

Katowice, 11 września 2026 r.

Znak sprawy: NFZ12-WO-I.4117.2.2026

Znak pisma: 2026.584968.DW

DECYZJA Nr 4/12/2026/OD

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 oraz art. 104 i 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1691), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez Konfederację Związków Zawodowych Górnictwa w Polsce reprezentowaną przez: Wojciech Oleszek – Radca Prawny, zwanego dalej „Odwołującym”, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.10.2026 r. do 30.09.2031 r., kod postępowania: 12-26-000059/REH/05/1/01, w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla przypadków wymagających, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, przy udziale stron:

- Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach, 43-140 Łędziny, Asnyka 2
- Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 43-230 Goczałkowice-Zdrój, Uzdrowskova 54
- REPTY Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka, 42-600 Tarnowskie Góry, Jana Śniadeckiego 1
- Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny Pałac Kamieniec Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 42-674 Kamieniec, Polna 2

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie orzeka:

oddalić odwołanie.

UZASADNIENIE

W dniu 21.04.2026 Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił prowadzone w trybie konkursu ofert postępowanie poprzedzające zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.10.2026 r. do 30.09.2031 r., kod postępowania: 12-26-000059/REH/05/1/01, w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla przypadków wymagających, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na obszarze obejmującym p. będziński, gliwicki, mikołowski, pszczyński, tarnogórski, bieruńsko-lędziński, zawierciański, m. Bytom, Chorzów, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jaworzno, Katowice, Mysłowice, Piekary Śląskie, Ruda Śląska, Siemianowice Śląskie, Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy, Zabrze. W ogłoszeniu podano wartość zamówienia nie większą niż 14 975 646,12 zł. Oferty w przedmiotowym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 5.05.2026 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. W postępowaniu ogółem złożono 5 ofert. Odwołujący ofertę nr 12-26-000059/REH/05/1/01/1/0405 złożył w terminie.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert oraz potwierdziła spełnienie przez wszystkich Oferentów wymagań określonych w przepisach prawa. W części niejawnej postępowania, działając na podstawie art. 148 ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r., poz. 328 z późn. zm.), Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert. W dniu 11 sierpnia 2026 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie postępowania, dokonując wyboru 5 ofert. Oferta Odwołującego została wybrana.

Odwołujący złożył odwołanie w terminie, tj. 18.08.2026 r., podnosząc w nim następujące zarzuty:

- Naruszenie art. 134 ust. 1 w zw. z art. 148 ustawy o świadczeniach poprzez ich wadliwą wykładnię i błędne uznanie, że zajęcie przez Oferenta pozycji lidera

rankingu końcowego (maksymalna ocena merytoryczna: 90 punktów) ma charakter wyłącznie postulatywny i nie nakłada na publicznego płatnika obowiązku pierwszeństwa w zaspokojeniu jego potencjału wykonawczego co doprowadziło do arbitralnego i dyskryminującego podziału środków finansowych,

- Naruszenie art. 134 ust 1 ustawy o świadczeniach w zw. z art. 7 Konstytucji RP poprzez zastosowanie na etapie podziału środków finansowych nieujawnionego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) kryterium strukturalnego w postaci ryczałtowego przelicznika bazy łóżkowej, co stanowi niedozwolone, podwójne premiowanie tego samego parametru infrastrukturalnego, który został już w pełni uwzględniony w toku merytorycznej oceny ofert,
- Naruszenie art.. 134 ust. 1 w zw. z art. 151 ustawy o świadczeniach poprzez prowadzenie procesu negocjacji w sposób naruszający zasadę przejrzystości, przejawiający się w zastosowaniu asymetrii informacyjnej oraz wprowadzeniu Odwołującego w błąd co do rzeczywistej sytuacji budżetowej subregionu oraz kompetencji organów Funduszu do modyfikacji planu finansowego.

W uzasadnieniu złożonego odwołania Odwołujący podniósł w szczególności, że jego oferta uzyskała najwyższą możliwą ocenę merytoryczną, tj. 90 punktów rankingowych, wyraźnie przewyższając oferty pozostałych oferentów w subregionie. Wynik ten, zdaniem Odwołującego, stanowi odzwierciedlenie najwyższej jakości, kompleksowości oraz ciągłości udzielanych od wielu lat świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń kierowanych do pacjentów pooperacyjnych. Odwołujący wskazał również, że analiza sposobu alokacji środków finansowych prowadzi do wniosku o nierównym i dyskryminującym potraktowaniu podmiotu, którego oferta została oceniona najwyższej pod względem jakościowym. W ocenie Odwołującego, skoro całkowity budżet przeznaczony dla subregionu w zakresie 05.4300.200.02 uległ zmniejszeniu o około 30%, natomiast wartość jego kontraktu została obniżona o blisko 60%, oznacza to, że zasadniczy ciężar ograniczeń finansowych został przeniesiony właśnie na Odwołującego. Jednocześnie, jak podnosi Odwołujący, łączne finansowanie pozostałych oferentów, którzy uzyskali niższe oceny rankingowe, wzrosło o 26 202 punkty rozliczeniowe na kwartał. W konsekwencji Odwołujący zarzucił, że działania Komisji Konkursowej doprowadziły do nieuzasadnionego ograniczenia zakresu przyjęcia jego

oferty, mimo że obiektywna ocena merytoryczna przemawiała za jej wyborem w szerszym zakresie. Zdaniem Odwołującego skutkowało to istotnym naruszeniem jego interesu prawnego oraz spowodowało wymierny uszczerbek o charakterze materialnym.

Odwołujący podniósł, że w toku negocjacji Komisja Konkursowa wskazała na „konieczność zastosowania współczynnika łóżkowego”, a przy ustalaniu propozycji finansowych posłużyła się analizą potencjału łóżkowego poszczególnych oferentów w celu oceny realnych możliwości wykonania zakontraktowanych świadczeń. Zdaniem Odwołującego okoliczność ta znajduje potwierdzenie w analizie dokumentacji kontraktowej oferentów z okręgu centralnego. W szczególności Odwołujący wskazał, że porównanie planowanych do zawarcia umów w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej jednoznacznie świadczy o zastosowaniu przez Komisję Konkursową tzw. „wskaźnika łóżkowego” jako istotnego kryterium kształtowania wartości kontraktów. W ocenie Odwołującego doprowadziło to do nieuprawnionego zrównania wartości umowy Oferenta zajmującego pierwsze miejsce w rankingu z wartością umowy podmiotu sklasyfikowanego na jego końcu, pomimo istotnych różnic w uzyskanej ocenie ofert. Takie działanie, zdaniem Odwołującego, pozostaje w sprzeczności z wynikami przeprowadzonej oceny konkursowej i prowadzi do nieuzasadnionego zatarcia różnic pomiędzy Ofertami o odmiennym poziomie jakościowym.

