

Katowice, 11 września 2026 r.

Znak sprawy: NFZ12-WO-I.4117.7.2026

Znak pisma: 2026.577526.DW

DECYZJA Nr 3/12/2026/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 Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” Sp. z o.o., 42-200 Częstochowa, ul. Łukasińskiego 42/48, 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 30.11.2030 r., kod postępowania: 12-26-000061/REH/05/1/01, w rodzaju świadczeń 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:

- Ośrodek Rehabilitacyjny pod wezwaniem Świętego Rafała Archanioła W Rusinowicach, 42-700 Rusinowice, Zielona 23

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie orzeka:

oddalić odwołanie.

UZASADNIENIE

W dniu 21 kwietnia 2026 r. 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 października 2026 r. do 30 września 2031 r., kod postępowania: 12-26-000061/REH/05/1/01, w rodzaju świadczeń 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. częstochowski, kłobucki, lubliniecki, myszkowski, m. Częstochowa. W ogłoszeniu podano wartość zamówienia nie większą niż 2 118 546,36. Oferty w przedmiotowym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 5 maja 2026 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. W postępowaniu ogółem złożono 3 oferty. Odwołujący ofertę nr 12-26-000061/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 3 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 2 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nierówne potraktowanie Odwołującego względem innego świadczeniodawcy uczestniczącego w tym samym

postępowaniu oraz dokonanie podziału środków finansowych w sposób niezajdujący uzasadnienia w wynikach oceny ofert, polegające na przyznaniu Odwołującemu, pomimo uzyskania przez nią oceny wyższej o 17,651 pkt, w tym o 18 pkt w kryterium jakości, mniejszego udziału w budżecie postępowania niż świadczeniodawcy, którego oferta została oceniona istotnie niżej, a tym samym na zastosowaniu wobec porównywalnych świadczeniodawców niejednorodnych i nieproporcjonalnych zasad ustalenia ostatecznej wartości i wolumenu kontraktu.

- Brak transparentnych i jednolitych zasad ustalania ostatecznego wolumenu świadczeń
 - naruszenie art. 134 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez przeprowadzenie postępowania w sposób niezajdujący równego traktowania świadczeniodawców oraz dostatecznej transparentności zasad podziału środków, polegające na ustaleniu dla Odwołującego oraz konkurencyjnego świadczeniodawcy odmiennych ostatecznych wolumenów świadczeń, pomimo, że w odniesieniu do obu ofert negocjacje zakończyły się statusem „N”, tj. protokołem końcowym z rozbieżnymi stanowiskami stron, bez wskazania w dokumentacji postępowania obiektywnych, jednolitych i możliwych do zweryfikowania kryteriów uzasadniających tak odmienne rozstrzygnięcie, w szczególności redukcję wolumenu świadczeń Odwołującej o 31,4%.
- Pominięcie wyniku oceny jakościowej przy ustalaniu ostatecznego podziału środków – naruszenie art. 134 ust. 1. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez dokonanie ostatecznego podziału środków finansowych w sposób pozostający w oczywistej dysproporcji do wyników oceny ofert, w szczególności poprzez nieuwzględnienie, przy ustalaniu ostatecznego wolumenu świadczeń i wartości kontraktu, istotnej przewagi jakościowej oferty Odwołującego nad ofertą konkurencyjnego świadczeniodawcy, skutkujące sytuacją w której świadczeniodawcy oceniony wyżej pod względem jakości oraz łącznej punktacji uzyskał mniejszy udział w środkach przeznaczonych na realizację świadczeń niż świadczeniodawca oceniony gorzej, bez wskazania obiektywnych okoliczności uzasadniających takie odstępstwo od wyników przeprowadzonej oceny ofert.

- Naruszenie art. 142 ust. 5 i 6 w zw. z art. 148 ust. 1 oraz art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez ustalenie liczby świadczeń zakontraktowanych z Odwołującym w sposób nieuwzględniający wyniku przeprowadzonej oceny i pozycji Odwołującego w rankingu końcowym, polegające na istotnym ograniczeniu wolumenu świadczeń zaoferowanego przez Odwołującego, pomimo, że jego oferta została oceniona jako najkorzystniejsza i zajęła pierwsze miejsce w rankingu, a Odwołujący deklarował gotowość i posiadał potencjał do realizacji większego wolumenu świadczeń, przy jednoczesnym przeznaczeniu pozostałej części środków na zakup świadczeń od oferenta zajmującego dalszą pozycję w rankingu i ocenionego o 17,651 pkt niżej, bez wykazania obiektywnych przesłanek uzasadniających takie ograniczenie zakresu świadczeń nabywanych od oferenta najwyżej ocenianego.

