 8-10),

3. uchwałę Zarządu Nutrimed Sp. z o.o. w sprawie wprowadzenia Procedury Zawierania i Archiwizacji Umów.

Oferent Promedica Sp. z o.o. z Rzeszowa w oświadczeniu o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy zastrzegł następujące pozycje:

1. wykaz podwykonawców,
2. wykaz personelu,
3. wykaz miejsc udzielania świadczeń,
4. ankieta,
5. harmonogram pracy personelu.

W dniu 12 maja 2026 r. Oferent przesłał dokumenty w sprawie odtajnienia danych zawartych w ofercie konkursowej tj. odpowiedź na pismo dot. zastrzeżenia oferty – wersja poufna zawierająca tajemnicę przedsiębiorstwa wraz z załącznikami:

1. przykładowy artykuł z Founda dotyczącego ochrony tajemnicy przedsiębiorstwa,
2. wyciąg z Procedury zawierania i archiwizacji umów (str. 1-2 i 8-10),
3. uchwałę Zarządu Nutrimed Sp. z o.o. w sprawie wprowadzenia Procedury Zawierania i Archiwizacji Umów.

W dniu 13 maja 2026 r. pismem znak: NFZ08-WO.4117.1.2026 2026.50.EJJ wezwano Oferenta Nutrimed Sp. z o.o. do przedłożenia uzupełniających wyjaśnień w przedmiocie zasadności zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorstwa. Dotychczasowa dokumentacja została uznana za niewystarczającą do potwierdzenia faktycznego wdrożenia oraz stosowania środków ochrony poufności. Termin na dopełnienie tego obowiązku wyznaczono do dnia 15 maja 2026 r.

W odpowiedzi na powyższe, pismem z dnia 14 maja 2026 r. Oferent Nutrimed Sp. z o.o. oświadczył, iż odstępuje od wniosku o utrzymanie poufności informacji wskazanych w piśmie z dnia 12 maja 2026 r. wnosząc o dokonanie ich pełnej anonimizacji.

W dniu 13 maja 2026 r. pismem znak: NFZ08-WO.4117.1.2026 2026.51.EJJ wezwano Oferenta Promedica Sp. z o.o. do przedłożenia uzupełniających wyjaśnień w przedmiocie zasadności zastrzeżenia tajemnicy przedsiębiorstwa. Dotychczasowa dokumentacja została uznana za niewystarczającą do potwierdzenia faktycznego wdrożenia oraz stosowania środków ochrony poufności. Termin na dopełnienie tego obowiązku wyznaczono do dnia 15 maja 2026 r.

W odpowiedzi na powyższe, pismem z dnia 14 maja 2026 r. Oferent Promedica Sp. z o.o. oświadczył, iż odstępuje od wniosku o utrzymanie poufności informacji wskazanych w piśmie z dnia 12 maja 2026 r. wnosząc o dokonanie ich pełnej anonimizacji.

Oferent Dom Medica Sp. z o.o. nie dochował wyznaczonego terminu i nie przedłożył wymaganych dowodów ani nie ustosunkował się do treści wezwania.

W dniu 15 maja Oferent Nutrimed Sp. z o.o. przedłożył odpowiedź na odwołanie, w której ustosunkował się do zarzutów podniesionych przez Odwołującego.

W dniu 15 maja 2026 r. pismem znak: NFZ08-WO.4117.1.2026 2026.60. EJJ zawiadomiono Oferenta Pallmed Sp. z o. o, że w związku z zakończeniem postępowania wyjaśniającego dotyczącego zastrzeżenia informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa przez Oferentów, zwrócono się o wskazanie terminu, w którym zamierza skorzystać z przysługującego mu prawa do wglądu w zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, podlegający uprzedniej anonimizacji.

Organ, w oparciu o złożone wyjaśnienia oraz materiał zgromadzony w sprawie, czyniąc zadość należytej staranności w celu ochrony informacji zastrzeżonych jako tajemnica przedsiębiorstwa dokonał oceny, czy przedstawione przez Oferentów dane stanowią tajemnicę przedsiębiorcy.

W dniu 25 maja 2026 r. Oferent Pallmed Sp. z o. o zapoznał się z zebrany w sprawie materiałem dowodowym w zakresie podlegającym ujawnieniu. Wobec wskazania przez Oferentów Nutrimed Sp. z o.o. oraz Promedica Sp. z o.o. , że zastrzeżenie informacji ofertowych sprowadza się do danych osobowych i wyrażenia zgody na udostępnienie ofert po anonimizacji, Stronie Odwołującej udostępniono całe akta sprawy z wyłączeniem informacji dotyczących danych osobowych personelu oraz pełnomocnictw, w tym dyplomów personelu.

Oferent został poinformowany o tym, iż przed wydaniem decyzji tj. do dnia 28 maja 2026 r. w sprawie ma prawo wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań i ma prawo brać czynny udział w każdym stadium postępowania.

W dniu 27 maja 2026 r. Oferent Pallmed Sp. z o. o wniósł o przedłużenie terminu na wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów do dnia 8 czerwca 2026 r. z uwagi na obszerność materiału poddanego analizie po zapoznaniu się z aktami sprawy zakresie podlegającym ujawnieniu.

W dniu 28 maja 2026 r. pismami znak: NFZ08-WO.4117.65.2026 2026.28.EJJ, NFZ08-WO.4117.66.2026 i NFZ08-WO.4117.1.2026 2026.67.EJJ na podstawie art. 36 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2025 poz. 1691), Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zawiadomił strony postępowania o nowym terminie załatwienia sprawy do dnia 9 czerwca 2026 r.

W dniu 29 maja 2026 r. pismem znak sprawy: NFZ08-WO.4117.1.2026 2026.81.EJJ Oferentowi Pallmed Sp. z o. o przesłano zanonimizowane dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu zgłoszonego w ofertach (dyplomy, oświadczenia, certyfikaty, umowy), które nie zostały uprzednio udostępnione ze względu na ich obszerność. Ponadto Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował Stronę, że stosownie do art. 73 § 1 KPA ma prawo wglądu w akta sprawy.

Ponadto Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony o prawie do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań do dnia 5 czerwca 2026 r.

W dniu 3 czerwca 2026 r. Oferent Pallmed Sp. z o.o. ołożył uzupełnienie odwołania zawierające stanowisko po zapoznaniu się z dokumentami postępowania o następujące zarzuty:

1. Naruszenie przez Komisję konkursową art. 149 ust. 1 pkt 2 i 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegające na zaniechaniu odrzucenia oferty Nutrimed Sp. z o.o. w związku z udokumentowanym brakiem spełnienia przez ten podmiot wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 i złożeniem nieprawdziwego oświadczenia w zakresie spełnienia wymogów wskazanych w przepisach prawa przez cały czas trwania umowy – w szczególności: - Oferent nie spełnia warunku wskazanego w punkcie 5 Załącznika 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w związku z obowiązkiem wynikającym z §5 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - Oferent jest zobligowany do spełnienia warunku w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy Nutrimed Sp. z o.o. nie zapewnia hospitalizacji w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym. Zakres umowy z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Opolu nie jest tożsamy z wymogami wskazanymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Umowa ze Szpitalem dotyczy wyłącznie hospitalizacji w stanach nagłych, co nie jest tożsame z leczeniem w przypadku innych wskazań związanych z leczeniem żywieniowym.
2. Zaniechanie przez Komisję konkursową wyjaśnienia wątpliwości co do możliwości spełnienia warunku dostępu do poradni żywieniowej przez Promedica Sp. z o.o. w sytuacji, gdy załączona umowa najmu nie zawiera informacji na temat czasu na jaki została zawarta, a tym samym Komisja konkursowa nie miała możliwości weryfikacji czy Oferent będzie spełniać warunek określony w przepisach prawa przez cały okres obowiązywania umowy to jest możliwości weryfikacji, czy Oferent posiada tytuł prawny do lokalu, w którym deklaruje posiadanie poradni żywieniowej, do czego jest zobligowany i co oświadczył. Z załączonej umowy nie wynika prawo dysponowania lokalem na poradnię w czasie wskazanym w ofercie.
3. Naruszenie art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegające na wybiórczym stosowaniu wymogów określonych w przepisach prawa i wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców, co doprowadziło do rozstrzygnięcia wyłaniającego Oferenta, który nie spełnia warunków określonych w przepisach prawa, a tym samym, którego oferta powinna być odrzucona.

W świetle nowych zarzutów, Odwołujący wniósł o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie rokowań.

Ponadto w uzasadnieniu Odwołujący powołał się na następujące kwestie wymagające wyjaśnienia. Składane przez Oferenta oświadczenie o spełnieniu warunków koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej musi być zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, zarówno w dniu składania oferty jak i przez cały okres realizacji umowy. W ocenie Oferenta, w toku postępowania konkursowego doszło do istotnego niedopatrzenia ze strony Komisji konkursowej, która dopuściła do etapu negocjacji Oferenta, który nie zapewnia warunku wskazanego w rozporządzeniu – zawarta umowa z podwykonawcą obejmuje zakres nie odpowiadający wymogom rozporządzenia. Komisja nie podjęła jakiegokolwiek działania, aby wyjaśnić nasuwające się wątpliwości co do niezgodności oświadczeń Oferentów o spełnieniu warunków z treścią ofert. Na jednostkach NFZ spoczywa obowiązek zabezpieczenia odpowiedniej liczby świadczeń udzielanych przez profesjonalnych świadczeniodawców, tj. gwarantujących pewność, jakość, ciągłość i kompleksowość tych świadczeń. Dlatego postępowanie dotyczące wyboru takich Oferentów musi być sformalizowane i ujęte w szczegółowe ramy i kryteria. Jest to przejaw troski organów administracji publicznej o zapewnienie obywatelom dostępu do niezbędnego minimum świadczeń opieki zdrowotnej, a jednocześnie jest to obowiązek wynikający z decydowania o wydatkowaniu publicznych środków finansowych. Odstąpienie Komisji konkursowej od ścisłego przestrzegania przewidzianych przepisami rozporządzeń wykonawczych oraz zarządzeń Prezesa NFZ kryteriów oceny ofert i wyboru Oferentów prowadzi do naruszenia w postępowaniu konkursowym wynikających z art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zasad równości i uczciwej konkurencji, które w odniesieniu do etapu składania i oceny ofert oznaczają, że określone dla Oferentów warunki muszą zostać spełnione przez wszystkich Oferentów w tym samym czasie. Oferent ponosi wszystkie konsekwencje złożenia oferty o określonej treści, w tym również ryzyko jej odrzucenia, w sytuacji gdy nie koresponduje ona z wymogami określonymi przez zamawiającego w ogłoszeniu o otwarciu postępowania w sprawie zawarcia wymienionych umów – umowa zawarta z Oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z uwagi na nie spełnienie wymogów byłaby nieważna (art. 155 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Nakaz zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców i gwarantowania uczciwej konkurencji obowiązuje w toku całego postępowania, mającego na celu wyłonienie świadczeniodawcy określonego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, oznacza, że określone dla Oferentów przez Prezesa Funduszu warunki muszą zostać spełnione przez wszystkich Oferentów – vide wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w sprawie o sygnaturze II GSK 1340/20.

Odwołujący wskazał, iż w postępowaniu administracyjnym musi dojść do ujawnienia i wyjaśnienia wszelkich okoliczności związanych z oceną spełnienia wymagań stawianych w ogłoszeniu konkursowym dotyczącym umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przyjąć należy, że zadaniem Organu, któremu powierzono przeprowadzenie postępowania administracyjnego, jest ustalenie, czy postępowanie konkursowe przeprowadzone zostało zgodnie z przepisami prawa, z zachowaniem wyrażonej w art. 134 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych zasady równego traktowania świadczeniodawców w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji – vide: wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku sygn. akt II Sa/Bk 581/18. Odwołujący dalej wskazał, że w jego ocenie w niniejszej sprawie, jak wynika ze zgromadzonego i ujawnionego materiału dowodowego, w toku postępowania konkursowego doszło do rażącego naruszenia przepisów poprzez dopuszczenie do udziału w postępowaniu Oferentów, których oferty w sposób oczywisty nie spełniały wymogów wskazanych w rozporządzeniu, a nadto zawierały niezgodne z prawdą oświadczenia Oferentów o spełnieniu wymogów, których Nutrimed Sp. z o.o. pomimo złożenia takiego oświadczenia nie spełniał.

Nadto uzupełniając zarzuty zwarte w odwołaniu Odwołujący podniósł, że przewidziano zawarcie tylko dwóch umów, co oznaczało de facto ograniczenie dostępu do rynku, wszystkim innym podmiotom niż Nutrimed Sp. z o.o. i Promedica Sp. z o.o. W ocenie Odwołującego, Komisja konkursowa, realizując obowiązek z art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach, powinna zbadać, czy formalnie odrębni Oferenci nie posługują się tymi samymi zasobami kadrowymi, lokalowymi, sprzętowymi lub organizacyjnymi w sposób uniemożliwiający rzeczywiste spełnienie warunków realizacji świadczeń, a także czy złożone oferty nie zawierają informacji nieprawdziwych lub nie stanowią w istocie skoordynowanego działania naruszającego uczciwą konkurencję w postępowaniu. Jak wynika z publicznie dostępnych danych, obie spółki mają tego samego wspólnika dominującego: Nutricia Polska Sp. z o.o. To oznacza, że Nutrimed i Promedica są spółkami siostrzanymi, kontrolowanymi przez ten sam podmiot Nutricia Polska Sp. z o.o. Na stronie internetowej nutrimed.pl same spółki opisują się jako „siostrzane Poradnie Żywieniowe”: „Nutrimed, Promedica to siostrzane Poradnie Żywieniowe...” Na stronie kontaktowej wskazano, że adres Nutrimed przy ul. Bobrowieckiej 8 w Warszawie jest adresem korespondencyjnym obu spółek, a także podano wspólną infolinię rejestracyjną 800 800 860. Polityka prywatności grupy Danone wymienia obok siebie m.in. Nutricia Polska, Nutrimed i Promedica oraz wskazuje, że są to spółki należące do grupy Danone.