Odwołujący podnosi, że zarzut dotyczący rzekomego braku realnych możliwości wykonania świadczeń jest całkowicie bezzasadny oraz pozostaje w oczywistej sprzeczności ze stanem faktycznym. Na poparcie swojego stanowiska przedstawił dokumentację oraz dowody potwierdzające wysoki potencjał wykonawczy placówki, w tym odpowiednie zasoby kadrowe, zgłoszony personel medyczny oraz bazę sprzętową pozostającą w jego dyspozycji. Zdaniem Odwołującego posiadane zasoby gwarantują prawidłową i terminową realizację świadczeń będących przedmiotem postępowania konkursowego.

Odwołujący zarzucił, że podpisanie przez Dyrektora Odwołującego protokołów końcowych z negocjacji w dniach 23 i 28 lipca 2026 r. miało charakter wyłącznie zachowawczy i zostało podyktowane koniecznością zabezpieczenia interesów pacjentów oraz utrzymania stabilności ekonomicznej prowadzonej placówki medycznej. W ocenie Odwołującego Komisja Konkursowa posługuje się postanowieniem, zgodnie z którym brak zgodności stanowisk stron w treści protokołu końcowego skutkuje niewybraniem oferty, przy jednoczesnym

jednostronnym podpisaniu protokołu przez Komisję Konkursową i zakwalifikowaniu oferty do grupy ofert niepodlegających wyborowi. Zdaniem Odwołującego odmowa podpisania protokołu obejmującego znacząco zredukowaną propozycję finansowania prowadziłyby w praktyce do natychmiastowego wyeliminowania go z rynku świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym. W konsekwencji skutkowałoby to zaprzestaniem realizacji świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej od dnia 1 października 2026 r., a tym samym ograniczeniem dostępu pacjentów do niezbędnych świadczeń zdrowotnych.

Do Stron niniejszego postępowania skierowano pismo informujące o wynikającym z art. 10 ustawy kodeks postępowania administracyjnego prawie wglądu do dokumentów i wypowiedzenia się co do zebranych dowodów, materiałów oraz zgłoszonych żądań. Strony z uprawnienia tego skorzystały. Jednocześnie Strony zostały poinformowane o przedłużeniu terminu rozpatrzenia odwołania do 14.09.2026 r.

Rozpatrując odwołanie, należy podkreślić, że Dyrektor Oddziału bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez Komisję Konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego się. Odwołujący, jako uczestnik postępowania konkursowego o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, którego oferta nie została w tym postępowaniu wybrana, niewątpliwie posiada interes prawny we wniesieniu odwołania.

Pośród wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, Oferenci przystępujący do postępowania winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, spełnić w szczególności wymagania określone m.in. w:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 400 z późn. zm.),
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 328, 520, 1553),

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402),
- Ustawa z dnia 25 września 2019 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1213),
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2026 r. poz. 156 ze zm.),
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265 z późn. zm.),
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 916 z późn. zm.),
- Zarządzeniu 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.),
- Zarządzeniu Nr 195/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 5 ofert. W części jawnej Komisja Konkursowa podjęła wszelkie niezbędne czynności zmierzające do stwierdzenia zgodności ofert ze stanem faktycznym i prawnym, weryfikacji spełnienia wymagań określonych w szczegółowych materiałach informacyjnych, potwierdzenia spełnienia warunków podlegających dodatkowej ocenie oraz oceny zdolności oferentów do realizacji deklarowanej liczby świadczeń zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto,

przeprowadziła czynności weryfikacyjne mające na celu potwierdzenie prawidłowości i zgodności danych zawartych w ofertach ze stanem faktycznym i prawnym

u oferentów. Do części niejawnej, Komisja Konkursowa zakwalifikowała wszystkie oferty, obejmujące 6 miejsc udzielania świadczeń.

W części niejawnej Komisja Konkursowa przeprowadziła kontrole u wszystkich Oferentów biorących udział w postępowaniu. Podczas weryfikacji upoważnieni przedstawiciele Komisji Konkursowej dokonali porównania danych zawartych w ofertach, dotyczących personelu, miejsca wykonywania świadczeń i zasobów sprzętowych ze stanem faktycznym, co zostało odnotowane w załącznikach do protokołów z weryfikacji.

Wszystkie 5 ofert, w tym oferta złożona przez Odwołującego, oceniane były według jednolitych tych samych, określonych w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach, kryteriów wyboru ofert, tj.:

- 1) jakości,
 - 2) kompleksowości,
 - 3) dostępności,
 - 4) ciągłości,
 - 5) ceny
- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do zapewnienia równego traktowania wszystkich Oferentów oraz prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący przestrzeganie zasad uczciwej konkurencji.

W związku z powyższym wszystkie 5 ofert złożonych w postępowaniu konkursowym zostało ocenione na podstawie tych samych, obowiązujących aktów prawnych, w odniesieniu do ww. kryteriów wyboru ofert.

W odniesieniu do zarzutu dotyczącego błędnej wykładni przepisów oraz nieprawidłowego przyjęcia, że zajęcie przez Oferenta pierwszej pozycji w rankingu końcowym, Organ wyjaśnia, co następuje.