W uzasadnieniu złożonego odwołania Odwołujący podniósł w szczególności, że Komisja Konkursowa nie wybrała jego oferty jako najkorzystniejszej, kwalifikując ją na drugim miejscu w rankingu ofert, co wynikało z wartości finansowych zakontraktowanych u obu Oferentów. Zdaniem Odwołującego Narodowy Fundusz Zdrowia powinien w pierwszej kolejności zakontraktować całość oferty świadczeniodawcy, który uzyskał najwyższą liczbę punktów w postępowaniu, a następnie, w zakresie niezaspokojonym przez tę ofertę, zakontraktować odpowiednią część oferty kolejnego świadczeniodawcy, aż do wyczerpania ustalonego zapotrzebowania.

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 11.09.2026 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 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.

Ocena ofert w postępowaniu była dokonywana w oparciu o wskazane wcześniej 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. Ogłoszenie o konkursie zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, w tym powyższych rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ. Nadto ich treść była dostępna dla świadczeniodawców na stronach internetowych zarówno Centrali NFZ, jak i Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, oceny ofert dokonuje się według kryteriów: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny. Rozporządzenie wskazuje szczegółowo parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładny sposób oceny oferty pod względem kryterium ceny. Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania.

W przedmiotowym postępowaniu złożono trzy oferty. W wyniku weryfikacji Odwołujący został wezwany do uzupełnienia braków formalnych w ofercie, a po ich uzupełnieniu 8 maja 2026 r. stwierdzono, że oferta złożona przez Centrum Opieki i Rehabilitacji „Zdrowie” Sp. z o.o., spełnia wymagania formalne zamieszczone w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W toku dalszej weryfikacji oferty Komisja Konkursowa zwróciła się do Oferenta o następujące wyjaśnienia:

- W jaki sposób Oferent spełnia warunek dotyczący zapewnienia pomocy lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia pacjentów w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych, na wezwanie pielęgniarki,
- Udokumentowanie, że wykazany w cz. V oraz cz. VII oferty sprzęt, komora kriogeniczna jest wieloosobowa oraz posiada zakres uzyskiwanych temperatur od – 120°C do -150°C z możliwością obserwacji świadczeniobiorcy w trakcie zabiegu.
- Ponadto poproszono Oferenta o wyjaśnienie zasadności udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe : 1.4.1.2.REH_W Rozliczeniu na rzecz świadczeniobiorców do 18 r.ż. w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty - ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń.

W wyjaśnieniach złożonych w dniach 21 i 29 maja br. Oferent wskazał, że zapewnia całodobową opiekę lekarską zarówno przy udziale własnego personelu medycznego, jak i poprzez wsparcie zewnętrznego zespołu ratownictwa medycznego. Z kolei sprzęt wykazany w części V i VI oferty, tj. komora kriogeniczna, stanowi urządzenie jednoosobowe, umożliwiające prowadzenie zabiegów w temperaturze od -120°C do -150°C. Podkreślenia wymaga, że Oferent nie uzyskał dodatkowej punktacji z tytułu posiadania komory kriogenicznej w lokalizacji udzielania świadczeń, ponieważ w odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 1.2.3.7 wskazał odpowiedź „NIE”. W odpowiedzi na pytanie dotyczące zasadności udzielenia odpowiedzi „ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń” Oferent wyjaśnił, że w jego ocenie pytanie odnosiło się do wszystkich zakresów świadczeń realizowanych w ramach umowy nr 123/208139/05/2025 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2025-2026, a nie wyłącznie do zakresu objętego niniejszym postępowaniem konkursowym. Po analizie złożonych wyjaśnień Komisja Konkursowa uznała je za wystarczające i przyjęła stanowisko Oferenta. W tym miejscu należy wyjaśnić, że wskazane powyżej pytanie ankietowe mieści się w kryterium „ciągłość”, odnoszącym się do organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającej kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającej ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego rodzaju i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązującej w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy. Oferta została złożona w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, na obszarze obejmującym p. częstochowski, kłobucki, lubliniecki, myszkowski, m. Częstochowa. W związku z powyższym przedmiotowe pytanie ankietowe odnosiło się wyłącznie do rodzaju i zakresu świadczeń objętych niniejszym postępowaniem konkursowym. Z danych zgromadzonych w systemie informatycznym Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wynika, że we wskazanym w pytaniu okresie Oferent nie realizował świadczeń na rzecz pacjentów do 18. roku życia w rodzaju i zakresie objętym postępowaniem. Tym samym udzielona przez Oferenta odpowiedź „Ponad 70% wartości zrealizowanych świadczeń” nie odpowiadała stanowi faktycznemu. W konsekwencji Komisja Konkursowa uznała, że odpowiedź została udzielona błędnie, i dokonała jej zmiany z „Ponad 70% wartości