Ponadto wskazał także, iż Komisja konkursowa była zobligowana do zbadania odrębności ofert złożonych przez Nutrimed Sp. z o.o. oraz Promedica Sp. z o.o., w szczególności w zakresie zasobów kadrowych, organizacyjnych, lokalowych, sprzętowych, podwykonawczych oraz systemów rejestracji i obsługi pacjenta. Z publicznie dostępnych danych wynika bowiem, że obie spółki są powiązane kapitałowo przez wspólnego właściciela Nutricia Polska Sp. z o.o. oraz występują wspólnie jako „Nutrimed Promedica”, prowadzą wspólną stronę internetową i korzystają ze wspólnych kanałów kontaktowych. Zachodzi zatem prawdopodobieństwo, że korzystają z tych samych pokrywających się zasobów w tym kadrowych czego Odwołujący nie ma możliwości zweryfikowania, z uwagi na anonimizację dokumentacji ofertowej. Odwołujący nie ma zatem możliwości sprawdzenia, czy deklarowany personel spełnia deklarowane wymogi oraz czy nie pokrywa się w stopniu wskazującym na tożsamość/współdzielenie tych samych zasobów. Brak przejrzystości procedury i możliwości weryfikacji ofert samo w sobie stanowi naruszenie zasady uczciwej konkurencji. Wybór Promedica Sp. z o.o. i Nutrimed Sp. z o.o. w sposób z góry ustalony poprzez ustalenie warunków konkursu w sposób nie pozwalający na uczciwą konkurencję oznacza,

że Fundusz de facto zakontraktował świadczenie żywienia dojelitowego w ramach jednej grupy kapitałowej. Oznacza to, że postępowanie odbyło się w sposób sprzeczny z ustawą i w konsekwencji prowadzi do utrwalenia pozycji dotychczasowych podmiotów i ograniczenia konkurencji, ograniczenia dostępności świadczeń dla pacjentów. Dodatkowe wątpliwości co do rzetelności postępowania budzi fakt wybiórczego stosowania wymogów wobec Oferentów i niezwracanie przez Komisję uwagi na zawarte w ofertach wybranych Oferentów uchybienia.

W ocenie Odwołującego konkurs miał charakter pozorny, albowiem jego wynik był z góry przewidywalny, a Komisja konkursowa nie zważała na uchybienia zawarte w ofertach. Odwołujący podnosi, że Komisja konkursowa stosowała wymogi wskazane w przepisach wybiórczo, nie badając wnikliwie ofert zarówno pod względem formalnym jak i merytorycznym za prawidłowość formalną oferty odpowiada Oferent i wymogi powinny być stosowane do wszystkich Oferentów jednakowo.

Odwołujący wskazał, że w przedmiotowym postępowaniu konkursowym oferta Promedica Sp. z o.o. sporządzona została bez wymaganych paraf i poświadczeń za zgodność z oryginałem. Odwołujący wskazał, że w toku prowadzonej przez niego analizy dokumentacji stwierdził, iż oferty konkurentów posiadają wady formalne:

- Brak wymaganych parafek i numeracji: część oświadczeń i dokumentów posiada jedynie podpis pod dokumentem, z całkowitym pominięciem obowiązku parafowania każdej ze stron. Dokumentacja wykazuje niespójność, część stron posiada numery, pieczęcie i parafki, podczas gdy inne są ich pozbawione.
- Błędne utożsamianie klauzuli poświadczenia z parafą strony: w części dokumentów Oferenci użyli formuły „za zgodność z oryginałem” jako substytutu wymaganej parafki. Podnosi się, iż poświadczenie zgodności z oryginałem oraz parafowanie stron to dwa odrębne oświadczenia woli o odmiennej doniosłości prawnej. Parafa służy integralności dokumentu (zabezpieczeniu stron przed ich podmianą), zaś poświadczenie – potwierdzeniu tożsamości kopii z oryginałem.
- Brak daty przy poświadczeniu za zgodność: Dokumenty poświadczone za zgodność z oryginałem przez konkurentów pozbawione są daty dokonania tej czynności. Uniemożliwia to weryfikację, czy w dacie składania oferty kopia ta była tożsama z aktualnym stanem prawnym i faktycznym dokumentu oryginalnego.

W ocenie Odwołującego mając na uwadze powyższe niedociągnięcia formalne, Komisja Konkursowa powinna potraktować te oferty jako niespełniające rygorystycznych i jednolitych dla wszystkich Oferentów warunków formalnych i wezwać do uzupełnienia braków. Brak wezwania do usunięcia braków wskazuje w jego ocenie na brak wnikliwej oceny przedłożonych dokumentów i nierówne traktowanie Oferentów, poprzez akceptowanie niedokonania przez niektórych z nich wymogów formalnych.

W ocenie Odwołującego w tym stanie rzeczy niniejsze odwołanie jest uzasadnione, a Odwołujący winien być zaproszony do rokowań, przy czym należy zaznaczyć, że uwzględnienie odwołania uruchamia procedurę rokowań wyłącznie wobec świadczeniodawcy, którego odwołanie zostało

uwzględnione. Odwołujący wskazał, iż Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wykluczył możliwość uznania, że w przypadku uwzględnienia odwołania całe postępowanie upada i wszyscy Oferenci, którzy brali w nim udział powinni przystąpić do nowego postępowania.

Na wstępie rozważań wskazać należy, że jawność ofert określona w art. 135 ust. 1 ustawy nie jest jawnością bezwzględną, albowiem jest ona wyłączona w zakresie danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy, które świadczeniodawca składający ofertę zastrzegł, zgodnie z ust. 2 art. 135 ustawy. Jest to wyraźna norma prawa powszechnie obowiązującego, której Fundusz musi przestrzegać (por. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 19 maja 2015 r. sygn. akt III SA/GI 13/15).

Przepis art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach stanowi, iż Fundusz realizuje zasadę jawności ofert z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę – w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert. Jest to obowiązująca norma prawna. Ponadto zgodnie z załącznikiem nr 8 do Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Oferent uprawniony jest do zastrzeżenia w złożonej przez siebie ofercie informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, a dokumentacja tworzona w celu udokumentowania przebiegu postępowania może zostać udostępniona po uprzednim usunięciu danych zastrzeżonych przez Oferenta. Zatem Prezes Funduszu wskazał na możliwość zastrzeżenia stosownych informacji jako stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Oferenci, jak już było podniesione, zapoznali się z aktami prawnymi obowiązującymi w postępowaniu.

Zwrócić należy przy tym szczególną uwagę na fakt, iż w niniejszym przypadku przepisy postępowania administracyjnego w zakresie czynnego udziału strony w postępowaniu administracyjnym ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do akt sprawy administracyjnej należy interpretować w związku z artykułem 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach oraz wspomnianym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie ze stanowiskiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 9 marca 2017 r. sygn. akt II GSK 1784/15, na zastrzeżenie utajnienia poszczególnych elementów oferty zezwala art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach. Jak wskazał sąd na gruncie obowiązującego wówczas zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 57/2013/DSOZ, możliwość zastrzeżenia poszczególnych elementów oferty została doprecyzowana w Zarządzeniu Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionym Zarządzeniem Nr 74/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r., które to przepisy znajdowały zastosowanie w konkursie. Zarządzeniem zmieniającym dodano § 10a, w którym wskazano na zasady zastrzegania informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. W załączniku Nr 7 do Zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ przedstawiono wzór oświadczenia Oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Oświadczenie o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy można było złożyć wraz z ofertą, ale też osobno – najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Aktualnie wzór oświadczenia o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy

stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia Nr 51/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 maja 2024 r. Skoro możliwość zastrzeżenia informacji zawartych w ofertach przewidział sam ustawodawca, a sposób dokonania takiego zastrzeżenia został doprecyzowany w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które znane było Oferentom jeszcze przed przystąpieniem do postępowania konkursowego, to nie sposób czynić Organowi ewentualnego zarzutu, że przestrzegają obowiązujących regulacji.

W wyroku z dnia 16 marca 2011 r. sygn. akt II GSK 264/10, Naczelny Sąd Administracyjny wyraził stanowisko, zgodnie z którym sposobem gwarantującym prowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zachowaniem uczciwej konkurencji będzie takie jego prowadzenie, które nie dopuści do przekazania, ujawnienia lub wykorzystania informacji stanowiących tajemnicę usługodawcy. Dalej Sąd stwierdził, że nie można zgodzić się ze stanowiskiem, że oferta konkurencyjnego świadczeniodawcy w sposób nieograniczony podlega ujawnieniu innym świadczeniodawcom. Nie podlegają bowiem ujawnieniu dane zawarte w ofercie, objęte tajemnicą przedsiębiorstwa oraz ustawowo chronione dane osobowe (por. wyrok WSA w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 14 września 2017 r. sygn. akt II SA/Go 627/17).

Ponadto, wyjątkowo przydatna jest teza z Wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 6 grudnia 2022 r. II GSK 1145/22:

Ustawodawca nie wyłączył możliwości zastrzeżenia przez Oferentów złożonych ofert w zakresie elementów podlegających utajnieniu, zezwala bowiem na to art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach, sposób zaś dokonania takiego zastrzeżenia został doprecyzowany w Zarządzeniu Prezesa NFZ, które było znane Oferentom jeszcze przed przystąpieniem do postępowania konkursowego. Nie można zatem zasadnie zarzucić Organowi naruszenia prawa, skoro procedował zgodnie z obowiązującą regulacją prawną. Nie jest przy tym zasadne twierdzenie, że zastrzeżenie tajemnicy przedsiębiorcy uniemożliwia pełną ocenę i weryfikację złożonych przez Oferentów ofert. Uznanie niektórych elementów ofert podlegających ocenie w konkursie za objęte tajemnicą przedsiębiorcy i przez to wyłączenie ich jawności nie oznacza, że zostały one wyłączone z możliwości ich oceny przez komisję konkursową. Są one bowiem nadal elementami ofert, do których ma dostęp oceniająca ofertę Komisja i na podstawie których formułowana jest ogólna ocena złożonych ofert.

Wskazać należy, że stosownie do §11 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 18/2017/DSOZ oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po jego zakończeniu. Nie ujawnia się informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. z 2026 poz. 85), jeżeli wykonawca, wraz z przekazaniem takich informacji, zastrzegł, że nie mogą być one udostępniane oraz wykazał, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa. (ust. 1). Oferent zastrzega informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy w formie pisemnej, w szczególności przez wypełnienie i załączenie do oferty formularza, którego wzór określony jest w załączniku nr 8 do zarządzenia (ust. 2). Oferent składa do komisji zastrzeżenie, o którym mowa w ust. 2, najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania (ust. 3).

Zastrzeżenie dotyczące wyłączenia jawności oferty winno wskazywać, w sposób niebudzący wątpliwości, informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy (ust. 4).

W myśl art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się nie ujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, handlowe lub organizacyjne przedsiębiorstwa, co do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania poufności. Według wykładni Sądu Najwyższego przedstawionej w wyroku z dnia 28 lutego 2007 r., sygn. akt V CSK 444/06 tajemnicą przedsiębiorcy "są nieujawnione wiadomości, informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne lub inne posiadające wartość gospodarczą, co do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności. Fakt, że informacje dotyczące poszczególnych elementów urządzenia są jawne nie decyduje o odebraniu zespołowi wiadomości o produkcie przymiotu poufności".

W doktrynie natomiast wyrażony został pogląd zgodnie z którym możliwość ograniczenia prawa na podstawie tajemnicy przedsiębiorcy wchodzi w grę, gdy spełnione są następujące przesłanki:

- a) brak wcześniejszego upublicznienia określonych informacji znajdujących się w dokumentacji wniesionej przez przedsiębiorcę,
- b) uprawdopodobnienie, że informacje te mają ze względu na swój charakter, sposób zastosowania itp. szczególną wartość gospodarczą, co w konsekwencji ich ujawnienia mogłoby narazić takiego przedsiębiorcę na szkodę oraz
- c) podjęcie przez przedsiębiorcę niezbędnych działań w celu zachowania poufności takich informacji (treść dokumentacji)¹.

W zakresie kręgu przesłanek uzasadniających uznanie określonej informacji za informację stanowiącą tajemnicę przedsiębiorstwa zwrócić należy również uwagę, na wypracowany pogląd judykatury, modyfikujący zakres ww. przesłanek, zgodnie z którym to tajemnicę przedsiębiorcy wyprowadzić należy z tajemnicy przedsiębiorstwa. Pojęcia te w zasadzie pokrywają się zakresowo, chociaż tajemnica przedsiębiorcy w niektórych sytuacjach (jak to ma miejsce w przypadku prowadzonego postępowania konkursowego) może być rozumiana szerzej. Tajemnicę przedsiębiorcy stanowią zatem informacje:

- a) znane jedynie określonej grupie osób i związane z prowadzoną przez przedsiębiorcę działalnością,
- b) wobec których podjął on wystarczające środki ochrony w celu zachowania ich poufności (nie jest wymagana przesłanka gospodarczej wartości informacji jak przy tajemnicy przedsiębiorstwa).

Informacja staje się "tajemnicą", kiedy przedsiębiorca przejawia wolę zachowania jej jako niepoznawalnej dla osób trzecich. Nie traci natomiast swojego charakteru przez to, że wie o niej pewne ograniczone grono osób zobowiązanych do dyskrecji (np. pracownicy przedsiębiorstwa).

¹ Mariusz Jabłoński *Udostępnienie informacji publicznej w formie wglądu do dokumentów*, PRESSCOM Spółka z o.o. Wrocław 2013 str. 131,

Utrzymanie danych informacji jako tajemnicy wymaga więc podjęcia przez przedsiębiorcę działań zmierzających do wyeliminowania możliwości dotarcia do nich przez osoby trzecie w normalnym toku zdarzeń, bez konieczności podejmowania szczególnych starań (por. wyrok NSA z 5. 04. 2013r., sygn. akt I OSK 192/13, a także w wyroku WSA w Krakowie z dnia 2 kwietnia 2014 r., sygn. akt II SA/Kr 142/14).

Wskazać należy również, że zgodnie z utrwalonym poglądem judykatury obowiązek Organu do nieprzedstawienia odwołującemu pełnej ofert innych Oferentów, wynika między innymi z ograniczeń wynikających z aktów prawnych w tym m.in. ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, w związku z którymi Fundusz nie może udostępniać wszystkich dokumentów związanych z prowadzonym postępowaniem konkursowym, a w szczególności dokumentacji dotyczącej innych uczestników postępowania. Oferty konkurentów w postępowaniu konkursowym nie są Oferentom wzajemnie udostępniane, chociażby ze względu na fakt, iż informacje w nich zawarte podlegają szczególnej ochronie prawnej. Nie podlegają bowiem ujawnieniu dane zawarte w ofercie, objęte tajemnicą przedsiębiorstwa oraz ustawowo chronione dane osobowe. Udostępnianie ww. danych w postępowaniu administracyjnym Oferentowi odwołującemu, wywołałoby sytuację, w której jeden z konkurentów w postępowaniu konkursowym wszedłby w posiadanie pełnej informacji o pozostałych - w tym wiedzy o danych wrażliwych. W takiej sytuacji odwołująca znalazłaby się w pozycji uprzywilejowanej w odniesieniu do pozostałych świadczeniodawców, zarówno tego, który został wybrany, jak i ewentualnie innych biorących udział w postępowaniu konkursowym. W ten sposób równe traktowanie stron w postępowaniu konkursowym i symetria pozycji uczestników biorących udział w postępowaniu przekształciłaby się w asymetrię ich sytuacji prawnej i obiektywnie rzecz ujmując w naruszenie równego traktowania tych samych podmiotów w ramach postępowania administracyjnego (por. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 23 kwietnia 2013 r. sygn. akt VI SA/Wa 1826/12).