W przedmiotowym postępowaniu określono wartość zamówienia na kwotę 14 975 646,12 zł, dokonano szczegółowego podziału przedmiotu zamówienia na cztery zakresy świadczeń oraz wskazano zapotrzebowanie w każdym z tych zakresów:

kod zakresu	nazwa zakresu	Liczba punktów	Cena	Okres finansowania 01.10.2026 r. - 31.12.2026 r.
05.4300.300.02	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH	1 434 063	2,58 zł	3 699 882,54 zł
05.4300.200.02	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH PO LECZENIU OPERACYJNYM	1 400 724	2,58 zł	3 613 867,92 zł
05.4300.400.02	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH DLA PRZYPADKÓW	2 894 400	2,58 zł	7 467 552,00 zł
05.4300.500.02	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH DLA OSÓB O ZNACZNYM	75 327	2,58 zł	194 343,66 zł

W poniższej tabeli zestawiono, dla każdego zakresu świadczeń, wartość postępowania wskazaną w ogłoszeniu, łączną wartość ofert złożonych w postępowaniu, wartość oferty złożonej przez Zespół Sanatoryjno-Szpitalny Rehabilitacji Narządu Ruchu „Gwarek” oraz procentowy udział wartości tej oferty w wartości postępowania.

kod zakresu	nazwa zakresu	wartość postępowania okres 01.10.2026 r. - 31.12.2026 r. 1	łączna wartość złożonych ofert na okres 01.10.2026 r. - 31.12.2026 r.2	wartość oferta GWAREK okres 01.10.2026 r. - 31.12.2026 r.3	% oferty Gwarek do wartości postępowania
05.4300.200.02	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH PO LECZENIU OPERACYJNYM	3 613 867,92 zł	6 964 826,40 zł	2 850 907,74 zł	77,05%
05.4300.300.02	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH	3 699 882,54 zł	6 321 566,85 zł	542 808,78 zł	15,02%
05.4300.400.02	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH DLA PRZYPADKÓW WYMAGAJĄCYCH	7 467 552,00 zł	9 049 265,67 zł	1 414 087,68 zł	18,94%
05.4300.500.02	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	194 343,66 zł	1 459 305,99 zł	118 089,18 zł	60,76%
SUMA		14 975 646,12 zł	23 794 964,91 zł	4 925 893,38 zł	

W ogłoszeniu o postępowaniu wskazano, że w jego wyniku może zostać zawartych maksymalnie sześć umów. Brak jest zatem podstaw do przyjęcia, że Oferent, którego oferta uzyskała najwyższą ocenę, powinien w pierwszej kolejności otrzymać finansowanie całego zadeklarowanego przez siebie zakresu świadczeń, a dopiero pozostałe środki mogłyby zostać przeznaczone na sfinansowanie innych prawidłowo wybranych ofert. Okoliczności te były znane wszystkim Oferentom, w tym Odwołującemu, jeszcze przed złożeniem ofert. Odwołujący posiadał zatem wiedzę zarówno o wartości zamówienia i zapotrzebowaniu w poszczególnych zakresach świadczeń, jak i o tym, że konstrukcja postępowania przewidywała możliwość wyboru więcej niż jednego świadczeniodawcy. Fakt zajęcia najwyższej pozycji rankingowej nie oznaczał jednak powstania po stronie Oferenta prawa do uzyskania finansowania w pełnej wysokości odpowiadającej wartości złożonej oferty.

Oferta Odwołującego uzyskała wysoką ocenę punktową w odniesieniu do zakresu świadczeń objętych ofertą, a wynik ten został uwzględniony przez Komisję Konkursową przy podziale dostępnych środków finansowych. Należy jednak odróżnić ocenę punktową oferty od ostatecznego zakresu świadczeń objętych finansowaniem. Uzyskana przez Odwołującego ocena miała istotny wpływ zarówno na jego pozycję w rankingu, jak i na wysokość przedstawionej mu propozycji kontraktowania, nie skutkowała jednak powstaniem bezwzględnego uprawnienia do zawarcia umowy obejmującej całość świadczeń wskazanych w ofercie.

Organ wyjaśnia, że przy ustalaniu wysokości zobowiązań Funduszu wobec Oferentów uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu Komisja Konkursowa dysponowała ograniczoną pulą środków finansowych, określoną w ogłoszeniu o postępowaniu, i była zobowiązana do ich rozdysponowania pomiędzy wszystkich Oferentów wybranych do zawarcia umowy, z uwzględnieniem zasad prowadzonego postępowania oraz dostępnego budżetu.

W odniesieniu do kwestii ustalenia wysokości zobowiązań Funduszu wobec Oferentów uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu wskazać należy, że Komisja Konkursowa dysponowała ograniczoną pulą środków finansowych określoną w ogłoszeniu o postępowaniu i była zobowiązana do ich rozdysponowania pomiędzy Oferentów wybranych do zawarcia umów. W tym celu zastosowano jednolite zasady limitowania świadczeń we wszystkich

zakresach objętych postępowaniem, tj. w zakresie podstawowym rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w trzech zakresach skojarzonych: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla przypadków wymagających oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Zasady te zostały zastosowane w jednakowy sposób wobec wszystkich uczestników postępowania. Na posiedzeniu Komisji Konkursowej przyjęto jednolity sposób postępowania przy podziale środków finansowych. Mechanizm ten nie przewidywał jednak automatycznego zakontraktowania w pierwszej kolejności pełnego zakresu świadczeń zaoferowanego przez podmiot, którego oferta uzyskała najwyższą ocenę, a następnie rozdysponowania pozostałych środków pomiędzy kolejnych Oferentów. Zastosowanie wobec Odwołującego takiego szczególnego rozwiązania, zwłaszcza wyłącznie w odniesieniu do jednego z zakresów skojarzonych, oznaczałoby odstępianie od zasad przyjętych wobec pozostałych uczestników postępowania oraz naruszałoby zasadę równego traktowania Oferentów.

Organ ustalił, że na etapie analiz poprzedzających ogłoszenie postępowań konkursowych dotyczących zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określono ogólne założenia dotyczące planowanej liczby umów, miejsc realizacji świadczeń, wartości postępowań oraz obszarów zabezpieczenia świadczeń. Działania te miały na celu zapewnienie świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz dostosowanie liczby i wartości zawieranych umów zarówno do potencjału wykonawczego świadczeniodawców, jak i do dostępnych środków finansowych przeznaczonych na realizację poszczególnych postępowań.

Należy również podkreślić, że przedmiotowe postępowanie zostało przygotowane w sposób zapewniający właściwe zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych, a przyjęte warunki konkursu nie prowadziły do ograniczenia dostępności świadczeń w porównaniu z okresem poprzedzającym zawarcie nowych umów.