zrealizowanych świadczeń” na „Żadna z powyższych”. W rezultacie zmianie uległa również punktacja przyznana w ofercie na ww. kryterium z „3” na „0”.

W tym miejscu wyjaśnić należy, że oferta Odwołującego została zweryfikowana pod względem spełniania warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, posiadała również potencjał wymagany do realizacji umowy w przedmiotowym rodzaju i zakresie świadczeń, a wszystkie wyjaśnienia złożone przez oferenta zostały przyjęte. W efekcie przedmiotowa oferta została zakwalifikowana, wraz z dwoma pozostałymi ofertami, do części niejawnej postępowania konkursowego.

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 trzy oferty, 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 trzy oferty złożone w postępowaniu konkursowym zostały ocenione na podstawie tych samych, obowiązujących aktów prawnych, w odniesieniu do ww. kryteriów wyboru ofert.

W odniesieniu do zarzutu nierównego traktowania uczestników postępowania konkursowego, a w konsekwencji podziału środków finansowych w sposób nieodpowiadający kolejności wynikającej z rankingu końcowego, należy wskazać, że zarzut ten nie zasługuje na uwzględnienie. Przedmiotowe postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji i równego traktowania Oferentów. Liczba punktów uzyskanych przez Oferenta w rankingu końcowym stanowi wynik oceny oferty dokonanej na podstawie odpowiedzi udzielonych w ankiecie ofertowej oraz przypisanych im wartości punktowych, zgodnie z kryteriami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. Jednocześnie podkreślić należy, że uzyskanie najwyższej liczby punktów w rankingu końcowym nie rodzi automatycznie obowiązku zakontraktowania świadczeń w pełnej wartości odpowiadającej potencjałowi zadeklarowanemu przez Oferenta. Pozycja rankingowa stanowi jeden z elementów uwzględnianych podczas podejmowania rozstrzygnięcia, obok innych istotnych okoliczności, takich jak wysokość środków finansowych przeznaczonych na postępowanie, warunki określone w ogłoszeniu konkursowym oraz konieczność zapewnienia właściwej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla uprawnionych świadczeniobiorców. Ustalając wartość proponowanego finansowania, Komisja Konkursowa uwzględniła wynik oceny oferty Oferenta, w tym zajęty przez niego pozycję w rankingu końcowym. Przyznana wartość umowy nie była zatem wynikiem pominięcia pozycji rankingowej Oferenta ani zastosowania wobec niego odmiennych zasad podziału środków finansowych, lecz konsekwencją zastosowania jednolitych i jednakowych dla wszystkich uczestników postępowania reguł oceny oraz kontraktowania świadczeń. Organ wyjaśnia, że w kwestii ustalenia wysokości zobowiązania Funduszu wobec Oferentów uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu należy wskazać, że Komisja Konkursowa dysponowała ograniczoną kwotą środków finansowych określoną w ogłoszeniu o postępowaniu i była zobowiązana do ich rozdysponowania pomiędzy Oferentów wybranych do zawarcia umowy. W tym celu zastosowano jednolite zasady ustalania wartości kontraktów dla wszystkich zakresów objętych postępowaniem, tj. zakresu podstawowego rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz zakresów skojarzonych: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla

przypadków wymagających szczególnej intensywności świadczeń oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Mechanizm ten nie przewidywał jednak automatycznego zakontraktowania w pierwszej kolejności pełnej wartości oferty podmiotu, który uzyskał najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym, a następnie rozdysponowania pozostałych środków pomiędzy kolejnych Oferentów. Takie rozwiązanie nie wynikało ani z warunków postępowania, ani z obowiązujących przepisów regulujących zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Uwzględnienie postulatu Odwołującego prowadziłoby do zastosowania wobec niego szczególnego sposobu kontraktowania, odmiennego od zasad przyjętych wobec pozostałych uczestników postępowania. Tym samym uwzględnienie stanowiska Odwołującego prowadziłoby do naruszenia zasady równego traktowania Oferentów, wymagającej stosowania jednakowych reguł oceny ofert oraz podziału środków finansowych wobec wszystkich podmiotów ubiegających się o zawarcie umowy z Funduszem. W konsekwencji zarzuty podniesione w odwołaniu nie znajdują potwierdzenia zarówno w ustalonym stanie faktycznym sprawy, jak i w obowiązujących przepisach prawa, a tym samym nie mogą zostać uznane za zasadne.