Z części poglądów ujawnionych w orzecznictwie wynika, iż Organ jest zobligowany do poczynienia stosownych rozważań w przedmiocie tego, czy zastrzeżone przez Oferentów kategorie rzeczywiście mogły stanowić tajemnicę przedsiębiorcy, czy też nie. W orzecznictwie tym wskazano, że działanie Organu w tym zakresie nie może polegać na bezrefleksyjnym przyjęciu złożonego i wypełnionego przez wybranego Oferenta odpowiedniego formularza zastrzeżenia danych wrażliwych, stanowiących ową tajemnicę przedsiębiorcy, lecz winno polegać na ocenie, które z zastrzeżeń poczynionych przez Oferenta stanowią, bądź nie stanowią, tajemnicy przedsiębiorcy. Oceny takiej dokonano wzięwszy pod uwagę złożone przez Oferenta wyjaśnienia i wykazanie (bądź niewykazanie) przez niego odpowiednimi dokumentami faktu podjęcia wystarczających środków ochrony w celu zachowania ich poufności.

Zgodnie z wyżej przytoczoną sekwencją zdarzeń opisującą wzywianie Oferentów do złożenia wyjaśnień dotyczących tajemnicy przedsiębiorcy, Organ doszedł do przekonania, że żaden z Oferentów nie dokonał skutecznego zastrzeżenia tejże tajemnicy, a to dlatego, że wskutek przesłanych wezwań nie złożono dowodów, które powyższe mogłyby wykazywać. Oferenci

Nutrimed Sp. z o.o. oraz Promedica Sp. z o.o., finalnie wskazali, że nie domagają się w dalszej mierze uznawania przedkładanych przez nich informacji jako zawierających tajemnicę przedsiębiorcy, oczywiście oprócz danych, które i tak muszą podlegać zanonimizowaniu, takich jak dane osobowe. Oferent Dom Medica Sp. z o.o. pomimo złożenia w postępowaniu konkursowym oświadczenia o zastrzeżeniu stosownych informacji jako stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa (wykaz podwykonawców, wykaz personelu, wykaz miejsc udzielania świadczeń, ankieta, harmonogram pracy personelu), na wezwanie Organu nie przedłożył jakiegokolwiek dokumentu, ani także nie złożył jakichkolwiek wyjaśnień potwierdzających przedsięwzięcie wystarczających środków umożliwiających zakwalifikowanie zastrzeżonych informacji jako tajemnicy przedsiębiorcy. Organ jednocześnie, nie może polegać na samym oświadczeniu, co zostało skrupulatnie wyłożone łącznie z przywołanym orzecznictwem nakazującym Organowi badanie tejże kwestii. Wskutek przeprowadzonej weryfikacji uznano zatem, że dokumenty złożone przez Dom Medica Sp. z o.o. mogą podlegać ujawnieniu w ramach dostępu do akt sprawy, oczywiście uwzględniając konieczność zachowania ich anonimizacji.

Kontynuując, jak zostało już wskazane, w równolegle prowadzonej sprawie administracyjnej z odwołania Oferenta Dom Medica Sp. z o.o. podejmowano także próbę zbadania kwestii tajemnicy przedsiębiorstwa zastrzeżonej przez Odwołującego w niniejszej sprawie Pallmed Sp. z o.o. W oświadczeniu o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy Odwołujący zastrzegł następujące pozycje:

1. wykaz personelu,
2. wykaz sprzętu,
3. wykaz pojazdów,
4. wykaz pomieszczeń,
5. wykaz miejsc udzielania świadczeń,
6. oferta liczba i cena,
7. harmonogram udzielania świadczeń,
8. harmonogram pracy personelu,
9. ankiety,
10. inne Polisa certyfikaty, pełnomocnictwa.

Odwołujący Pallmed Sp. z o.o. po przestąnym wezwaniu nie dochował jednak wyznaczonego terminu i nie przedłożył wymaganych dowodów ani nie ustosunkował się do treści wezwania, co umożliwiłoby udostępnienie złożonych przez Odwołującego dokumentów innym stronom postępowania, uwzględniając konieczność ich anonimizacji. Żaden podmiot, oprócz Odwołującego, po zbadaniu przez Organ kwestii tajemnicy przedsiębiorcy nie zapoznawał się z aktami sprawy, lecz powyższe należało dla celów porządkowych przytoczyć, jako informacje wiadome Organowi z urzędu.

Przechodząc do zarzutów podniesionych w odwołaniu i uzupełnieniu do odwołania Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie udzielonego Pełnomocnictwa Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 222/2022 z dnia 5 października 2022 r. rozpoznał je wraz z argumentacją przywołaną w tymże odwołaniu

i uzupełnieniu do odwołania. Szczegółowej analizie poddane zostały zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez Oferentów w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert nr 08-26-000039/ SOK/ 11/ 1/ 11. 0000. 048. 02/01, w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych oraz dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania konkursowego, co w konsekwencji umożliwiło dokonanie pełnej kontroli prawidłowości przeprowadzenia zaskarżonego postępowania konkursowego. Po przeanalizowaniu całości materiału dowodowego stwierdzić należy, co następuje:

Materialnoprawną podstawę prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiły przepisy z dnia 27 sierpnia 2004 r. ustawy o świadczeniach. Realizacja ustawowych obowiązków Funduszu we wskazanym obszarze została skonkretyzowana przede wszystkim w dziale VI ustawy o świadczeniach zatytułowanym „Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami”. Zgodnie z art. 132 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c ustawy o świadczeniach, która może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w dziale VI Ustawy.

Jedną z podstawowych zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest ta określona w art. 134 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z powołanymi wyżej regulacjami Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz 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.

Uprzedzając szczegółowe odniesienie się do zarzutów Odwołującego dotyczących przebiegu postępowania konkursowego nr 08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych w kontekście analizy, czy doszło do naruszenia jego interesu prawnego, należy przede wszystkim wskazać, że istota prowadzonego postępowania administracyjnego skupia się w tym przypadku przede wszystkim na kwestii oceny prawidłowości postępowania komisji konkursowej, która prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych nie wybrała oferty Odwołującego.

Organ na wstępie przypomina, że do skutecznego wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia nie wystarcza samo istnienie interesu prawnego, lecz jest także konieczne wystąpienie uszczerbku w tym interesie na skutek nieprawidłowości przebiegu postępowania. Uszczerbek w interesie prawnym uczestnika postępowania będzie więc występował wtedy, gdy naruszenie przez podmiot

prowadzący postępowanie określonych zasad postępowania spowodowało, że uczestnik postępowania został pozbawiony możliwości zawarcia umowy. Interes prawny świadczeniodawcy należy oceniać przez pryzmat konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez świadczeniodawcę.

Rozpatrując odwołanie wniesione przez Odwołującego Organ dokonał szczegółowej kontroli ofert, które zostały złożone w ramach zakończonego postępowania zarówno w zakresie obejmującym warunki bezwzględnie wymagane, jaki i warunki dodatkowo oceniane. Wyniki tych działań zostały skonfrontowane z oceną dokonaną przez Komisję.

W postępowaniu konkursowym nr 08-26-000039/SOK/11/1/ 11.0000.048.02/01 w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych udział wzięło 4 (słownie: czterech) Oferentów, z których każdy skonfigurował swoją ofertę w sposób indywidualny.

Organ dokonał w niniejszej decyzji skrupulatnej analizy wszystkich punktów przyznanych za poszczególne odpowiedzi ankietowe, mających wpływ na ocenę i wybór oferty, co potwierdza prezentowany powyżej ranking końcowy z podziałem na poszczególne pozycje oferty.

W ocenie Organu, Komisja konkursowa dokonała prawidłowej oceny każdej oferty. W tym stanie rzeczy zarówno ranking początkowy, jaki końcowy został prawidłowo sporządzony.

Stwierdzić należy, iż zgodnie z ideą konkursu, zadaniem Komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia. Oferta Odwołującego nie została wybrana, pomimo, że spełniała wszystkie wymagania formalno-prawne oraz wymogi merytoryczne z uwagi wyczerpaną wartość zamówienia.

Przy czym należy również mieć na uwadze, że konkurs ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to, że oferty niepodlegające odrzuceniu szeregowane są w ramach tzw. listy rankingowej od oferty najkorzystniejszej do oferty z najniższą liczbą punktów. Na końcu rankingu plasowane są oferty z rozbieżnymi statusami. Wyborowi podlegają oferty, które uzyskują określoną liczbę punktów i zawierają zbieżne stanowiska stron co do liczby i ceny świadczeń. Na tym etapie kształtuje się treść umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowanych jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z Oferentami. W przedmiotowym postępowaniu Odwołujący złożył konkretną ofertę, która podlegała ocenie przez Komisję konkursową. Przyczyną niewybrania oferty Odwołującego było uzyskanie przez nią mniejszej liczby punktów w rankingu końcowym tj. o 42,000 pkt. mniej od Oferentów zajmujących ex aequo 1 poz. w rankingu końcowym i 33,491 pkt. mniej od Oferenta plasującego się na 3 poz. w rankingu końcowym.

Decydującym o przewadze ofert wybranych do zawarcia umowy były punkty otrzymane w kryterium jakości, gdzie Odwołujący otrzymał łącznie o 30,000 punktów mniej niż Oferenci na 1 pozycji w rankingu końcowym tj. Promedica Sp. z o. o. oraz Nutrimed Sp. z o.o.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji przywołanej przez Odwołującego w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania konkursowego 08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w sprawie zawarcia na okres od 1 lipca 2026 do 30 czerwca 2031 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych na obszarze województwa opolskiego, wyjaśnić należy co następuje.

Odwołujący w złożonym odwołaniu wskazuje na „*naruszenia przez Komisje art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach polegające na określeniu zasad konkursu w sposób uniemożliwiający zachowanie zasad uczciwej konkurencji i równego traktowania wszystkich Oferentów polegający ustaleniu, że zostaną zawarte tylko 2 umowy, co uniemożliwia dostęp do rynku podmiotom, które nie miały wcześniej zawartej umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, i czyni postępowanie konkursowe pozornym, a przez to nieważnym z uwagi na obejście ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*”. W ocenie Organu zarzut naruszenia zasad uczciwej konkurencji i równego traktowania Oferentów, o których to zasadach mowa w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach, jest całkowicie niezasadny. Należy podkreślić, że zasada uczciwej konkurencji w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie oznacza obowiązku zawarcia umów ze wszystkimi podmiotami biorącymi udział w konkursie, lecz obliuguje do stworzenia jednakowych warunków ubiegania się o zawarcie umowy dla każdego Oferenta.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy, Oferenci są traktowani na równych zasadach, co oznacza prawo do sprawiedliwej oceny wg jednakowych kryteriów oceny ofert, a nie obowiązek zawarcia umowy z każdym Oferentem. Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie zostały określone w ustawie o świadczeniach 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.

Odwołujący 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

Organ stwierdza, że w niniejszym postępowaniu wszyscy uczestnicy podlegali identycznym kryteriom oceny, a ich oferty zostały ocenione przy użyciu tych samych kryteriów.

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 o świadczeniach.

Liczba zawieranych umów jest determinowana przez ogłoszenie o konkursie oraz wartości środków przeznaczonych na dany zakres świadczeń. Ustalenie, że w toku postępowania zostaną zawarte jedynie dwie umowy, stanowi realizację uprawnienia Organu do racjonalnego kształtowania liczby placówek medycznych w oparciu o zidentyfikowane potrzeby zdrowotne. Ponadto, Organ wskazuje, że zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach przyjęte w warunkach konkursu ograniczenie liczby umów do maksymalnie 2 (dwóch) wynikało z analizy potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa opolskiego oraz możliwości finansowych Oddziału NFZ.

Odnosząc się do zarzutu wadliwości procedury i nieważności postępowania z powodu ich rzekomej sprzeczności z przepisami ustawy o świadczeniach, w zakresie ograniczenia liczby zawieranych umów, Organ stwierdza, iż jest on bezzasadny. Zasady prowadzenia postępowania, w tym kryteria oceny ofert i limity kontraktowania, zostały ustalone na podstawie i w granicach obowiązującego prawa, w szczególności w oparciu o akty wykonawcze wydane na podstawie art. 146 ust. 1 oraz art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Informacja o planowanej liczbie umów i maksymalnej wartości przedmiotu zamówienia została podana do publicznej wiadomości w ogłoszeniu o konkursie ofert nr 08-26-000039/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 z dnia 20 lutego 2026 r. Tym samym, już w momencie przystąpienia do postępowania, Odwołujący posiadał pełną wiedzę o jego warunkach oraz o tym, że status Oferenta nie gwarantuje zawarcia umowy, a jedynie udział w procedurze konkurencyjnej.

Twierdzenie Odwołującego o nieważności całego postępowania konkursowego (w tym czynności ogłoszenia postępowania) i to ze względu na brzmienie art. 58 § 1 ustawy – Kodeks cywilny (dalej: k.c.) należy uznać za nieuprawnione z kilku przyczyn. Po pierwsze zgodnie z § 10 ust. 2 i 5 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.:

2. Komisja konkursowa dokonuje oceny prawidłowości ogłoszenia o postępowaniu.

5. W przypadku stwierdzenia przez komisję konkursową prawidłowości ogłoszenia o postępowaniu komisja ta ogłasza obecnym Oferentom lub innym uczestnikom informację o liczbie złożonych ofert oraz otwiera koperty lub paczki z ofertami.

W treści ogłoszenia o postępowaniu wskazano wprost datę otwarcia ofert – 11 marca 2026 r. i data ta została zachowana. Odwołujący miał zatem pełne prawo obecności na tymże posiedzeniu komisji i z tego prawa skorzystał. Komisja stwierdziła, że ogłoszenie o postępowaniu było prawidłowe, co stanowiło czynność Komisji. Na samo ogłoszenie Organu o postępowaniu żaden środek odwoławczy nie przysługuje, co wynika z charakteru tej czynności. Jakkolwiek, zgodnie z art. 153 ust. 1 ustawy o świadczeniach: W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć

do Komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności. Oferent, który twierdzi, że dostrzega nieprawidłowości, a wręcz nieważność w postępowaniu konkursowym i w jego ogłoszeniu, miał pełne prawo i możliwość do oprostowania czynności komisji, która stwierdziła prawidłowość tegoż ogłoszenia zawierającego m.in. treść dotyczącą maksymalnej liczby umów. Taki protest jednak w ciągu całego postępowania nie wpłynął, a odwołujący finalnie nawet prowadził negocjacje z komisją, dotyczące potencjalnego kontraktu. Aktualnie zatem wskazywanie, że całe postępowanie nacechowane jest nieważnością, w sytuacji gdy w żaden sposób odwołujący nie notyfikował tego na jakimkolwiek wcześniejszym etapie, w ocenie Organu czyni to twierdzenie pozbawionym podstaw. Po drugie zaś, twierdzenie o spełnieniu przesłanek z art. 58 § 1 k.c. należałoby przefiltrować przez tę normę, która brzmi następująco:

Czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy.