Wartość postępowania konkursowego nr 12-26-000059/REH/05/1/01, ogłoszonego dla subregionu centralnego, została ustalona na poziomie odpowiadającym wartości dotychczas realizowanych umów. Celem postępowania było zapewnienie ciągłości i dostępności

świadczeń opieki zdrowotnej przy racjonalnym wykorzystaniu środków publicznych. Założeniem konkursu nie było natomiast zapewnienie jednemu świadczeniodawcy finansowania całego zgłoszonego potencjału wykonawczego, nawet jeśli jego oferta uzyskała najwyższą ocenę rankingową, lecz zabezpieczenie stabilnego dostępu do świadczeń poprzez wybór odpowiedniej liczby podmiotów zdolnych do ich realizacji.

Przystępując do postępowania, Oferent posiadał pełną wiedzę o warunkach konkursu, w tym o wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu oraz o jej podziale pomiędzy zakres podstawowy i trzy zakresy skojarzone. Złożenie oferty stanowiło autonomiczną i dobrowolną decyzję Oferenta, podjętą przy znajomości wszystkich istotnych warunków postępowania. W konsekwencji brak jest podstaw do formułowania zarzutu, że przyjęte zasady postępowania naruszały interes Oferenta. Jeżeli bowiem uznawał on, że określone w ogłoszeniu warunki finansowe nie odpowiadają jego oczekiwaniom lub modelowi prowadzonej działalności, mógł podjąć decyzję o nieprzystępowaniu do konkursu. Wartość finansowania przyznana Oferentowi w zakresie produktu kontraktowego „rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym” była najwyższą spośród wartości przyznanych świadczeniodawcom wybranym do zawarcia umowy w tym zakresie świadczeń. Okoliczność ta pozostawała w bezpośrednim związku z wynikiem uzyskanym przez Oferenta w postępowaniu konkursowym oraz liczbą punktów przyznanych jego ofercie zgodnie z jednolitymi kryteriami oceny ofert określonymi w obowiązujących przepisach prawa.

Komisja Konkursowa, ustalając propozycje finansowania dla poszczególnych Oferentów, uwzględniła wynik oceny oferty Odwołującego, a tym samym jego wysoką pozycję rankingową. Przyznana wartość finansowania nie była zatem skutkiem pominięcia pozycji Oferenta w rankingu ani zastosowania wobec niego odmiennych lub mniej korzystnych zasad podziału środków finansowych, lecz rezultatem zastosowania jednolitych reguł obowiązujących wszystkich uczestników postępowania. Sam fakt, że przyznana wartość finansowania była niższa od wartości wynikającej z dotychczas obowiązującej umowy lub od wartości oczekiwanej przez Oferenta, nie może stanowić podstawy do uznania, że doszło do nieprawidłowego ograniczenia finansowania. O wysokości proponowanego finansowania decydowały bowiem zarówno wynik postępowania konkursowego, jak i konieczność rozdysponowania ograniczonych środków finansowych pomiędzy wszystkich Oferentów wybranych do zawarcia umów, przy zachowaniu zasad równego traktowania i uczciwej

konkurencji. Należy wyraźnie odróżnić wysokość finansowania możliwą do uzyskania w wyniku nowego postępowania konkursowego od wartości świadczeń realizowanych na podstawie umowy obowiązującej w poprzednim okresie rozliczeniowym. Sam fakt uzyskania finansowania na poziomie niższym od wartości wynikającej z uprzednio zawartej umowy nie stanowi podstawy do uznania, że postępowanie zostało przeprowadzone nieprawidłowo.

Wynik postępowania potwierdza, że oferta Oferenta została oceniona bardzo wysoko, a zastosowane zasady podziału środków finansowych pozwoliły na przyznanie mu najwyższej wartości finansowania spośród wszystkich świadczeniodawców wybranych do realizacji świadczeń w zakresie produktu kontraktowego „rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym”. Jednocześnie konieczne było zachowanie odpowiedniego poziomu zabezpieczenia dostępności świadczeń poprzez zawarcie umów również z innymi świadczeniodawcami wybranymi w postępowaniu.

Przyjęta przez Komisję Konkursową metodologia ustalania propozycji finansowych miała charakter jednolity i była stosowana w jednakowy sposób wobec wszystkich zakresów świadczeń oraz wszystkich uczestników postępowania. Metodologia ta w określonych przypadkach umożliwiała uwzględnienie wyższych wartości finansowania wynikających z przyjętych zasad kalkulacji. Nie oznaczało to jednak obowiązku przedstawienia Oferentowi propozycji finansowej w maksymalnej możliwej wysokości ani w wysokości odpowiadającej wartości wskazanej przez niego w ofercie. Należy również zauważyć, że w dwóch zakresach świadczeń, tj. rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla przypadków wymagających, sam Oferent określił wartość oczekiwanego finansowania na poziomie niższym niż wynikający z dostępnych mechanizmów kalkulacyjnych. Tym samym, poprzez treść złożonej oferty, wyznaczył górną granicę możliwej do przedstawienia propozycji finansowej.

Komisja Konkursowa nie była uprawniona do samodzielnego zwiększenia wartości finansowania ponad poziom zadeklarowany przez Oferenta, gdyż prowadziłoby to do niedopuszczalnej zmiany treści oferty po upływie terminu jej złożenia. W konsekwencji wysokość przedstawionej propozycji finansowej pozostawała zgodna zarówno z warunkami postępowania, jak i z zakresem zobowiązań określonych przez samego Oferenta w złożonej ofercie.

Oferta złożona w postępowaniu stanowiła podstawę prowadzenia negocjacji oraz określała zakres i wartość świadczeń deklarowanych przez Oferenta do realizacji. Komisja Konkursowa nie była uprawniona do zastąpienia woli Oferenta i jednostronnego zwiększenia wartości zobowiązania finansowego Funduszu ponad poziom wynikający z treści złożonej oferty. Przyjęcie odmiennego stanowiska prowadziłoby do sytuacji, w której Komisja Konkursowa przyznawałaby finansowanie w wysokości przekraczającej wartość wnioskowaną przez świadczeniodawcę, mimo że nie znajdowałoby to odzwierciedlenia w złożonej przez niego ofercie. Takie działanie pozostawałoby w sprzeczności z zasadami przejrzystości postępowania oraz równego traktowania Oferentów, skoro pozostali uczestnicy postępowania byli oceniani i otrzymywali propozycje finansowania w oparciu o wartości wskazane we własnych ofertach. W konsekwencji, w odniesieniu do dwóch wskazanych zakresów świadczeń, Komisja Konkursowa wykorzystała pełne możliwości wynikające z treści oferty Odwołującego, przedstawiając propozycję finansowania do maksymalnej wysokości przez niego zaoferowanej.