Odnosząc się do zarzutu braku jednolitych zasad ustalania ostatecznego wolumenu świadczeń, należy wskazać, że nie znajduje on potwierdzenia w okolicznościach przedmiotowego postępowania konkursowego. Przepisy ustawy oraz akty wykonawcze, w tym rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r., określają zasady oceny ofert oraz kryteria ich wyboru, nie przewidując jednak jednego, obligatoryjnego sposobu podziału środków finansowych pomiędzy świadczeniodawców wyłonionych w postępowaniu. Komisja Konkursowa była zatem uprawniona do przyjęcia jednolitych zasad ustalania propozycji finansowych, przy zachowaniu wymogów określonych w art. 134 ust. 1 ustawy, tj. zasad równego traktowania świadczeniodawców, uczciwej konkurencji, jawności oraz przejrzystości postępowania. Przyjęta metoda ustalania propozycji finansowych była stosowana w jednakowy sposób wobec wszystkich Oferentów uczestniczących w postępowaniu i miała na celu zapewnienie obiektywnego, przejrzystego oraz weryfikowalnego sposobu rozdysponowania środków finansowych pozostających w dyspozycji Funduszu. Istotnym elementem wpływającym na wysokość proponowanego finansowania był wynik oceny ofert,

wyrażony liczbą punktów uzyskaną w rankingu końcowym. Jednocześnie przy ustalaniu wartości poszczególnych umów uwzględniano również możliwość rzeczywistej realizacji świadczeń przez danego świadczeniodawcę, w tym jego potencjał wykonawczy oraz organizacyjny. Komisja Konkursowa, ustalając propozycję finansowania dla Oferenta, uwzględniła zarówno wynik oceny jego oferty, jak i zajęta przez niego wysoką pozycję w rankingu końcowym. Przyznana wartość umowy nie była zatem skutkiem pominięcia pozycji rankingowej Oferenta ani zastosowania wobec niego odmiennych lub mniej korzystnych zasad podziału środków finansowych, lecz wynikała z zastosowania jednolitych reguł obowiązujących wszystkich uczestników postępowania konkursowego. Komisja Konkursowa, dokonując podziału środków pomiędzy poszczególnych oferentów w ramach wartości postępowania, przyjęła następujące wagi: 60% dla udziału wynikającego z liczby punktów uzyskanych w postępowaniu konkursowym oraz 40% dla udziału wynikającego z potencjału wykonawczego wyrażonego liczbą łóżek zgłoszonych do realizacji świadczeń w ofercie. Przyjęte proporcje odzwierciedlają założenie, że podstawowe znaczenie dla podziału środków powinien mieć wynik oceny ofert uzyskany w postępowaniu konkursowym. Waga 60% przypisana wynikowi postępowania zapewnia nadrzędne znaczenie oceny ofert dokonanej zgodnie z kryteriami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. Wynik konkursu stanowi bowiem obiektywny miernik jakości, dostępności oraz kompleksowości ofert ocenianych według obowiązujących kryteriów. Jednocześnie waga 40% przypisana potencjałowi wykonawczemu umożliwia uwzględnienie rzeczywistych możliwości realizacji świadczeń przez poszczególnych świadczeniodawców. Liczba łóżek zgłoszonych do realizacji świadczeń stanowiła w niniejszym postępowaniu miarodajny wskaźnik zdolności wykonawczej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, mający bezpośredni wpływ na zakres możliwych do wykonania świadczeń oraz efektywność wykorzystania środków publicznych. Przyjęty sposób podziału środków zapewnia zachowanie decydującego znaczenia wyniku postępowania konkursowego, przy jednoczesnym uwzględnieniu potencjału wykonawczego świadczeniodawców. Takie rozwiązanie sprzyja racjonalnemu i efektywnemu gospodarowaniu środkami publicznymi oraz zapewnieniu odpowiedniej dostępności świadczeń dla świadczeniobiorców.