Zgodnie z poglądami ujawnionymi w doktrynie:

"Sprzeczność" z ustawą nie ogranicza się jedynie do sprzeczności z konkretnymi przepisami, ale dotyczy również norm dekodowanych z tych przepisów w drodze wykładni. Pod pojęciem sprzeczności czynności prawnej z ustawą rozumieć należy niezgodność treści stosunku prawnego, jaki powstać ma w wyniku dokonania czynności prawnej, z dyspozycją obowiązującej normy prawnej w zakresie objętym hipotezą tej normy. W celu zbadania, czy czynność jest zgodna z prawem (i zasadami współżycia społecznego), należy porównać treść czynności - czyli prawa i obowiązki stron stosunku prawnego powstałego w wyniku dokonania tej czynności - z normami prawnymi.

Treść stosunku prawnego wyznaczana jest przez oświadczenia woli stron tego stosunku oraz ustalone zwyczaje i zasady współżycia społecznego (art. 56 KC). Elementy treści stosunku prawnego wynikające z ustawy, ustalonych zwyczajów i zasad współżycia społecznego nie mogą być sprzeczne z prawem. Oznacza to, że w celu stwierdzenia zgodności lub sprzeczności treści czynności z normami prawnymi badaniu poddać należy treść oświadczenia (oświadczeń) woli stron dokonujących czynności."

[P. Sobolewski [w:] W. Borysiak (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, wyd. 34, 2025, art. 58.]

Odwołujący jednak w zarzucie wskazał bardzo ogólnie na nieważność całego postępowania konkursowego ze względu na obejście ustawy o świadczeniach. W zarzucie tym nawet nie wskazano konkretnej normy ustawy o świadczeniach, a także konkretnych czynności prawnych, które miałyby wypełniać hipotezę tej normy. W konkretyzacji tego zarzutu dodano, że samo ogłoszenie o konkursie również jest nieważne, lecz przypomnieć należy, że nieważnością nacechowane mogą być czynności prawne, a niepodobna uznać jakoby ogłoszenie to stanowiło desygnat tego pojęcia. Pomocniczo można tu przywołać art. 71 k.c., a konkretniej poglądy doktryny w kontekście tej normy:

„Ogłoszenia, reklamy, cenniki i inne informacje, skierowane do ogółu lub do poszczególnych osób, poczytuje się w razie wątpliwości nie za ofertę, lecz za zaproszenie do zawarcia umowy.

Należy podkreślić, że istotne znaczenie przepisu ogranicza się do rozstrzygnięcia wątpliwości interpretacyjnych co do stanowczego (wiążącego) lub niestanowczego charakteru oświadczenia. Przepis nakazuje uznać, że opisane w nim zachowania nie są oświadczeniami woli. Nie zmierzają one do wywołania skutku prawnego, a przede wszystkim nie powodują stanu związania ani nie rodzą obowiązku zawarcia umowy w wypadku złożenia przez adresata oferty lub podjęcia negocjacji. Do oświadczeń tego rodzaju (jeżeli mają oznaczonych adresatów) można stosować przez analogię art. 61 § 1 zd. 1 i § 2 KC, nie mają natomiast do nich zastosowania pozostałe przepisy odnoszące się do czynności prawnych (dotyczące zdolności do czynności prawnych, wad oświadczeń woli itd.). W szczególności składający takie oświadczenie może je w każdym czasie odwołać.”

[Art. 71 KC red. Gniewek/Machnikowski 2025, wyd. 12/Piotr Machnikowski]

Organ ogłasza o postępowaniu, a świadczeniodawcy mają możliwość złożenia oferty, którą następnie są związani. Niepodobna doszukać się w samym ogłoszeniu jakiegokolwiek oświadczenia woli Organu. Ogłoszenie to stanowi zaproszenie do składania ofert, a zapraszający Organ zastrzega nadto sobie prawo do odwołania postępowania do dnia składania ofert, przedłużenia terminu składania ofert, zmiany terminu otwarcia ofert lub zmiany terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania. Świadczeniodawcy składający oferty mają świadomość powyższego, gdyż akceptują warunki konkursu wraz ze złożeniem tejże oferty. Skoro zatem samo ogłoszenie nie zawiera oświadczenia woli i nie stosuje się do niego przepisów dotyczących czynności prawnych, to niepodobna uznać jakoby ogłoszenie to mogło być sprzeczne z art. 58 § 1 k.c. Organ nie może zatem stwierdzić nieważności tego ogłoszenia, czy też z tego względu unieważnić postępowanie konkursowe w oparciu o art. 58 § 1 k.c. Ustawodawca klarownie rozstrzygnął jaki skutek może mieć wniesione odwołanie, jeśli zostałyby uwzględnione. Przypomnieć należy, że ustawa o świadczeniach szczegółowo opisuje postępowanie konkursowe, a ustawodawca wprowadził do porządku prawnego normy to regulujące. Zgodnie z art. 154 ust. 7 ustawy o świadczeniach:

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

Sam wniosek Odwołującego w tym zakresie już zatem a priori nie mógł odnieść oczekiwanego skutku, choć skutek ten nie mógł być osiągnięty także z przyczyn opisanych powyżej.

Kontynuując, w odwołaniu wskazuje się, że liczba maksymalna zawartych po postępowaniu umów była w ocenie odwołującego nieprawidłowa i miała wręcz uniemożliwić mu zawarcie umowy a priori. Jakkolwiek, Odwołujący nie oprotestował jakiegokolwiek czynności Komisji, o czym mowa była

wcześniej, a ponadto to Organ decyduje o maksymalnej do zawarcia liczbie umów, co wprost wynika z norm prawa, a także z aktualnego orzecznictwa:

„Poza ogólnymi, wyżej opisanymi zasadami postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej istotnym aktem jest 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. z 2020 r. poz. 1858 ze zm.), wydane na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 139 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.).

Na podstawie § 3 ust. 1. ww. rozporządzenia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej "Prezesem Funduszu", albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej "dyrektorem oddziału", zamieszcza ogłoszenie o postępowaniu odpowiednio na stronie internetowej centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanej dalej "centralą Funduszu", albo oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "oddziałem".

Ogłoszenie o postępowaniu w trybie konkursu ofert zawiera określone w pkt 1 -12 elementy (§ 3 ust. 2). Zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 5 ww. rozporządzenia jednym z elementów takiego ogłoszenia jest określenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej "umowami", które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. Istotne - z perspektywy zarzutu strony skarżącej - jest "określenie maksymalnej liczby umów".

Brak jest podstaw do uznania zasadności zarzutu strony skarżącej wskazującej na naruszenie przez Organ wzorca normatywnego zawartego w § 3 ust. 2 pkt 5 ww. rozporządzenia. Przepis ten nakłada obowiązek zawarcia w ogłoszeniu o postępowaniu w trybie konkursu ofert określenia "maksymalnej liczby umów".

Zgodnie z treścią ogłoszenia o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, Kod postępowania (...) jednoznacznie wynika, że:

"Maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania: 5.

Maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rozumie się jako maksymalna liczba odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń określonych w ofertach, które zostaną wybrane w wyniku postępowania, z wyłączeniem świadczeń opieki kompleksowej/koordynowanej, dla której należy podać maksymalną liczbę Oferentów, z którymi zostaną zawarte umowy o udzielanie świadczeń oraz z wyłączeniem programów lekowych, dla których należy podać maksymalną liczbę miejsc udzielania świadczeń, które zostaną wybrane w wyniku tego postępowania."

Maksymalna liczba umów oznacza więc największą liczbę umów, które mogą zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania konkursowego. Jednakże przepis § 3 ust. 2 pkt 5 ww. rozporządzenia nakłada na Organ wyłącznie obowiązek określenia górnej granicy tj. maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W kontrolowanej judykacyjnie sprawie liczba ta może wynosić więc pięć umów; jednakże może być mniejsza niż pięć umów. Dokonując analizy powyższego przepisu rozporządzenia należy też mieć na uwadze podstawowe założenia ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wyżej opisane zasady procedury konkursowej, a także okoliczność, że umowy te są zawierane w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, a ich źródłem finansowania są środki publiczne.

Wskazać też należy, że Organ dokonując analizy legalności przeprowadzenia procedury konkursowej zobowiązany jest stosować identyczne kryteria wobec wszystkich Oferentów. Ocena ta została w sposób prawidłowy dokonana i opisana w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji. W stosunku do każdego z Oferentów zastosowane zostały tożsame kryteria oceny ofert tj. cena, kompleksowość, dostępność, ciągłość. Także oferta strony, jak i pozostałych Oferentów, biorąc pod uwagę wszystkie kryteria oceny ofert, została w omawianej procedurze oceniona"

[Wyrok WSA w Poznaniu z 04.11.2025 r., III SA/Po 334/25, Legalis nr 3284761.]

W powyższym orzeczeniu WSA klarownie wskazał normy, z których wynika wskazanie przez Organ maksymalnej wartości umów i jak należy dekodować to pojęcie. WSA nadmienił także przy okazji zagadnienie równego traktowania Oferentów, co również jest istotne w niniejszym postępowaniu. W kolejnym prawomocnym orzeczeniu wskazano zaś wprost na to, że to Organ dyktuje maksymalną liczbę umów do zawarcia:

„Należy zaznaczyć, że to Oddział Wojewódzki NFZ decyduje, jaka liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostanie zawarta. Organ był zatem uprawniony do ustalenia, że w postępowaniu konkursowym zostanie zawartych 6 umów, chcąc w ten sposób zapewnić jak najlepszą dostępność do świadczeń na danym obszarze. Obowiązek zapewnienia pacjentom jak najlepszego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z treści art. 6 i art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy.”

[Wyrok WSA w Opolu z 6 listopada 2025 r. I SA/Op 632/25]

Oferent składając ofertę musiał wziąć pod uwagę to, że potencjalnie oferty mogą złożyć także inni świadczeniodawcy i możliwe jest, że finalnie umowa z nim zawarta nie zostanie. Na tym polega tryb konkursowy, z czym godzi się każdy z Oferentów. Komisja w żaden sposób nie naruszyła norm dotyczących postępowania konkursowego w tym zakresie, a sam Organ dokonujący takiego ogłoszenia, również działał w oparciu o normy prawne.

Organ tym samym stwierdza, że zarzut „pozorności” konkursu jest bezzasadny, gdyż liczba umów wynika z analizy potrzeb zdrowotnych, do których określenia Fundusz jest uprawniony zgodnie z powołanym wyżej orzecznictwem i normami w nim ujawnionymi.

Odnosząc się do zarzutu pozbawienia pacjentów możliwości korzystania ze świadczeń nowych Oferentów konkurujących na rynku jakością, Organ stwierdza, że zarzut o pozbawieniu pacjentów praw do korzystania ze świadczeń nowego Oferenta jest bezzasadny. Pacjent ma prawo do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, a NFZ zabezpieczył te potrzeby u podmiotów, które wygrały konkurs. Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia nie oznacza prawa do leczenia u konkretnego, nowo powstałego świadczeniodawcy, jeśli zapotrzebowanie na świadczenia jest zabezpieczone. Ograniczenie liczby umów do zawarcia wynika z możliwości finansowych Oddziału oraz planów zakupu świadczeń, a nie z chęci dyskryminacji nowych podmiotów.

Odnosząc się do zarzutu nieadekwatnego dysponowania środkami publicznymi poprzez udaremnienie możliwości zakupu świadczeń w niższej cenie, co pozwoliłoby na zakup większej liczby świadczeń w niższej cenie, wskazać należy, że wydatkowanie środków publicznych w obszarze ochrony zdrowia wymaga zachowania najwyższych standardów bezpieczeństwa pacjenta. Wybór ofert wyżej ocenionych merytorycznie, mimo ich wyższej ceny, jest działaniem w pełni uzasadnionym interesem społecznym. Wyższe kompetencje personelu wskazanego do realizacji umowy wybranych Oferentów gwarantują wyższą efektywność leczniczą. Najniższa cena świadczeń opieki zdrowotnej nie jest wyłączną lub główną podstawą wyboru oferty w systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w tym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Choć cena jest jednym z elementów branych pod uwagę, kluczowe są inne kryteria związane z jakością, zakresem i dostępnością świadczeń, które miały większy wpływ na ostateczny wybór oferty w rankingu końcowym. W ocenie Organu, zakup świadczeń o niższych parametrach jakościowych – motywowany wyłącznie oszczędnością finansową – stanowiłby naruszenie konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej o należytym standardzie i mógłby prowadzić do nieuzasadnionego ryzyka medycznego po stronie pacjentów.

Wyłonienie do zawarcia umowy tych Oferentów, którzy uzyskali najwyższą punktację w rankingu, jest istotą mechanizmu konkurencyjnego i stanowi realizację ustawowego obowiązku wyboru ofert najkorzystniejszych pod względem jakości, dostępności i ceny, co w żadnym stopniu nie narusza równowagi rynkowej ani interesów Odwołującego.

NFZ nie ma obowiązku zapewnienia kontraktu każdemu podmiotowi na rynku, lecz ma obowiązek wyłonienia tych, którzy gwarantują najwyższą jakość świadczeń.

O braku naruszenia zasad konkurencji oraz obiektywnie rozstrzygnięcia świadczy ostateczne zestawienie rankingowe ofert. W toku postępowania ofertę Odwołującego oceniono na 29,500 pkt, co uplasowało go na 4 (czwartym) miejscu w rankingu. Oferty, które wskazano do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych, uzyskały ex aequo po 71,500 pkt. w tym 70,000 pkt. za kryteria niecenowe i 1,500 punktu za kryterium ceny. Różnica punktowa wynosząca 42,000 pkt względem Oferentów zajmujących ex aequo pierwszą pozycję w rankingu końcowym jednoznacznie wskazuje, że oferta Odwołującego była obiektywnie mniej korzystna w świetle przyjętych kryteriów wyboru ofert.

Wobec powyższego, wskazanie do zawarcia umowy jedynie dwóch najwyżej ocenionych podmiotów było w pełni uzasadnione i wynikało z dbałości o najwyższą jakość świadczeń dostępnych w ramach wskazanej w ogłoszeniu wartości zamówienia.