Organ stwierdza zatem, że gdyby Odwołujący określił wyższą wartość świadczeń w tych zakresach, Komisja Konkursowa, stosując ten sam mechanizm kalkulacyjny oraz uwzględniając korzystny wynik uzyskany przez jego ofertę, mogłaby przedstawić propozycję finansowania na wyższym poziomie. Skutków decyzji podjętych przez Oferenta na etapie sporządzania oferty nie można obecnie przypisywać Komisji Konkursowej. Organ zwraca również uwagę, że Odwołujący nie kwestionuje rozstrzygnięcia w tych zakresach świadczeń, w których sam, poprzez treść oferty, wyznaczył górną granicę możliwej propozycji finansowania. Zarzuty koncentrują się natomiast na zakresie, w którym takie ograniczenie nie występowało i w którym, właśnie z uwagi na najwyższą ocenę punktową oferty, Odwołujący otrzymał najwyższą propozycję finansowania spośród wszystkich Oferentów wybranych do zawarcia umowy. Okoliczność ta w istotny sposób podważa twierdzenie, jakoby wysoka ocena punktowa uzyskana przez Odwołującego nie została należycie uwzględniona przy ustalaniu propozycji finansowych, a także potwierdza, że wynik postępowania konkursowego znalazł odzwierciedlenie w zakresie i wysokości zaproponowanego finansowania.

Stan faktyczny sprawy prowadzi do wniosków przeciwnych do twierdzeń Odwołującego.
W szczególności:

- w dwóch zakresach świadczeń Odwołujący otrzymał finansowanie w maksymalnej wysokości dopuszczalnej treścią złożonej przez siebie oferty;
- w zakresie objętym zarzutami Odwołujący otrzymał najwyższą propozycję finansowania spośród wszystkich Oferentów wybranych do zawarcia umowy.

Organ stwierdza zatem, że brak jest podstaw do uznania, iż pozycja Odwołującego w rankingu, ustalona na podstawie oceny punktowej, została pominięta lub uwzględniona w niewystarczającym stopniu. Odwołujący znał warunki postępowania, wartość zamówienia oraz zapotrzebowanie Funduszu w poszczególnych zakresach świadczeń, a także samodzielnie określił zakres i wartość świadczeń objętych ofertą.

Jeżeli w dwóch zakresach świadczeń Odwołujący zadeklarował wartości niższe od poziomu możliwego do osiągnięcia przy zastosowaniu przyjętego mechanizmu podziału środków, skutki tej decyzji wynikają z treści jego własnej oferty i nie mogą być przypisywane Komisji Konkursowej. Brak jest podstaw do kompensowania konsekwencji sposobu skonstruowania oferty w tych zakresach poprzez zwiększenie finansowania w innym zakresie kosztem pozostałych prawidłowo wybranych świadczeniodawców.

W istocie Odwołujący domaga się zwiększenia finansowania właśnie w tym zakresie świadczeń, w którym uzyskany przez niego korzystny wynik punktowy znalazł najpełniejsze odzwierciedlenie, czego wyrazem było przedstawienie mu najwyższej propozycji finansowania spośród wszystkich wybranych Oferentów. Uwzględnienie takiego żądania nie prowadziłoby do usunięcia naruszenia zasad postępowania, lecz skutkowałoby przyznaniem Odwołującemu dodatkowego uprzywilejowania, wykraczającego poza rezultat wynikający z jednolitych zasad zastosowanych wobec wszystkich uczestników postępowania.

Organ wskazuje ponadto, że gdyby Odwołujący nie ograniczył wartości oferty w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla przypadków wymagających, Komisja Konkursowa, stosując ten sam jednolity mechanizm podziału środków finansowych, mogłaby przedstawić propozycję finansowania wyższą łącznie o 1 195 332,06 zł kwartalnie w ramach wskazanych zakresów świadczeń. Uwzględnienie postulatu Odwołującego prowadziłoby do zastosowania wobec niego szczególnego sposobu kontraktowania, odbiegającego od zasad przyjętych i stosowanych wobec pozostałych uczestników postępowania. Oznaczałoby to

przyznanie Odwołującemu preferencyjnego traktowania, niemającego podstaw ani w warunkach konkursu, ani w obowiązujących przepisach prawa.

Akceptacja stanowiska Odwołującego skutkowałaby zatem naruszeniem zasady równego traktowania Oferentów, wymagającej stosowania jednakowych reguł oceny ofert, prowadzenia negocjacji oraz podziału dostępnych środków finansowych wobec wszystkich podmiotów ubiegających się o zawarcie umowy z Funduszem.

W konsekwencji zgromadzony w sprawie materiał dowodowy nie potwierdza zasadności zarzutów podniesionych w odwołaniu. Przeciwnie, ustalony stan faktyczny wskazuje, że wobec Odwołującego zastosowano te same zasady oceny i kontraktowania, które obowiązywały wszystkich uczestników postępowania, zaś wysoka ocena punktowa jego oferty znalazła odzwierciedlenie w przedstawionych propozycjach finansowania. Tym samym zarzuty odwołania nie znajdują oparcia ani w okolicznościach faktycznych sprawy, ani w obowiązujących przepisach prawa, wobec czego nie mogą zostać uznane za zasadne.

W odniesieniu do zarzutu zastosowania przy podziale środków finansowych nieujawnionego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) kryterium strukturalnego w postaci ryczałtowego przelicznika bazy łóżkowej, co zdaniem Odwołującego miało prowadzić do niedozwolonego, podwójnego premiowania tego samego parametru infrastrukturalnego, uwzględnionego już na etapie oceny merytorycznej ofert, a także w odniesieniu do zarzutów dotyczących sposobu prowadzenia negocjacji, Organ wyjaśnia, co następuje. Przedstawione przez Odwołującego wyliczenia stanowią własną, hipotetyczną rekonstrukcję mechanizmu podziału środków finansowych, a nie odzwierciedlenie sposobu postępowania faktycznie zastosowanego przez Komisję Konkursową. Co więcej, rzeczywisty wynik postępowania pozostaje w sprzeczności z przedstawioną przez Odwołującego interpretacją.