W konsekwencji brak jest podstaw do uznania, że przy ustalaniu ostatecznego wolumenu świadczeń naruszono zasadę równego traktowania oferentów lub odstąpiono od przyjętych zasad postępowania. Twierdzenie, że wartość przyznanego finansowania była niższa od wartości wynikającej z dotychczas obowiązującej umowy lub od wartości oczekiwanej przez Oferenta, w żaden sposób nie świadczy o nieuprawnionym ograniczeniu finansowania ani o naruszeniu zasad prowadzenia postępowania konkursowego. Nie można utożsamiać wartości świadczeń realizowanych na podstawie umowy zawartej w poprzednim okresie rozliczeniowym z wartością finansowania ustalaną w ramach nowego postępowania konkursowego. Organ wyjaśnia, że każde postępowanie konkursowe stanowi odrębną procedurę, prowadzoną w oparciu o aktualnie obowiązujące warunki konkursu, wyniki oceny ofert oraz środki finansowe pozostające w dyspozycji Funduszu. Wynik postępowania jednoznacznie potwierdza, że oferta Oferenta została oceniona bardzo wysoko i uzyskała najwyższą pozycję w rankingu końcowym. Okoliczność ta została uwzględniona przez Komisję Konkursową przy ustalaniu propozycji finansowej. Nie znajduje zatem żadnego potwierdzenia twierdzenie, że pozycja rankingowa Oferenta została pominięta lub że zastosowano wobec niego mniej korzystne zasady podziału środków finansowych. Zastosowane zasady nie przewidywały automatycznego finansowania świadczeń do wysokości oczekiwanej przez Oferenta ani do wysokości wynikającej z jego potencjału wykonawczego. Okoliczność, że przyjęta metodologia w określonych przypadkach dopuszczała możliwość ustalenia wyższej wartości finansowania, nie oznaczała powstania po stronie Oferenta roszczenia o przyznanie środków w takiej wysokości. W konsekwencji brak jest podstaw do twierdzenia, że ustalona wartość finansowania została określona w sposób dowolny lub dyskryminujący. Stanowi ona rezultat zastosowania jednolitych zasad obowiązujących wszystkich uczestników postępowania oraz racjonalnego rozdysponowania środków finansowych pozostających w dyspozycji Funduszu, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich uprawnionych świadczeniobiorców. Zarzut Odwołującego w tym zakresie należy zatem uznać za całkowicie niezasadny.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego dotyczącego pominięcia oceny jakościowej przy podziale środków finansowych należy wskazać, że zarzut ten nie znajduje potwierdzenia w okolicznościach sprawy. Podkreślenia wymaga fakt, że za wykazany potencjał stanowiący

element kryterium jakościowego, Oferent uzyskał liczbę punktów odpowiadającą wymogom oraz zasadom określonym w rozporządzeniu kryterialnym. Ocena ta została w pełni uwzględniona w procesie oceny oferty. Organ wyjaśnia, że ranking końcowy stanowi wynik kompleksowej oceny ofert przeprowadzonej na podstawie wszystkich kryteriów przewidzianych przepisami prawa, w tym w szczególności kryterium jakości, ciągłości, dostępności oraz kompleksowości udzielanych świadczeń. Tym samym pozycja zajęta przez Oferenta w rankingu końcowym uwzględnia również ocenę jakościową jego oferty. Jak wskazano powyżej, wysoka pozycja rankingowa, nawet najwyższa, nie kreuje po stronie Oferenta prawa do uzyskania finansowania w wysokości odpowiadającej pełnej wartości świadczeń zgłoszonych w ofercie. Wysokość zobowiązania Funduszu ustalana jest z uwzględnieniem całokształtu okoliczności związanych z procesem kontraktowania świadczeń, w szczególności wysokości środków finansowych przeznaczonych na postępowanie, konieczności zapewnienia dostępności świadczeń dla świadczeniobiorców oraz zasad obowiązujących wszystkich uczestników postępowania. W przedmiotowym postępowaniu konkursowym określono wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 2 118 546,36 zł, dokonując jednocześnie jej podziału na cztery zakresy świadczeń oraz wskazując planowane zapotrzebowanie w poszczególnych zakresach. Ponadto określono maksymalną liczbę umów możliwych do zawarcia na poziomie dwóch, rozumianych jako dwa miejsca udzielania świadczeń. Ocena ofert została przeprowadzona według jednolitych zasad stosowanych wobec wszystkich Oferentów. Nie można zatem przyjąć, że uzyskanie wysokiej liczby punktów lub zajęcie wysokiej pozycji w rankingu skutkuje powstaniem po stronie Oferenta roszczenia o finansowanie w pełnej wysokości wskazanej w ofercie. Oferta Odwołującego uzyskała wysoką ocenę punktową w zakresie świadczeń objętych postępowaniem, a wynik ten został uwzględniony przez Komisję Konkursową przy ustalaniu propozycji finansowej. Należy jednak wyraźnie odróżnić ocenę punktową oferty od ostatecznej wartości finansowania ustalonej w wyniku postępowania konkursowego. Ocena punktowa wpływa na pozycję Oferenta w rankingu oraz stanowi jeden z elementów branych pod uwagę przy podziale środków finansowych, nie przesądza jednak samodzielnie o wartości zawieranej umowy.