Wybór świadczeniodawców odbywa się według rankingu utworzonego na podstawie obiektywnych kryteriów (jakość, kompleksowość, dostępność, cena). Jeśli oferta nowego Oferenta nie znalazła się w grupie ofert wskazanych do zawarcia umowy, oznacza to, że inne podmioty zaoferowały lepsze warunki realizacji świadczeń dla ogółu ubezpieczonych.

Odwołujący był oceniany według tych samych zasad punktowych co pozostali. Przyznanie mu umowy wyłącznie ze względu na niższą cenę, z pominięciem rankingu jakościowego, stanowiłoby naruszenie zasady równego traktowania i byłoby podstawą do protestów ze strony podmiotów, które zainwestowały w wyższy standard usług.

Organ podkreśla, iż zgodnie z art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Komisja Konkursowa dokonuje wyboru oferty najkorzystniejszej uwzględniając kryteria w tej normie opisane, a nie wyłącznie najtańszej. W przedmiotowym postępowaniu Odwołujący zaproponował cenę jednostkową na poziomie ceny oczekiwanej przez Zamawiającego i nie zmienił jej także w trakcie negocjacji, podobnie jak Oferenci wybrani do zawarcia umowy, jednakże w rankingu uzyskał znacznie niższą punktację w kryteriach jakościowych, w szczególności w kryterium jakości w kategorii - personel, w którym Odwołujący otrzymał 8,000 pkt, natomiast pozostali Oferenci uzyskali po 41,000 pkt.

Fundusz dokonuje wyboru ofert w liczbie zapewniającej należyte zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych na danym terenie. Dyrektor Oddziału NFZ posiada uprawnienie do określenia maksymalnej liczby umów oraz wartości i przedmiotu zamówienia w oparciu o plan zakupu świadczeń. W niniejszym postępowaniu uznano, że dwie wybrane oferty w pełni wyczerpują zapotrzebowanie na świadczenia na obszarze województwa opolskiego, a ich potencjał gwarantuje dostępność opieki, co zresztą konweniowało z liczbą maksymalnych do zawarcia umów wskazaną w ogłoszeniu. Oferta odwołującego się została oceniona jako mniej korzystna niż oferty wybrane, co uzasadniało wybór dwóch najkorzystniejszych ofert.

Nawet gdyby Organ podzielił subiektywne przekonanie Odwołującego o wysokiej jakości jego usług, nie zmienia to faktu, że w rankingu końcowym znalazły się dwa podmioty, które uzyskały wyższą punktację końcową. Przy ustalonym limicie dwóch umów, zgodnie z zasadą równego traktowania, Fundusz miał obowiązek zawrzeć umowy z podmiotami z najwyższych miejsc rankingu. Odwołujący, zajmując dalszą pozycję, nie wykazał, aby wybrani świadczeniodawcy nie spełniali wymogów, a tym samym nie udowodnił, że jego interes prawny w uzyskaniu kontraktu został naruszony. Niższa punktacja Odwołującego w obszarze „jakości” jednoznacznie wskazuje, że wybrani Oferenci gwarantują pacjentom wyższy standard opieki medycznej.

Punkty w kryterium jakości przyznawane są na podstawie ściśle zdefiniowanych parametrów. Odwołujący w toku postępowania nie przedstawił dokumentów potwierdzających wyższą jakość

niż Oferenci wybrani, a Komisja Konkursowa dokonała oceny na podstawie złożonych oświadczeń i dokumentów, które są wiążące.

Odnosząc się do kwestii *zapewnienia jednolitych standardów oceny w kryterium „ciągłość udzielanych świadczeń” - by nie faworyzować podmiotów już realizujących świadczenia wyłącznie z uwagi na kontynuację, jeśli nowi Oferenci spełniają wszystkie wymagania w równym lub lepszym stopniu*, Organ podkreśla, że wszyscy uczestnicy postępowania mieli możliwość zapoznania się ze szczegółowymi materiałami informacyjnymi dotyczącymi postępowania konkursowego przed złożeniem ofert, w tym w sprawie określenia kryteriów oceny ofert. Zgodnie z art. 147 Ustawy o świadczeniach, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców nie uległy zmianie w toku postępowania oraz były stosowane w sposób jednakowy wobec wszystkich świadczeniodawców.

W tym miejscu wskazać należy, że ustawodawca ocenę kryterium "ciągłości" wiąże z ograniczeniem ryzyka przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów. Zatem ma na uwadze dobro pacjentów. Wagę tego interesu pacjentów trzeba uznać za proporcjonalną do pewnego uprzywilejowania świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej już świadczących te usługi.

Organ wyjaśnia, że punkty za kryterium „ciągłość”, przyznawane są za czas nieprzerwanej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe premiuje Oferentów już realizujących na danym obszarze kontraktowania proces udzielania świadczeń odpowiednio do czasu jego trwania. Większa liczba punktów rankingujących przyznawana jest tym Oferentom, którzy od dłuższego czasu zapewniają prawidłową organizację i kontynuację udzielania świadczeń na danym terenie. Należy wskazać, że Odwołujący się był „nowym” Oferentem nie realizującym na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu, dlatego nie mógł otrzymać punktów w kryterium „ciągłość”, ponieważ w dniu złożenia oferty Oferent nie realizował przedmiotowych świadczeń, co nie jest sporne.

Kryterium to nagradza oferty Oferentów realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bowiem każda zmiana Oferenta udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Oferta nowego Oferenta powinna zatem być lepsza, aby uzasadniać związane z jej wyborem zmiany. Potwierdza to także orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 9 sierpnia 2017 r. (sygn. II GSK 3333/15) w którym stwierdza, że *„kryterium ciągłości nie dyskryminuje przedsiębiorców działających na rynku usług medycznych. Szansą na wejście nowych podmiotów na rynek medyczny jest obniżenie ceny i podwyższenie jakości udzielanego świadczenia. W innym przypadku nie ma potrzeby zmiany Oferenta”*.

Wskazania również wymaga, że żaden przepis Ustawy, bądź innych przepisów konkursowych nie wyłącza stosowania kryterium ciągłości w ocenie ofert, zatem komisja jest zobowiązana do oceny

ofert w oparciu także o to kryterium, a system konkursowy automatycznie zlicza punkty za każde kryterium zgodnie z danymi zamieszczonymi w ofertach. Strata Odwołującego w kryterium ciągłości w zakresie liczby punktów wyniosła – 10,000 pkt, co jednocześnie oznacza, że nawet gdyby tę ciągłość posiadał, to i tak zająłby ostatnie miejsce w rankingu.

Prawidłowość stosowania kryterium ciągłości, a także odpowiednie rozumienie zasad równego traktowania wynika także z dalszego orzecznictwa:

„Naruszenie zasady równego traktowania, nastąpiłoby gdyby stosowano do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączono stosowanie określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców.

Kryterium ciągłości będzie premiować oferty świadczeniodawców realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Bowiem każda zmiana świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Zatem oferta nowego świadczeniodawcy powinna być lepsza, aby uzasadniać związane z jej wyborem zmiany. Kryterium ciągłości nie dyskryminuje przedsiębiorców działających na rynku usług medycznych. Szansą na wejście nowych podmiotów na rynek medyczny jest obniżenie ceny i podwyższenie jakości udzielanego świadczenia. W innym przypadku nie ma potrzeby zmiany Oferenta.”

[Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 23 stycznia 2024 r. III SA/Kr 1364/23]

Trudno zatem uznać, żeby kryterium ciągłości mogło być w jakiś sposób dyskryminujące samo w sobie. Niepodobna także przyjąć jakoby komisja konkursowa oceniała Oferentów w sposób nierówny. Było wręcz przeciwnie, gdyż stosowano te same wymogi względem każdego z Oferentów. Zgodnie z kolejnym poglądem ujawnionym w judykaturze:

„Zasadę równego traktowania Oferentów i zapewnienia zachowania uczciwej konkurencji należy więc rozumieć jako generalny nakaz stworzenia jednakowych możliwości udziału w konkursie, w tym pozyskiwania informacji dotyczących postępowania konkursowego, warunków jego przeprowadzania, dostępu do informacji ze strony Organu, a także zastosowanie jednakowych kryteriów i metod oceny składanych ofert, zapewnienie jednakowych warunków udziału w negocjacjach itp. Inaczej rzecz ujmując zasada równego traktowania wymaga, by wszystkie podmioty prawa charakteryzujące się daną cechą istotną w równym stopniu, były traktowane równo, tj. bez zróżnicowań zarówno faworyzujących, jak i dyskryminujących.”

[Wyrok WSA w Gliwicach z 16.06.2020 r., III SA/GI 873/19, Legalis nr 2418902.]

Odwołujący doszukując się naruszenia równego traktowania powoływał także art. 32 Konstytucji RP. Jakkolwiek, jego oferta różniła się od ofert podmiotów, które ostatecznie zostały wybrane w

konkursie, więc nie miały one takich samych cech istotnych. Zgodnie z poglądem ujawnionym w doktrynie:

„W doktrynie wskazuje się, że równość dwóch lub więcej podmiotów polega na ich przynależności do co najmniej jednej i tej samej klasy, wyróżnionej ze względu na określoną cechę istotną (W. Sadurski, *Równość wobec prawa*, s. 52; zob. też poglądy doktryny, które wskazuje J.B. Falski, *Konstytucyjna zasada równości*, s. 95-98). Wyprowadza się stąd ogólną normę polegającą na tym, że podmioty znajdujące się w podobnej sytuacji powinny być traktowane w sposób podobny, a podmioty znajdujące się w sytuacji odmiennej w sposób odmienny. W art. 32 ust. 1 Konstytucji RP chodzi więc o równe traktowanie podmiotów znajdujących się w tej samej sytuacji prawnej [zob. uchw. SN(7) z 16.3.2000 r., I KZP 56/99, OSNKW 2000, Nr 3-4, poz. 19].

Definicja zasady równości w orzecznictwie TK. W orzecznictwie TK przyjmuje się, że zasada równości "polega na tym, że wszystkie podmioty prawa (adresaci norm prawnych), charakteryzujące się daną cechą istotną (relewantną) w równym stopniu, mają być traktowane równo, a więc według jednakowej miary, bez zróżnicowań zarówno dyskryminujących, jak i faworyzujących (...)" (tak uzas. orzec. TK z 9.3.1988 r., U 7/87, OTK 1988, Nr 1, poz. 1; a następnie orzec. TK z 20.12.1994 r., K 8/94, OTK 1994, Nr 1, poz. 43). Formuła ta była i jest powszechnie przyjmowana w dalszych orzeczeniach TK, w tym została w nim przyjęta także po wejściu w życie Konstytucji RP (...)"

[W. Borysiak, L. Bosek [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, wyd. 1, 2016, art. 32, Nb 63–64.]

Nie mogło zatem dojść do naruszenia tej normy, a to dlatego, że Oferenci i ich oferty różnili się relewantnymi cechami, występując w konkursie opierającym się o jednakowe dla wszystkich kryteria. Twierdzenie jakoby żaden podmiot w tak ukształtowanym konkursie nie miał szans na konkurowanie z Oferentami, którzy finalnie zostali wybrani, również jest nieprawidłowe. Nie da się wszak wykluczyć sytuacji, w której Oferent nieposiadający punktów za ciągłość, zdobędzie więcej punktów w innych kategoriach i finalnie uplasuje się na pozycji wyższej. Przypomnieć należy, że w niniejszej sprawie odwołujący nawet nie uwzględniając kategorii ciągłości, nie uzyskałby wyniku punktowego pozwalającego mu na zajęcie wyższej pozycji w rankingu.

Fakt, iż Odwołujący nie przedstawił oferty konkurencyjnej w stopniu pozwalającym na wyprzedzenie innych podmiotów w rankingu, nie świadczy o wadliwości zasad konkursu, lecz jest wynikiem swobodnej rywalizacji rynkowej.

Należy mieć na uwadze, że konkurs ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to, że oferty niepodlegające odrzuceniu szeregowane są w ramach tzw. listy rankingowej od oferty najkorzystniejszej do oferty z najniższą liczbą punktów. Wyborowi podlegają oferty, które uzyskują określoną liczbę punktów i zawierają zbieżne stanowiska stron co do liczby i ceny świadczeń. Na tym etapie kształtuje się treść umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przypomnieć jednak należy, że brak jest obligatoryjności zawarcia umowy nawet przy zbieżnym ustaleniu ceny i ilości świadczeń i wynika

to wprost z formularzy protokołów negocjacyjnych, a treść tychże protokołów stanowi odzwierciedlenie § 15 ust. 7 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. Innymi słowy, Oferenci składający ofertę i akceptujący powszechnie obowiązujące normy dotyczące postępowania konkursowego, mają świadomość, że nawet pomimo ustalenia ceny i liczby planowanych świadczeń, Fundusz nie ma obowiązku zawarcia z nimi umowy.

Organ przypomina, iż o wysokości punktów za pytania ankietowe nie decyduje Komisja, a wynikają one wprost z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto wskazać należy, że zgodnie z § 5 ust. 1 ww. rozporządzenia Oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej. Powyższe oznacza, że komisja konkursowa nie mogła faworyzować i nie faworyzowała wygranych Oferentów, po prostu złożone przez nich oferty były lepsze od oferty Odwołującego i dlatego zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym postępowaniu.

Biorąc pod uwagę powyższe należy wskazać, że Komisja dokonała oceny ofert mając na uwadze równe traktowanie wszystkich Oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadziła postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Organ nie znalazł podstaw do stwierdzenia, że interes prawny Odwołującego się został naruszony, ponieważ jego oferta została oceniona zgodnie z danymi, zasobami personalnymi, sprzętowymi wykazanymi przez samego Odwołującego. Wg takich samych zasad, kryteriów oraz punktacji zostały cenione oferty stron wybranych do zawarcia umowy. Wyłącznie odpowiedzialnością Odwołującego jest to, że nie zadbał o przygotowanie oferty, która mogłaby konkurować z pozostałymi Oferentami o uzyskanie kontraktu.

Organ odniósł się powyżej do wszystkich elementów kwestionowanych przez Odwołującego. Organ zbadał wszystkie okoliczności istotne dla prawidłowego i pełnego rozstrzygnięcia oraz dokonał oceny dowodów, z uwzględnieniem wszystkich twierdzeń i zarzutów. Organ ustalił w sposób jednoznaczny, że nie doszło do naruszenia zasady równego traktowania Oferentów biorących udział w postępowaniu. Organ wskazuje jednoznacznie, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich Oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania. Ocena ofert odbywała się na podstawie jasno określonych kryteriów

Postępowanie Komisji, ze względu na ocenianie ofert w systemie informatycznym należy uznać za prawidłowe mając na uwadze określony w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach obowiązek

równego traktowania świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy oraz prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Również względem innych Oferentów dokonywano weryfikacji udzielonych odpowiedzi i następowało odpowiednie przyporządkowanie punktów w oparciu o złożone wyjaśnienia.