W zakresie, w którym treść oferty Odwołującego nie ograniczała możliwości zastosowania przyjętego mechanizmu podziału środków, uzyskana przez niego wysoka ocena punktowa przełożyła się na przedstawienie najwyższej propozycji finansowania spośród wszystkich Oferentów wybranych do zawarcia umowy. Okoliczność ta przeczy twierdzeniu, jakoby przy ustalaniu propozycji finansowych decydujące znaczenie miało nieujawnione kryterium odnoszące się do bazy łóżkowej, a nie wynik oceny oferty.

Szczególnie istotne znaczenie dla oceny zasadności odwołania ma również przebieg negocjacji prowadzonych z Odwołującym. W toku postępowania Komisja Konkursowa przedstawiła Odwołującemu propozycję dotyczącą liczby świadczeń oraz wysokości finansowania. W negocjacjach uczestniczył należycie umocowany przedstawiciel Odwołującego, uprawniony do działania w jego imieniu. Przedstawiciel ten zapoznał się z propozycją Komisji Konkursowej, zaakceptował jej warunki oraz podpisał protokół negocjacji bez zgłoszenia jakichkolwiek uwag, zastrzeżeń lub sprzeciwu. Okoliczność ta ma istotne znaczenie dowodowe, gdyż potwierdza, że Odwołujący został poinformowany o proponowanych warunkach kontraktowania jeszcze przed rozstrzygnięciem postępowania i nie kwestionował ich na etapie negocjacji.

Nie zachodzi zatem sytuacja, w której Komisja Konkursowa po zakończeniu negocjacji jednostronnie ustaliła zakres rzeczowy lub finansowy umowy w sposób odmienny od przedstawionego Odwołującemu. Przeciwnie, propozycja, która następnie znalazła odzwierciedlenie w rozstrzygnięciu postępowania, była Odwołującemu znana, została przedstawiona jego należycie umocowanemu przedstawicielowi i została przez niego zaakceptowana bez zastrzeżeń.

Powyższe okoliczności dodatkowo potwierdzają, że sposób prowadzenia negocjacji był transparentny, zgodny z zasadami postępowania konkursowego oraz nie naruszał praw Odwołującego. Podpisany bez zastrzeżeń protokół negocjacji stanowi istotny dowód potwierdzający, że:

- Odwołujący znał wysokość proponowanego finansowania;
- Odwołujący znał zakres świadczeń przewidzianych do objęcia umową;
- Odwołujący miał możliwość przedstawienia swojego stanowiska oraz zgłoszenia uwag do propozycji Komisji Konkursowej;
- propozycja Komisji Konkursowej została zaakceptowana przez należycie umocowanego przedstawiciela Odwołującego;
- na etapie negocjacji nie podniesiono zarzutu, że uzyskany przez Odwołującego korzystny wynik punktowy powinien skutkować obowiązkiem zakontraktowania przez Fundusz całości świadczeń objętych ofertą.

Powyższe okoliczności wskazują, że Odwołujący miał pełną wiedzę co do warunków proponowanego kontraktowania jeszcze przed rozstrzygnięciem postępowania oraz realną możliwość zgłoszenia zastrzeżeń do przedstawionej propozycji. Skoro jednak propozycja ta została zaakceptowana bez uwag przez osobę uprawnioną do reprezentowania Odwołującego, podnoszone obecnie zarzuty dotyczące wysokości finansowania i zakresu zakontraktowanych świadczeń nie znajdują potwierdzenia w przebiegu negocjacji udokumentowanym protokołem.

W tym kontekście późniejsze twierdzenia Odwołującego, zgodnie z którymi Komisja Konkursowa była zobowiązana do przyznania mu większego zakresu świadczeń lub wyższego finansowania, pozostają w wyraźnej sprzeczności z przebiegiem negocjacji. Gdyby Odwołujący stał na stanowisku, że przedstawiona propozycja nie odzwierciedla w sposób właściwy wyniku punktowego uzyskanego przez jego ofertę albo że przysługuje mu uprawnienie do zakontraktowania całości świadczeń objętych ofertą, mógł zgłosić takie zastrzeżenia w toku negocjacji i doprowadzić do ich odnotowania w protokole. Nie zostało to jednak uczynione. Co więcej, ostateczne rozstrzygnięcie postępowania pozostawało zgodne z propozycją przedstawioną Odwołującemu w trakcie negocjacji, zaakceptowaną i podpisaną bez uwag przez jego należycie umocowanego przedstawiciela.

Brak jest zatem podstaw do twierdzenia, że zakres zakontraktowanych świadczeń lub wysokość finansowania zostały ustalone w sposób nieprzewidywalny lub nieuwzględniający stanowiska Odwołującego.

Należy również podkreślić, że negocjacje prowadzone przez Komisję Konkursową nie służą dowolnemu zwiększaniu wartości finansowania ponad poziom wynikający ze złożonej oferty, lecz ustaleniu warunków realizacji świadczeń w granicach wyznaczonych obowiązującymi przepisami prawa, warunkami postępowania oraz możliwościami finansowymi Funduszu. W konsekwencji brak przedstawienia Odwołującemu wyższej propozycji finansowej w poszczególnych zakresach świadczeń nie był następstwem błędnej kalkulacji Komisji Konkursowej ani działania na jego niekorzyść, lecz wynikał z wartości określonych przez samego Oferenta w ofercie oraz z konieczności stosowania jednolitych zasad obowiązujących wszystkich uczestników postępowania.

Nie można również pominąć okoliczności o zasadniczym znaczeniu dla oceny sprawy, że oferta Odwołującego została wybrana w przedmiotowym postępowaniu konkursowym. Nie zachodzi zatem sytuacja, w której oferta Odwołującego została odrzucona, pominięta lub nie doprowadziła do zawarcia umowy. Przeciwnie, Odwołujący został wybrany do realizacji świadczeń, a wysoka ocena punktowa uzyskana przez jego ofertę znalazła konkretne odzwierciedlenie w wysokości przedstawionych propozycji finansowania, w tym poprzez przyznanie najwyższej propozycji finansowej w jednym z zakresów objętych postępowaniem.