Odnosząc się do zarzutu wskazanego przez Odwołującego w uzupełnieniu do odwołania dotyczącego rzekomego niespełnienia przez firmę Nutrimed sp. z o.o. warunku wskazanego w poz. lp. 4 ppkt.5 pozostałe wymagania załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej należy uznać całkowicie za bezzasadny i stojący w sprzeczności ze zgromadzonym w sprawie materiałem dowodowym. Odwołujący błędnie twierdzi, że zakres współpracy z placówkami szpitalnymi ogranicza się wyłącznie do stanów nagłych i nie zapewnia hospitalizacji w przypadku innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym.

Należy wskazać, że Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu jako placówka wieloprofilowa o najwyższym stopniu referencyjności posiadająca wszelkie zasoby do leczenia powikłań związanych z żywieniem gwarantuje pacjentom Nutrimed sp. z o.o. ciągłość opieki i bezpieczeństwo w każdym przypadku wymagającym pilnej interwencji szpitalnej.

Ponadto Odwołujący błędnie utożsamia spełnienie przedmiotowego warunku wyłącznie z treścią jednej umowy zawartej z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Opolu.

Tymczasem analiza oferty Nutrimed Sp. z o. wykazała, że Oferent posiada wielopoziomowe i kompleksowe zabezpieczenie hospitalizacji swoich podopiecznych (zarówno dorosłych, jak i dzieci), zawarte z wyspecjalizowanymi placówkami medycznymi, które zapewniają możliwość hospitalizacji pacjentów w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego, pozostających w związku z leczeniem żywieniowym. Złożona dokumentacja obejmuje:

1. umowę nr 19/SPM/2018 z dnia 20.12.2018 r. (aneksowaną na czas nieokreślony) zawartą z Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu. W umowie tej szpital wyraził gotowość współpracy w zakresie hospitalizacji podopiecznych w momencie włączenia do leczenia oraz wystąpienia powikłań. Ponadto umowa w kształcie prawnym z aneksu z dnia 13.02.2026 r. zawiera przyjęcie przez szpital obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych obejmujących pacjentów skierowanych przez Nutrimed Sp. z o.o. w celu zapewnienia prawidłowości leczenia żywieniowego i ciągłości postępowania.
2. porozumienie z dnia 13.10.2017 r. zawarte z wysokospecjalistyczną ogólnokrajową placówką pediatryczną: Instytutem „Pomnik” – Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, mające na celu zapewnienie najmłodszym pacjentom prawidłowości leczenia żywieniowego i ciągłości postępowania szpitalnego.

W obu wskazanych dokumentach (zarówno w aneksie z dnia 13.02.2026 r. z SP ZOZ MSWiA w Opolu, jak i w porozumieniu z Instytutem „Pomnik” – CZD) placówki medyczne jednoznacznie oświadczyły, że obejmą opieką szpitalną kierowanych przez Nutrimed Sp. z o.o. pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem:

- a) dobrania odpowiedniego programu domowego żywienia dojelitowego,
- b) wytwarzania permanentnego dostępu do przewodu pokarmowego,
- c) ustalenia lub zmodyfikowania leczenia choroby podstawowej i chorób towarzyszących – odpowiednio do zaburzeń wchłaniania i programu żywienia,
- d) niezbędnej diagnostyki w razie podejrzenia wystąpienia powikłań żywienia dojelitowego
- e) diagnostyki i leczenia innej choroby wymagającej doraźnej hospitalizacji uniemożliwiającej prowadzenie żywienia dojelitowego w warunkach domowych.

Powyższe zapisy w sposób precyzyjny i bezwarunkowy odpowiadają wszystkim wymogom określonym we właściwym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Zabezpieczają one pacjentów w każdym możliwym scenariuszu klinicznym: od rutynowego wdrożenia i modyfikacji programu żywienia, przez wytwarzanie stałych dostępu, aż po diagnostykę powikłań czy doraźną hospitalizację.

Twierdzenie Odwołującego, że zakres zapewnianej opieki jest niewystarczający lub ogranicza się jedynie do stanów nagłych, jest błędne i wynika z całkowitego pominięcia kluczowej zawartości dokumentacji ofertowej. Całość dokumentacji załączonej do oferty została oceniona przez komisję konkursową jako wystarczająca do potwierdzenia spełnienia wymogów określonych w obowiązujących przepisach. Przedłożone dokumenty nie budziły wątpliwości interpretacyjnych ani faktycznych, które uzasadniałyby zastosowanie procedury wyjaśniającej.

Komisja konkursowa prawidłowo uznała, że Nutrimed Sp. z o.o. w pełni spełnia warunki dostępu w zakresie leczenia szpitalnego. W konsekwencji brak było podstaw zarówno do odrzucenia oferty Nutrimed sp. z o.o. jak i do kierowania do Oferenta wezwania do złożenia dodatkowych wyjaśnień a zarzut Odwołującego jako bezpodstawny podlega nieuwzględnieniu.

Odnosząc się do twierdzenia Odwołującego, jakoby w toku postępowania konkursowego doszło do „istotnego niedopatrzenia” polegającego na dopuszczeniu do etapu negocjacji Oferenta z wadliwą umową podwykonawczą oraz zarzutu, że Komisja konkursowa nie podjęła działań w celu wyjaśnienia rzekomych niezgodności oświadczeń z treścią oferty, należy uznać te argumenty za całkowicie bezzasadne. W polskim prawie zamówień i procedurach konkursowych NFZ, Komisja konkursowa ma uprawnienie oraz obowiązek wzywania Oferentów do składania wyjaśnień wyłącznie w sytuacji, gdy treść oferty jest niejasna, zawiera wewnętrzne sprzeczności lub nasuwa realne i uzasadnione wątpliwości interpretacyjne. W niniejszym postępowaniu taka sytuacja nie miała miejsca. Dokumentacja przedstawiona przez Nutrimed Sp. z o.o. – w tym umowa nr 19/SPM/2018 z SP ZOZ MSWiA w Opolu (aneksowana dnia 13.02.2026 r.) oraz porozumienie z Instytutem „Pomnik” – Centrum Zdrowia Dziecka z dnia 13.10.2017 r. – była w pełni kompletna, jednoznaczna i sformułowana w sposób kategoriyczny. Zapisy tych dokumentów wprost i literalnie

wymieniają pełen katalog procedur medycznych (w tym dobór programów żywienia, wytwarzanie stałych dostępów, diagnostykę i leczenie powikłań czy doraźną hospitalizację), co idealnie pokrywa się z wymaganiami powołanego rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Skoro treść umów podwykonawczych była w pełni zgodna z oświadczeniami Oferenta i bezwzględnie potwierdzała spełnienie warunków, Komisja konkursowa nie miała ani podstaw prawnych, ani faktycznych do wszczynania procedury wyjaśniającej. Wdrażanie takiego postępowania w stosunku do dokumentu, którego treść i skutki prawne są oczywiste, byłoby działaniem bezprzedmiotowym. Prowadziłoby ono wyłącznie do nieuzasadnionego przedłużenia procedury i mogłoby zostać uznane za bezprawne utrudnianie dostępu do rynku. Komisja dopełniła wszelkich należytych starań i prawidłowo oceniła ofertę na etapie dopuszczenia do negocjacji.

Odnosząc się do zarzut zaniechania przez Komisję konkursową wyjaśnienia wątpliwości w zakresie tytułu prawnego do lokalu firmy Promedica sp. z o. o, Organ uznał zarzut za całkowicie bezzasadny. Odwołujący upatruje uchybienia w fakcie, że w załączonej do oferty umowie najmu nie wskazano daty końcowej jej obowiązywania, co zdaniem Odwołującego uniemożliwiło weryfikację ciągłości praw do lokalu. Brak wskazania końcowej daty obowiązywania umowy oznacza co do zasady, że została ona zawarta na czas nieoznaczony. Z samej istoty i definicji umowy zawartej na czas nieokreślony wynika, że nie posiada ona i nie może posiadać wskazanej daty końcowej. Brak takiej daty nie stanowi wady dokumentu. Wręcz przeciwnie – gwarantuje on stały, bezterminowy i ciągły tytuł prawny do władania lokalem od momentu wejścia umowy w życie aż do jej ewentualnego wypowiedzenia w przyszłości. Tym samym sam fakt niewskazania daty końcowej obowiązywania umowy nie może być interpretowany jako brak tytułu prawnego do lokalu ani jako okoliczności wymagające dodatkowych wyjaśnień.

Zgodnie z poglądami ujawnionymi w doktrynie:

„Ograniczenie czasowe trwania stosunku najmu polegać może na ustaleniu terminu końcowego lub wskazaniu przedziału czasu, w którym stosunek ten będzie istnieć. Może on być nawiązany na dowolny przedział czasu (zob. jednak art. 661 KC). Termin końcowy umowy zawartej na czas określony może oznaczać wskazane w niej zdarzenie; jednak tylko takie zdarzenie można traktować jako termin ustania stosunku najmu, którego nastąpienie w przyszłości jest - w ramach rozsądnych ludzkich oczekiwań - oczywiście pewne (wyr. SN z 30.8.1990 r., IV CR 236/90, OSNCP 1991, Nr 10-12, poz. 125). Jeżeli treść umowy najmu nie wskazuje na odmienne porozumienie stron, to przyjęć należy, że umowa została zawarta na czas nieoznaczony. ”

[J. Górecki, G. Matusik [w:] W. Borysiak (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, wyd. 34, 2025, art. 659.]

„Wynajmujący oddaje najemcy przedmiot najmu do używania przez określony czas, który może być albo oznaczony, albo nieoznaczony. Decyduje w tym względzie wola stron umowy, a jeżeli umowa nie wskazuje czasu jej trwania, należy ją uznać za zawartą na czas nieoznaczony. Jak zauważył SN w wyr. z 16.4.2003 r. (II CKN 6/01, OSNC 2004, Nr 7-8, poz. 114): "Brak umownego określenia okresu, na jaki zawarto umowę, z zasady oznaczać będzie zawarcie umowy na czas nieoznaczony, zawarcie natomiast umowy na czas oznaczony wynikać musi z umowy""

[S. Strzelecka [w:] D. Okolski (red.), Umowa o roboty budowlane. Komentarz do przepisów KC. Komentarz [w:] Prawo rynku nieruchomości. Komentarz, wyd. 3, 2024, art. 659, Nb 18.]

Zdaniem Organu Komisja konkursowa prawidłowo oceniła, że dokument ten w pełni potwierdza spełnianie warunku dostępu do lokalu przez cały okres trwania umowy z NFZ. Stan prawny wynikający z dokumentu był jasny, pewny i nie budził żadnych wątpliwości. W związku z tym Komisja nie miała podstaw ani obowiązku wszczynania dodatkowego postępowania wyjaśniającego. Przepisy nakazują Komisji wzywanie do wyjaśnień lub uzupełnień tylko wtedy, gdy treść dokumentu jest niejasna, budzi wątpliwości lub zawiera błędy. W tym przypadku dokument (umowa) był sformułowany w sposób jednoznaczny i w pełni poprawny. Wzywanie Oferenta do składania wyjaśnień w sprawie oczywistego dokumentu, którego treść i skutki prawne są oczywiste, byłoby działaniem bezprzedmiotowym.

W zakresie zarzutu dotyczącego wspólnej struktury właścicielskiej, wspólnej strony internetowej oraz wspólnych kanałów informacyjnych. Odwołujący buduje swój zarzut na fakcie, że spółki Nutrimed sp. z o.o. oraz Promedica sp. z o.o. posiadają wspólnego właściciela, prowadzą wspólną stronę internetową oraz używają wspólnych kanałów informacyjnych. Na tej podstawie wysuwa przypuszczenie, że podmioty te mogą korzystać z tych samych, pokrywających się zasobów, w tym kadrowych, co w ocenie Odwołującego ma świadczyć o naruszeniu zasad uczciwej konkurencji. Organ nie podziela tego stanowiska.

Fakt, że oba podmioty należą do tej samej grupy kapitałowej i prowadzą zintegrowaną politykę marketingowo-informacyjną dla pacjentów (w tym wspólną witrynę internetową czy infolinię), stanowi legalną i powszechną praktykę gospodarczą w strukturach holdingowych. Okoliczności te nie stanowią podstawy do dyskwalifikacji Oferentów.

Istnienie wspólnej infrastruktury marketingowej (strona www, kanały informacyjne) oraz tożsamość właścicielska są naturalną konsekwencją działania w ramach jednej grupy kapitałowej i nie stanowią podstawy prawnej do dyskwalifikacji ofert, o ile zachowana jest odrębność formalna, operacyjna i techniczna podmiotów

Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Zarządzenia Prezesa NFZ w żaden sposób nie zakazują podmiotom powiązanim kapitałowo lub osobowo na składanie samodzielnych, odrębnych ofert w tym samym postępowaniu konkursowym. Przynależność do jednej grupy kapitałowej jest w pełni legalną praktyką rynkową.

Wspólna strona internetowa czy zintegrowane centrum obsługi pacjenta żywionego dojelitowo służą optymalizacji logistycznej i nie mają wpływu na treść merytoryczną kalkulowanych ofert.

Sam fakt przynależności do tej samej grupy kapitałowej nie jest tożsamy z naruszeniem uczciwej konkurencji. Zgodnie z art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawcą jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Każdy z

wybranych Oferentów jest odrębnym przedsiębiorcą, posiada własną podmiotowość prawną i działa na podstawie wpisu do właściwych rejestrów (KRS, RPWDL). Komisja nie posiada podstaw prawnych do negowania podmiotowości prawnej spółek zależnych jedynie na podstawie układu ich struktury właścicielskiej.

W przedmiotowym postępowaniu wszyscy Oferenci podlegali identycznym kryteriom oceny, wynikającym z przepisów prawa oraz Zarządzeń Prezesa NFZ. Oferty podmiotów powiązanych kapitałowo zostały ocenione przez Komisję konkursową w sposób obiektywny, na podstawie złożonych ankiet i oferowanej ceny. Fakt, że podmioty powiązane kapitałowo uzyskały punktację pozwalającą na wybór ich ofert, jest wynikiem posiadania przez nie odpowiednich zasobów, a nie skutkiem działań zmierzających do eliminacji konkurencji.

Bezspornym w przedmiotowej sprawie jest fakt, że Spółki Nutrimed Sp. z o.o. oraz Promedica Sp. z o.o., to dwa różne i co wymaga podkreślenia, niezależne podmioty prawa handlowego. Każda z tych spółek ma nadany odrębny numer KRS, NIP i Regon, a nadto każda z nich zarejestrowana jest w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i posiada odrębny numer rejestrowy. Tym samym każda ze spółek jako odrębna spółka prawa handlowego, a więc odrębny podmiot leczniczy, dysponujący oddzielnym miejscem udzielenia świadczeń, odrębnym personelem oraz sprzętem mogła przystąpić do konkursu ofert (por. wyrok WSA w Łodzi z dnia z dnia 31 maja 2023 r. sygn. akt III SA/Łd 812/22).

Komisja Konkursowa dokonała szczegółowej weryfikacji harmonogramów pracy personelu medycznego zgłoszonego przez obu Oferentów. Wykazano, że osoby wskazane do realizacji świadczeń w poszczególnych placówkach posiadają unikalne profile i nie dochodzi do sytuacji, w której ten sam pracownik realizuje w tych samych godzinach świadczenia dla obu podmiotów. Zasoby kadrowe zostały zabezpieczone w sposób gwarantujący realność i samodzielność wykonania umowy przez każdego z Oferentów z osobna.

Fakt, że Odwołujący nie miał wglądu w pełne dane personelu z uwagi na anonimizację dokumentacji, wynika wprost z obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych (RODO) oraz zasad jawności postępowań w granicach prawa. Nie stanowi to jednak dowodu na uchybienia ze strony Komisji, która dysponowała pełnym, nieanonimizowanym wglądem w te dokumenty i dopełniła obowiązku ich rzetelnego zbadania.

Wskazać należy, że obowiązujące przepisy nie zakazują wykonywania świadczeń przez ten sam personel na rzecz więcej niż jednego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, ani nie ograniczają prawa personelu do deklarowania gotowości udzielania świadczeń w więcej niż jednym podmiocie leczniczym pod warunkiem zapewnienia realnej możliwości realizacji deklarowanych świadczeń oraz przestrzegania norm pracy.

Personel wykazany przez Oferentów złożył stosowne oświadczenia potwierdzające, że czas pracy wynikający ze wszystkich zawartych zobowiązań zawodowych nie przekracza norm, które mogły

by podważać możliwość prawidłowej realizacji świadczeń objętych postępowaniem konkursowym. Komisja konkursowa nie stwierdziła okoliczności wskazujących na nierealność deklarowanego czasu pracy personelu ani innych przesłanek uzasadniających kwestionowanie złożonych oświadczeń.

Specyfika świadczenia „żywienie dojelitowe w warunkach domowych” determinuje odmienny niż w przypadku stacjonarnych poradni sposób konstruowania i oceny harmonogramów pracy personelu. Świadczenie to z definicji polega na wizytach w miejscu zamieszkania pacjenta, monitorowaniu jego stanu oraz zapewnieniu ciągłego kontaktu telefonicznego, a nie na stałej obecności personelu w placówce w określonych godzinach.

Wykazanie tych samych osób w obu podmiotach nie rodzi kolizji prawnej, ponieważ harmonogramy zostały ułożone w sposób umożliwiający płynne i naprzemienne wykonywanie obowiązków co zapewnia pełną realizację.

Przeprowadzona weryfikacja wykazała, że zadeklarowana przez każdego z Oferentów tygodniowa dostępność lekarzy i pielęgniarek gwarantuje zabezpieczenia opieki nad zadeklarowaną grupą pacjentów, realizację programu badań i wizyt zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia. Łączny tygodniowy wymiar czasu pracy przypisany do poszczególnych osób w obu zaskarżonych ofertach, po zsumowaniu, nie przekracza dopuszczalnych norm dobowego i tygodniowego odpoczynku personelu. Personel ten zachowuje pełną rękomię należytego, bezpiecznego i zgodnego z prawem wykonywania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów obu spółek. Przykładowo, maksymalne łączne zaangażowanie pracownika o inicjałach O.S. wynosi 23:00:00 godziny tygodniowo (15h w Promedica sp. z o.o. i 8h w Nutrimed sp. z o.o.), co przy uwzględnieniu specyfiki żywienia dojelitowego w warunkach domowych (wizyty domowe) jest wymiarem w pełni realnym.

W tym konkretnym zakresie świadczeń lekarze i pielęgniarki wykonują wizyty w domach pacjentów, a nie w stacjonarnej poradni. Harmonogramy te z natury rzeczy są elastyczne. Fakt, że personel współpracuje z więcej niż jedną spółką medyczną, jest powszechną i legalną praktyką rynkową, uwarunkowaną deficytem specjalistów (lekarzy pediatrów, anestezjologów). Dopóki system nie wykaże nakładania się godzin pracy, brak jest podstaw do kwestionowania ofert. Organ sporządził zestawienie personelu według nazwisk i imion (inicjały) oraz specjalizacji z wymiarem zatrudnienia, a to w oparciu o dokumentację z postępowania konkursowego.

PROMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ			
N	I	Nazwa specjalności	Tygodniowy wymiar zatrudnienia
B	Z	Lekarz - specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	27:00:00
G	D	Lekarz - specjalista pediatrii	25:00:00
W	P	Lekarz - specjalista chirurgii ogólnej	27:00:00
O	S	Lekarz - specjalista chirurgii ogólnej	15:00:00
I	M	Lekarz - specjalista chirurgii ogólnej	14:00:00
N	Ż	Lekarz - specjalista chirurgii ogólnej	21:00:00
K	K	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej	20:00:00
Ł	D	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa pediatrycznego	14:00:00
L	E	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	7:00:00
T	E	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej	18:00:00
K	D	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej	10:00:00
R	B	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	35:00:00
S	D	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa onkologicznego	7:00:00
R	A	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	9:00:00
P	I	Pielęgniarka	28:00:00
K	A	Pielęgniarka	9:55:00
G	K	Pielęgniarka	10:00:00
C	M	Farmaceuta - specjalista farmacji aptecznej	2:00:00
K	M	Fizjoterapeuta	10:00:00
N	H	Dietetyk	40:00:00
C	M	Psycholog	38:00:00

Nutrimed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością			
N	I	Nazwa specjalności	Tygodniowy wymiar zatrudnienia
M	M	Lekarz - specjalista chirurgii ogólnej	17:58:00
O	S	Lekarz - specjalista chirurgii ogólnej	8:00:00
P	J	Lekarz - specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	14:00:00
K	K	Lekarz - specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	21:00:00
D	M	Lekarz - specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	25:55:00
Ł	M	Lekarz - specjalista anestezjologii i intensywnej terapii	12:00:00
R	I	Lekarz - specjalista pediatrii	21:00:00
N	Ż	Lekarz - specjalista chirurgii ogólnej	7:00:00
R	A	Lekarz - specjalista pediatrii	2:00:00
R	A	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego	20:00:00
G	K	Pielęgniarka	10:00:00
R	A	Pielęgniarka	20:00:00
T	E	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki	18:00:00
G	I	Pielęgniarka	24:55:00
K	A	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa internistycznego (zachowawczego)	22:53:00
K	D	Pielęgniarka	7:00:00
K	M	Pielęgniarka	20:59:00
Ł	D	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa pediatrycznego	4:00:00
K	A	Pielęgniarka	20:00:00
Z	J	Farmaceuta - specjalista farmacji szpitalnej	2:00:00
K	A	Psycholog	38:00:00
K	M	Dietetyk	40:00:00
K	M	Fizjoterapeuta	10:00:00

Weryfikacja bazy technicznej obu podmiotów w systemie informatycznym Funduszu (SZOI/Portal Świadczeniodawcy) w pełni potwierdziła samodzielność operacyjną obu spółek.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że zarówno Oferent Nutrimed sp. z o.o., jak i Oferent Promedica sp. z o.o. wykazali w swoich ofertach odrębne, przypisane wyłącznie do danego podmiotu i zgłoszone w systemie informatycznym (SZOI/Portal Świadczeniodawcy) zasoby sprzętowe spełniające kryteria konkursu. Sprzęt medyczny (w tym pompy, aparaty, osprzęt) zadeklarowane przez jednego Oferenta nie pokrywają się z zasobami sprzętowymi wykazanymi przez drugiego Oferenta. Posiadanie niezależnego zaplecza technicznego przez każdą ze spółek gwarantuje pełną i niezakłóconą realizację świadczeń na rzecz pacjentów w przypadku zawarcia umów z oboma podmiotami.

Za bezzasadne należy również uznać zastrzeżenia dotyczące podwykonawstwa. Przepisy regulujące postępowania konkursowe prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie zakazują zawierania umów podwykonawstwa z tymi samymi podmiotami przez różnych Oferentów. Sam fakt wystąpienia tego samego podwykonawcy w ofertach różnych świadczeniodawców nie świadczy o niespełnieniu warunków udziału w postępowaniu ani nie stanowi podstawy do odrzucenia oferty. Dla oceny oferty znaczenie ma wyłącznie to, czy Oferent wskazał skuteczne dysponowanie zasobami niezbędnymi do realizacji świadczeń oraz spełnienie wymagań określonych przepisami prawa i warunkami postępowania konkursowego. Warunki te zostały przez Oferentów spełnione, a Komisja Konkursowa nie stwierdziła żadnych okoliczności uzasadniających zakwestionowanie personelu, sprzętu ani zawartych umów podwykonawstwa, co również ustalił sam Organ.

Odnosząc się do zarzutów dotyczących wymogu jednoczesnego parafowania, numeracji, poświadczania kopii za zgodność z oryginałem oraz braku daty poświadczenia, Organ stwierdza, że zarzuty nie znajdują potwierdzenia w stanie prawnym. 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 (z późn. zm.), w rozdziale 2 dotyczącym sposobu przygotowania oferty, określa formalne wymogi dla prawidłowego przygotowania oraz składania oferty. Odnosząc się do poszczególnych zarzutów Odwołującego, należy uznać je za chybione z następujących względów:

1. przepis § 10 ust. 1 i 2 Zarządzenia 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 (z późn. zm.) brzmi następująco:
§ 10. 1. Oferent obowiązany jest złożyć ofertę w formie pisemnej oraz elektronicznej.
2. Oferta w formie pisemnej obejmuje:
 - 1) wydruk formularza ofertowego, zgodny z jego postacią elektroniczną, opatrzony na każdej stronie tego wydruku kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania oferenta, zgodnymi ze wzorami podpisów, zamieszczonymi w tabeli określonej w załączniku nr 6 do zarządzenia;
 - 2) dokumenty i oświadczenia określone w § 14.

W § 14 powołanego zarządzenia istotny zaś jest ust. 4, który brzmi następująco:

4. Kopie dokumentów winny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.

Należy zatem rozróżnić wydruk formularza ofertowego (§ 10 ust. 2 pkt 1 zarządzenia) i kopie dokumentów składanych razem z ofertą (§ 14 ust. 4 zarządzenia). Pierwszy z wymienionych winien być zaparafowany lub podpisany przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta. Analiza ofert wskazuje, że wydruk formularza ofertowego został również pod tym kątem prawidłowo przygotowany, w sposób odpowiadający tym zapisom. Drugie z wymienionych, a mianowicie dokumenty składane razem z ofertą pod postacią kopii, winny być poświadczone za zgodność z oryginałem i także przedmiotowe zarządzenie nie wymaga dodatkowych paraf, które są wymagane tylko względem wydruku formularza ofertowego. Tym samym, zapisy zarządzenia w żadnym miejscu nie formułują dodatkowego, odrębnego wymogu, aby każda strona kopii była jednocześnie opatrzona osobną, dodatkową parafą. Poświadczenie kopii poprzez zwrot „za zgodność z oryginałem” wraz z podpisem osoby uprawnionej wyczerpuje w całości dyspozycję tego przepisu. Kontynuując, § 14 ust. 4 zarządzenia nakłada tylko jeden obowiązek formalny – poświadczenie kopii. Umieszczenie pełnej formuły „za zgodność z oryginałem” wraz z podpisem osoby uprawnionej na danej stronie trwale wiąże to oświadczenie z tekstem. Przepisy te nie nakładają na Oferentów obowiązku datowania samej czynności poświadczenia kopii dokumentu. Dokumenty te są składane jako integralna część całej oferty w określonym dniu wyznaczonym przez Fundusz. Złożenie podpisanego poświadczenia w toku postępowania konkursowego stanowi jednoznaczne oświadczenie woli Oferenta, że stan prawny i faktyczny prezentowany w kopii jest aktualny i prawdziwy na dzień składania oferty. Żądanie dodatkowego datowania klauzul poświadczających nie ma żadnego oparcia w przepisach.

Komisja Konkursowa ma obowiązek oceniać oferty wyłącznie na podstawie kryteriów i wymogów wprost zapisanych w przepisach. Wprowadzenie przez Komisję nowego, niewyrażonego w przepisach wymogu (np. że brak parafy obok pieczętki "za zgodność" dyskwalifikuje ofertę) stanowiłoby rażące naruszenie zasad równego traktowania Oferentów. Komisja nie może odrzucić oferty z powodu niespełnienia wymogu, którego Zarządzenie Prezesa NFZ w ogóle nie przewiduje.

Organ w oparciu o dokonaną analizę dokumentacji ofertowej stwierdza, że Oferenci w pełni spełnili warunek formalny dotyczący przygotowania dokumentacji. Wydrukowany formularz ofertowy jest zgodny z jego postacią elektroniczną. Każda strona wydruku została opatrzona kolejnym numerem oraz podpisami lub parafami osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta. Podpisy te są zgodne ze wzorami zamieszczonymi w tabeli określonej w załączniku nr 6 do zarządzenia.

Zgodnie z § 14 ust. 4 tego zarządzenia, kopie dokumentów winny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowania Oferenta. Warunek ten został przez Oferentów w pełni spełniony. Ponieważ przedłożone dokumenty stanowiły kopie, Oferenci prawidłowo zastosowali się do wytycznych i poświadczyli je za zgodność z oryginałem. Wytyczne zawarte w zarządzeniu nie nakładają na Oferentów obowiązku, aby kopie dokumentów były

jednocześnie zaparafowane oraz zawierały poświadczenie za zgodność z oryginałem. Spełnienie jednego z tych wymogów – w tym przypadku poświadczenia kopii – jest w świetle przepisów wystarczające.

W zakresie zarzutu dotyczącego braku wezwania do uzupełnienia braków oraz nierównego traktowania Oferentów, w ocenie Odwołującego, Komisja Konkursowa powinna potraktować badane oferty jako niespełniające warunków formalnych i wezwać do uzupełnienia braków. Odwołujący twierdzi, że brak takiego wezwania świadczy o powierzchownej ocenie dokumentów oraz o nierównym traktowaniu Oferentów poprzez akceptowanie uchybień formalnych.