W istocie przedmiot sporu nie dotyczy prawidłowości przeprowadzenia oceny ofert ani samego wyboru Odwołującego do realizacji świadczeń, lecz wyłącznie wysokości przyznanego finansowania. Sam fakt, że Odwołujący oczekiwał zakontraktowania większej części oferowanych przez siebie świadczeń, nie stanowi jednak dowodu naruszenia zasad postępowania konkursowego. Dla wykazania zasadności odwołania konieczne byłoby bowiem wskazanie konkretnych okoliczności świadczących o nierównym traktowaniu Oferentów, zastosowaniu odmiennych kryteriów oceny lub naruszeniu obowiązujących przepisów prawa. Takich okoliczności w toku postępowania odwoławczego nie wykazano.

Komisja Konkursowa była zobowiązana do stosowania wobec wszystkich uczestników postępowania jednolitych zasad oceny ofert oraz podziału dostępnych środków finansowych. Temu celowi służył przyjęty mechanizm limitowania świadczeń i rozdysponowania środków, który został zastosowany w jednakowy sposób wobec wszystkich Oferentów.

Uwzględnienie obecnego żądania Odwołującego prowadziłoby natomiast do odstąpienia od tych zasad i zastosowania wobec niego szczególnego sposobu kontraktowania, zgodnie z którym, niezależnie od reguł obowiązujących pozostałych uczestników postępowania, Fundusz byłby zobowiązany do zakontraktowania całości świadczeń objętych jego ofertą. Takie rozwiązanie skutkowałoby nieuzasadnionym uprzywilejowaniem Odwołującego kosztem innych świadczeniodawców prawidłowo wybranych do zawarcia umów.

W konsekwencji zarzuty podniesione w odwołaniu nie wskazują na naruszenie przepisów prawa ani zasad prowadzenia postępowania konkursowego, które mogłoby uzasadniać zmianę jego rozstrzygnięcia. Zgromadzony materiał dowodowy potwierdza natomiast, że wobec Odwołującego zastosowano te same reguły postępowania, które obowiązywały wszystkich uczestników konkursu, a uzyskany przez niego wynik punktowy

został należycie uwzględniony przy ustalaniu zakresu i wartości proponowanego finansowania.

Organ stwierdza, że korzystny wynik punktowy uzyskany przez ofertę Odwołującego został w pełni uwzględniony przez Komisję Konkursową przy ustalaniu propozycji finansowych. W dwóch zakresach świadczeń to sam Odwołujący, poprzez wartości zadeklarowane w złożonej ofercie, wyznaczył maksymalną granicę możliwej propozycji finansowania. Komisja Konkursowa wykorzystała w tych zakresach pełny zakres możliwości wynikających z treści oferty i przedstawiła propozycję obejmującą świadczenia do maksymalnej wysokości wskazanej przez Oferenta. Nie było przy tym dopuszczalne przedstawienie propozycji przekraczającej zakres lub wartość świadczeń zadeklarowanych przez samego Odwołującego.

Należy również podkreślić, że wszędzie tam, gdzie treść oferty ograniczała możliwość dalszego zwiększenia propozycji finansowej, Komisja Konkursowa przedstawiła propozycję odpowiadającą maksymalnej wartości zaoferowanej przez Odwołującego. Natomiast w zakresie, w którym takie ograniczenie nie występowało, Odwołujący otrzymał najwyższą propozycję finansowania spośród wszystkich Oferentów wybranych do zawarcia umowy.

W tych okolicznościach żądanie zawarte w odwołaniu nie zmierza do wykazania, że korzystny wynik punktowy oferty został pominięty lub niedostatecznie uwzględniony, lecz sprowadza się do oczekiwania dalszego zwiększenia finansowania właśnie w tym zakresie świadczeń, w którym wynik ten znalazł najpełniejsze odzwierciedlenie.

Organ zwraca ponadto uwagę, że Odwołujący uczestniczył w negocjacjach za pośrednictwem osoby należycie umocowanej do jego reprezentowania. Przedstawiciel ten został zapoznany z propozycją Komisji Konkursowej dotyczącą zakresu świadczeń i wysokości finansowania, zaakceptował jej warunki oraz podpisał protokół negocjacji bez zgłoszenia jakichkolwiek uwag lub zastrzeżeń. Okoliczność ta potwierdza, że Odwołujący znał warunki proponowanego kontraktowania jeszcze przed rozstrzygnięciem postępowania i nie kwestionował ich na etapie negocjacji. Ostateczne rozstrzygnięcie postępowania pozostawało zgodne z propozycją przedstawioną Odwołującemu w toku negocjacji. Nie sposób zatem uznać, że zakres finansowania został mu narzucony w sposób arbitralny lub że nie posiadał wiedzy co do jego kształtu przed zakończeniem postępowania. Przeciwnie, propozycja Komisji

Konkursowej została przedstawiona, poddana negocjacjom, a następnie zaakceptowana przez należycie umocowanego przedstawiciela Odwołującego bez zgłoszenia uwag lub zastrzeżeń.

W tych okolicznościach późniejsze żądanie zwiększenia finansowania w zakresie świadczeń, w którym Odwołujący otrzymał najwyższą propozycję spośród wszystkich Oferentów wybranych do zawarcia umowy, należy ocenić nie jako rezultat ujawnienia naruszenia zasad postępowania konkursowego, lecz jako zmianę stanowiska Odwołującego po zakończeniu negocjacji i po ogłoszeniu rozstrzygnięcia postępowania.

Nie można również pominąć faktu, że w dwóch pozostałych zakresach świadczeń to sam Odwołujący, poprzez wartości zadeklarowane w złożonej ofercie, ograniczył możliwość pełniejszego wykorzystania korzystnego wyniku punktowego uzyskanego w postępowaniu, pomimo posiadania wiedzy o zapotrzebowaniu Funduszu określonym w ogłoszeniu o konkursie. Skutki decyzji podjętych przez Oferenta na etapie przygotowywania i składania oferty nie mogą być następnie przenoszone na Komisję Konkursową ani na pozostałych świadczeniodawców prawidłowo wybranych do zawarcia umów.

Postępowanie odwoławcze nie służy bowiem korygowaniu ex post decyzji ofertowych podjętych przez Oferenta ani kompensowaniu ich skutków poprzez przyznanie dodatkowego finansowania w innym zakresie świadczeń. Nie może ono również prowadzić do zwiększenia finansowania Odwołującego w jednym zakresie kosztem innych świadczeniodawców wybranych w postępowaniu, wyłącznie w celu zrekompensowania skutków sposobu skonstruowania oferty w pozostałych zakresach.

Dodatkowo należy wskazać, że przedstawiona przez Odwołującego rekonstrukcja sposobu rozdysponowania środków finansowych została oparta na założeniu ich przeliczenia według liczby łóżek. Tymczasem Komisja Konkursowa nie stosowała takiego mechanizmu przy ustalaniu propozycji finansowania.

W konsekwencji wyliczenia przedstawione przez Odwołującego mają charakter wyłącznie hipotetyczny i nie odzwierciedlają rzeczywistych zasad podziału środków zastosowanych w przedmiotowym postępowaniu.

Całokształt okoliczności sprawy prowadzi natomiast do wniosku odmiennego od prezentowanego przez Odwołującego. Oferta Odwołującego została wybrana w

postępowaniu konkursowym, co potwierdza, że uzyskany przez nią wynik oceny został uwzględniony przy rozstrzyganiu konkursu. Zarówno sposób ustalenia propozycji finansowych, jak i przebieg negocjacji wskazują, że korzystny wynik punktowy Odwołującego znalazł odzwierciedlenie w zakresie dopuszczalnym przez jednolite zasady podziału środków finansowych obowiązujące wszystkich uczestników postępowania oraz przez treść złożonej przez niego oferty. W dwóch zakresach świadczeń Komisja Konkursowa przedstawiła propozycje finansowania odpowiadające maksymalnym wartościom zadeklarowanym przez Odwołującego, natomiast w zakresie objętym zarzutami otrzymał on najwyższą propozycję finansowania spośród wszystkich Oferentów wybranych do zawarcia umowy.

Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, że przedstawiona Odwołującemu propozycja została zaakceptowana przez jego należycie umocowanego przedstawiciela, który podpisał protokół negocjacji bez zgłoszenia jakichkolwiek uwag lub zastrzeżeń. Ostateczne rozstrzygnięcie postępowania było zgodne z warunkami przedstawionymi i zaakceptowanymi w toku negocjacji. Nie sposób zatem przyjąć, że zakres finansowania został Odwołującemu narzucony arbitralnie lub że nie był mu znany przed rozstrzygnięciem postępowania.

W konsekwencji zgromadzony materiał dowodowy nie daje podstaw do uznania, że pozycja rankingowa Odwołującego została pominięta lub niedostatecznie uwzględniona przy ustalaniu warunków kontraktowania. Przeciwnie, ustalone okoliczności potwierdzają, że wysoka ocena punktowa oferty znalazła swoje odzwierciedlenie zarówno w wyniku postępowania, jak i w przedstawionych propozycjach finansowania, przy zachowaniu jednolitych zasad obowiązujących wszystkich uczestników konkursu. Tym samym zarzuty podniesione w odwołaniu nie znajdują potwierdzenia w ustalonym stanie faktycznym sprawy.

W konsekwencji należy stwierdzić, że postępowanie wyjaśniające przeprowadzone w związku z wniesionym odwołaniem nie wykazało, aby Komisja Konkursowa dopuściła się naruszenia zasad obowiązujących przy ocenie ofert, wyborze ofert do zawarcia umowy i przedstawieniu propozycji finansowania. Działanie Komisji w tym zakresie było prawidłowe i oparte na obowiązujących przepisach prawa. Stwierdzić zatem należy, że Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłoby spowodować uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego.

Wobec powyższego, przy braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należało je oddalić jak w sentencji decyzji.

POUCZENIE

Zgodnie z 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 z późn. zm.) niniejsza decyzja jest ostateczna. Stronie przysługuje prawo wniesienia skargi na decyzję na podstawie art. 52 § 1, art. 53 § 1 i art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2026 r., poz. 143) do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach, ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 2, 44-100 Gliwice (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).

Skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia decyzji za pośrednictwem Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, ul. S. Kossutha 13, 40-844 Katowice, upoważnionego na podstawie art. 268a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1691) do załatwiania spraw w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na podstawie art. 211, art. 212 § 1, art. 214, art. 219 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi oraz na podstawie § 2 ust. 6 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości oraz szczegółowych zasad pobierania wpisu w postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 535) strona jest zobowiązana uiścić wpis stały od skargi w wysokości 200 złotych bezpośrednio na rachunek bankowy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach lub uiścić gotówką do kasy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach. Końcówki opłat zaokrągla się wzwyż do pełnych złotych. Jeśli strona spełnia ku temu przesłanki, może ubiegać się o zwolnienie od kosztów albo przyznanie prawa pomocy.

Z upoważnienia

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
Katarzyna Adamek
/Dokument podpisany elektronicznie/

.....
(podpis i pieczęć imienna z podaniem
stanowiska)

Otrzymują:

1. Konfederacja Związków Zawodowych Górnictwa w Polsce, 40-127 Katowice, Plac
Grunwaldzki 8-10
2. Miejski Zespół Opieki Zdrowotnej w Łędzinach, 43-140 Łęziny, Asnyka 2
3. Uzdrowisko Goczałkowice-Zdrój spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 43-230
Goczałkowice-Zdrój, Uzdrowska 54
4. REPTY Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka, 42-600 Tarnowskie
Góry, Jana Śniadeckiego 1
5. Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny Pałac Kamieniec Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością, 42-674 Kamieniec, Polna 2
6. I Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w miejscu
7. II Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w miejscu
8. Wydział Organizacyjny w miejscu a/a

Osoba prowadząca sprawę

Dominika Wątroba, główny specjalista, Wydział Organizacyjny, Dział Organizacyjny

Tel. 32 735 19 77

Potwierdzam zgodność wydruku z dokumentem wydanym w postaci elektronicznej:

Identyfikator dokumentu	3500792.9170922.10182549
Nazwa dokumentu	decyzja administracyjna.pdf
Tytuł dokumentu	decyzja administracyjna
Sygnatura dokumentu	NFZ12-WO-I.4117.2.2026
Data dokumentu	11.09.2026 14:17:33
Skrót dokumentu	AA9BB2E022596EBE77B0ABF5B735ED23CD F466F9
Wersja dokumentu	1.1
Data podpisu	11.09.2026
Sygnatariusz	Katarzyna Adamek
Stanowisko	Dyrektor
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego
	EZD 3.136.31.31.
Data wydruku:	11.09.2026 15:11:41
Autor wydruku:	Wątroba Dominika