Organ uznaje ten zarzut za całkowicie niesłuszny. Jak wykazano powyżej, oferty złożone przez pozostałych Oferentów były w pełni poprawne. Spełniały one wszystkie rzeczywiste wymogi określone w przepisach oraz w Zarządzeniu Prezesa NFZ. Zarzucane przez Odwołującego „niedociągnięcia” i „braki formalne” w rzeczywistości nie istnieją, lecz wynikają z jego własnej, błędnej interpretacji przepisów.

Komisja Konkursowa nie miała zatem jakichkolwiek podstaw faktycznych ani prawnych, aby wzywać Oferentów do usunięcia nieistniejących braków. Wręcz przeciwnie – wezwanie do poprawienia ofert, które od początku były prawidłowe, stanowiłoby nieuzasadnione utrudnianie procedury. Działanie Komisji polegające na akceptacji tych dokumentów było w pełni legalne. Świadczy ono o wnikliwej i obiektywnej ocenie, która gwarantuje równe i sprawiedliwe traktowanie wszystkich uczestników konkursu.

Zarzut Odwołującego dotyczący naruszenia art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy uznać za całkowicie bezzasadny. Odwołujący upatruje naruszenia tego przepisu w rzekomym wybiórczym stosowaniu wymogów prawnych oraz wyłączeniu określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. W toku całego postępowania konkursowego Komisja Konkursowa działała w sposób transparentny, rzetelny i w ścisłym oparciu o obowiązujące przepisy prawa, w tym kryteria określone w Zarządzeniu Prezesa NFZ oraz właściwych rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Wszyscy Oferenci zostali poddani identycznej, obiektywnej i równej ocenie. Komisja nie zastosowała żadnych odstępstw ani zwolnień z wymogów prawnych wobec jakiegokolwiek podmiotu, wobec czego przedmiotowy zarzut z uzupełnienia odwołania z 2 czerwca 2026 r. również był niezasadny.

Całkowicie niezasadny był także zarzut, jakoby konkurs miał charakter „pozorny”, a jego wynik był „z góry przewidywalny”. Odwołujący nie przedstawił na tę okoliczność żadnych dowodów. Swoje twierdzenia opiera wyłącznie na fakcie, że wybrane podmioty należą do jednej grupy kapitałowej. Podkreślić należy, że warunki oraz kryteria oceny ofert w tym postępowaniu zostały ustalone w sposób przejrzysty, obiektywny i jednakowy dla wszystkich uczestników. Fakt, że oferty firm Promedica Sp. z o.o. oraz Nutrimed Sp. z o.o. uzyskały najwyższą ocenę, wynika bezpośrednio z ich potencjału medycznego, kadrowego i organizacyjnego, a nie z rzekomych ustaleń o charakterze dyskryminacyjnym.

Odwołujący słusznie zauważa, że za prawidłowość formalną oferty odpowiada Oferent, a wymogi powinny być stosowane do wszystkich jednakowo. Dokładnie tą zasadą kierowała się Komisja Konkursowa w niniejszym postępowaniu. Wszystkie oferty zostały zbadane z taką samą wnikliwością zarówno pod względem formalnym, jak i merytorycznym. Rzekome „uchybień”, których rzekomo Komisja miała nie zauważyć (brak dodatkowych parafek, brak dat przy poświadczeniach czy umowy najmu na czas nieokreślony), w świetle obowiązujących przepisów prawa i Zarządzenia Prezesa NFZ w ogóle nie stanowią wad ani uchybień. Odrzucenie ofert konkurentów z takich powodów doprowadziłoby to do ograniczenia konkurencji i naruszenia interesu pacjentów, którzy straciliby dostęp do najlepiej przygotowanych placówek.

W tym miejscu wskazać należy, że zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach 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 o świadczeniach. W myśl art. 154 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach 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. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W wyniku wniesienia odwołania Prezes Funduszu zawiadamia Stronę postępowania o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi przedmiotowego postępowania i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 §1 k.p.a. Po zapoznaniu się z materiałami przez Stronę i 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 właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Skargę wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu rozstrzygnięcia w sprawie.

Zadaniem Organu zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach jest zbadanie czy interes prawny Oferenta doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Komisję Konkursową zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym Organ nie przeprowadza ponownej oceny ofert, ale bada, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania określonych w aktach powszechnie obowiązujących tj. w ustawie o świadczeniach. Stwierdzenie naruszenia tych zasad musi ponadto skutkować negatywnymi skutkami w zakresie praw Oferenta. Tym samym nie każde naruszenie zasad postępowania będzie skutkowało uwzględnieniem odwołania od rozstrzygnięcia konkursu ofert, lecz tylko takie, którego skutkiem będzie naruszenie interesu prawnego Odwołującego wpływającego na możliwość zawarcia umowy.

Pojęcie uszczerbku interesu prawnego nie występuje zasadniczo w prawie administracyjnym, gdzie mowa jest o naruszeniu interesu prawnego (a nie o jego uszczerbku). W literaturze wskazuje się natomiast, że do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze

zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu dotyczącym zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania Organu administracyjnego, do obowiązków, którego będzie należało zbadanie okoliczności podnoszonych we wniosku - odwołaniu, a następnie ocena, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie takiego uszczerbku oraz czy znajduje oparcie w obowiązujących przepisach prawa (por. wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 24 sierpnia 2016 r. sygn. akt II SA/Bd 597/16).

Naczelne reguły odnoszące się do zasad prowadzenia postępowania zawiera treść art. 134 ust 1 i 2, art. 147 i 148 oraz inne przepisy dotyczące przebiegu postępowania, zamieszczone w Dziale VI ustawy o świadczeniach, których cytowanie wykracza poza potrzeby niniejszego uzasadnienia. Podstawowe przepisy w dosłownym brzmieniu stanowią:

Art. 134 [Równość uprawnionych] 1. 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.
2. 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.

Art. 147 [Kryteria oceny] Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

Art. 148 [Porównanie ofert]

1. 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.

Podstawowa, jednocześnie ogólna norma określająca charakter tego postępowania w sprawie zwarcia umów wyraża się w zasadzie, że Narodowy Fundusz Zdrowia 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 (art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach), z zachowaniem swoistej zasady lojalności Narodowego Funduszu Zdrowia wobec wszystkich potencjalnych kontrahentów – obowiązek udostępniania na takich samych zasadach wszelkich wymagań, wyjaśnień i informacji, dokumentów związanych z postępowaniem (art. 134 ust. 2).

Zasadą jest zakaz zmian w toku postępowania kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców, które są jawne, przy czym co do kryteriów oceny ofert i warunków, ustawodawca wprost – w art. 148 ust. 1 tej ustawy o świadczeniach - określił zasadnicze dyrektywy

oceny ofert wg kryteriów ustawowych i kryteriów szczegółowych wydanych z delegacji ustawowej dla ministra właściwego do spraw zdrowia.

Tym samym rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 w związku z art. 152 ustawy o świadczeniach jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, czyli konkretnego przepisu, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym świadczeniodawcy (Oferenta).

Zgodnie zaś z tezą z orzecznictwa: Nałożony w art. 134 § 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych obowiązek przeprowadzania postępowania konkursowego w sposób gwarantujący zachowanie równości i uczciwej konkurencji rozciąga się na całe to postępowanie. Organy nie są jednak władne do dokonywania w jakichkolwiek okolicznościach oceny niejawniej części postępowania konkursowego w postaci negocjacji przewidzianych w art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach (Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 6 grudnia 2022 r. II GSK 1145/22).

Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest określona w art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach delegacja do wydania przez Ministra Zdrowia dokumentu określającego kryteria wyboru ofert wraz z przyporządkowaną w danym kryterium punktacją.

Mając na względzie powyższe Organ - Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia uznał, że w toku postępowania konkursowego w szczególności nie doszło do naruszenia zasad postępowania z art. 134 ust. 1 i ust 2, nie doszło do naruszenia zasad z art. 147, art. 148 ustawy o świadczeniach. Postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich Oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Uczestnikom konkursu zostały udostępnione wszelkie dokumenty, które określały zarówno wymagania stawiane Oferentom, jak i kryteria oceny ofert. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania.

Organ nie stwierdził zatem uszczerbku w interesie prawnym odwołującego. Odwołujący powołał wyrok II GSK 1994/18, lecz był to wyrok uchylający orzeczenie WSA, wskutek którego zapadło kolejne, prawomocne orzeczenie WSA, a w którym ujawniono następującą treść:

„Sąd w składzie orzekającym w niniejszym przypadku pragnie na wstępie podzielić wyrażony w orzecznictwie pogląd, że nie każde naruszenie zasad przeprowadzania postępowania będzie prowadziło do uszczerbku w interesie prawnym świadczeniodawcy uczestniczącego w postępowaniu konkursowym (por. wyrok WSA w Łodzi z 8 marca 2018 r., III SA/Łd 1166/17). Z całą pewnością zaś o takim naruszeniu nie można mówić w rozpoznawanej sprawie. Jakkolwiek bowiem jako zasadny należało ocenić podnoszony w skardze zarzut dokonania w postępowaniu konkursowym błędnej oceny oferty skarżącej w zakresie kryterium "kompleksowości", co powinno skutkować przyznaniem skarżącej z tego tytułu 2 zamiast 0 punktów i umieszczenie jej na pierwszym miejscu listy rankingowej, to jednak w świetle wcześniejszych uwag Sądu, wskazana okoliczność nie miała wpływu na naruszenie interesu prawnego strony skarżącej. Ten bowiem, w analizowanym przypadku należało kwalifikować wyłącznie w kontekście możliwości zawarcia przez uczestnika postępowania (świadczeniodawcę) umowy z Funduszem o świadczenie usług opieki

zdrowotnej, a nie jakby tego oczekiwała strona skarżąca, do zawarcia umowy na określonych, a nawet preferencyjnych warunkach w stosunku do podmiotów, które w tym konkursie uzyskały niższą pozycję rankingową na przednegocjacyjnym etapie wyboru ofert. Ze stanowiskiem tym koresponduje zresztą coraz liczniejsza liczba orzeczeń sądów administracyjnych, w których prezentowany jest identyczny pogląd do zajętego przez skład orzekający w niniejszej sprawie (por. wyrok NSA z 29 września 2020 r. sygn. akt II GSK 535/20, wyrok NSA z 5 kwietnia 2017 r. sygn. akt II GSK 2209/15, czy wyrok WSA w Białymstoku z 28 lutego 2019 r. sygn. akt II SA/Bk 735/18). Oznacza to zatem, że tylko w przypadku gdyby naruszenie zasad postępowania prowadziło do nieuprawnionego wykluczenia Oferenta z dalszego etapu konkursu, tj. skutkowało odrzuceniem złożonej przez niego oferty, co byłoby oczywiste z brakiem możliwości zawarcia stosownej umowy, zasadne byłoby stwierdzenie, że doszło do uszczerbku w interesie prawnym świadczeniobiorcy.” [Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Łodzi z dnia 17 listopada 2021 r. III SA/Łd 542/21]

Wyrokiem tym doszło do prawomocnego oddalenia odwołania Oferenta, a jego treść sprowadza się do tego, że o uszczerbku w interesie prawnym Oferenta można mówić wówczas, gdyby doszło do pełnego pozbawienia Oferenta możliwości zawarcia umowy, co oznacza wykluczenie go z konkursu. W niniejszej sprawie zaś oferta odwołującego była procedowana i oceniana według tożsamyh kryteriów jak pozostałe oferty, co tym samym oznacza, że nie może być mowy o uszczerbku w interesie prawnym odwołującego.

Przeprowadzona analiza postępowania konkursowego, potwierdza, iż było ono przeprowadzone zgodnie z przepisami prawa oraz z zachowaniem zasad w nich zawartych. Nie miało tym samym miejsca naruszenie art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach, bowiem Komisja zachowała wszystkie zasady normatywnie uregulowane w ustawie o świadczeniach, w tym w szczególności zasadę równego traktowania Oferentów zarówno w zakresie ogłoszenia, jak również przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z tym, że nie doszło do naruszenia zasad przeprowadzenia przedmiotowego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, działanie Komisji było w pełni zgodne z prawem. Rozstrzygnięcie Komisji było zaś konsekwencją złożonych przez strony ofert, które zostały prawidłowo ocenione w oparciu o zgromadzony w postępowaniu materiał przedłożony przez Strony postępowania konkursowego. Organ stwierdza, że interes prawny Odwołującego nie doznał uszczerbku, o którym mowa w art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach, a zatem brak jest podstaw prawnych do uwzględnienia odwołania i przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy w drodze rokowań z odwołującym. Brak jest także podstaw do stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego w oparciu o art. 58 § 1 k.c., co również szczegółowo opisano i wyjaśniono.

W związku z powyższym rozstrzygnięto jak w sentencji.

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 ze zm.) Decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna. Od decyzji przysługuje stronie prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Opolu, 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. z 2020 r., poz. 1999).

Na podstawie art. 53 § 1 i 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t. j. Dz.U. 2026 poz. 143) skargę na decyzję Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ozimska 72 A, 45-310 Opole, upoważnionego na podstawie art. 268 a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz.U. 2025 poz. 1691) do załatwiania spraw w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia. Wpis od skargi wynosi 200 zł. Strona ma prawo ubiegania się o przyznanie prawa pomocy zgodnie z art. 243 i n. ustawy Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi.

Decyzję otrzymują:

1. Pallmed Sp. z o.o., ul. Wilhelma Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz, Reprezentowany przez: adwokat Pani Anna Zubkowska-Rojszczak Kancelaria Adwokacka ul. Tylne Chwaliszewo 23/3 61-103 Poznań,
2. Nutrimed Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 8, 00-728 Warszawa,
3. Promedica Sp. z o.o., ul. Wolności 17, 35-073 Rzeszów,
4. a/a.

Z up. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Beata Cyganiuk

Dyrektor

Opolskiego OW NFZ w Opolu
/Dokument podpisany elektronicznie/

Klauzula Informacyjna

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie,

ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO. Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Potwierdzam zgodność wydruku z dokumentem wydanym w postaci elektronicznej:

Identyfikator dokumentu	1067848.2285652.2667483
Nazwa dokumentu	Decyzja nr 2 2026 KO Pallmed.pdf
Tytuł dokumentu	Decyzja nr 2 2026 KO Pallmed
Sygnatura dokumentu	NFZ08-WO.4117.1.2026
Data dokumentu	2026-06-09 14:02:47
Skrót dokumentu	8E98F51D581997A3699338C3F3F7C40B39CDB5 CA
Wersja dokumentu	1.21
Data podpisu	2026-06-09
Sygnatariusz	Beata Cyganiuk
Stanowisko	Dyrektor Oddziału
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
	EZD 3.132.31.31.
Data wydruku:	2026-06-10 07:52:17
Autor wydruku:	Zegan Katarzyna