W konsekwencji nie można podzielić stanowiska Odwołującego, jakoby ocena jakościowa jego oferty została pominięta przy podziale środków finansowych. Przeciwnie, została ona uwzględniona w ramach oceny oferty i znalazła odzwierciedlenie w uzyskanym wyniku rankingowym oraz przedstawionej propozycji finansowania. Zarzut Odwołującego w tym zakresie należy zatem uznać za bezzasadny.

W odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 142 ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Organ wyjaśnia, że zarzut ten nie znajduje uzasadnienia w okolicznościach sprawy. Przedmiotowe postępowanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w ustawie, warunkach postępowania, warunkach zawierania umów oraz warunkach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wszystkie oferty złożone w postępowaniu zostały poddane jednolitej ocenie, przeprowadzonej na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Ocena ta obejmowała zarówno weryfikację spełniania warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, jak i ocenę ofert według kryteriów wskazanych w przepisach prawa oraz dokumentacji postępowania. Ranking końcowy stanowił odzwierciedlenie wyników tej oceny i kolejności ofert wynikającej z uzyskanej punktacji:

Ranking końcowy	Cena	punkty razem za niecenyowe kryteria	punkty łącznie
Centrum Opieki i Rehabilitacji ZDROWIE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	9,651	70	79,651
OŚRODEK REHABILITACYJNY POD WEZWANIEM ŚWIĘTEGO RAFAŁA ARCHANIOŁA W RUSINOWICACH	10	52	62
MAGDALENA TARASEK FIRMA PRO- KOM BIS	10	51	61

W świetle powyższego brak jest podstaw do stwierdzenia, że w toku postępowania doszło do naruszenia zasad zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wszystkie czynności Komisji Konkursowej były podejmowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami regulującymi prowadzenie postępowania konkursowego. Oferta Odwołującego została sklasyfikowana na pierwszej pozycji rankingu końcowego, uzyskując łącznie 79,651 pkt. Okoliczność ta została w pełni uwzględniona przy ustalaniu propozycji finansowej. Podkreślenia wymaga jednak, że uzyskanie najwyższej liczby punktów w rankingu nie skutkuje powstaniem po stronie Oferenta prawa do zawarcia umowy w pełnej wartości odpowiadającej złożonej ofercie ani obowiązku sfinansowania przez Fundusz całego zgłoszonego potencjału. Należy mieć na uwadze, że Śląski Oddział Wojewódzki NFZ dokonuje podziału środków finansowych zgodnie z zasadami gospodarki finansowej i w granicach środków przeznaczonych na dane postępowanie. Przy ustalaniu wartości poszczególnych umów uwzględniane są nie tylko wyniki oceny ofert, lecz również możliwość rzeczywistej realizacji świadczeń przez Oferentów, w tym ich potencjał wykonawczy oraz organizacyjny. Celem postępowania konkursowego nie jest wyłącznie zabezpieczenie potencjału świadczeniodawcy, który uzyskał najwyższą ocenę, lecz zapewnienie świadczeniobiorcom rzeczywistego i stabilnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Z tego względu konstrukcja przedmiotowego postępowania przewidywała możliwość wyboru więcej niż jednego świadczeniodawcy. Wskazać także należy, że konkurs ofert ma charakter konkurencyjny i eliminacyjny, a liczba zawieranych umów oraz ich wartość są determinowane wysokością środków finansowych przeznaczonych na postępowanie i wskazanych w ogłoszeniu konkursowym. Należy przy tym podkreślić, że Komisja Konkursowa jest związana warunkami postępowania określonymi w ogłoszeniu oraz planem zakupu świadczeń, które wyznaczają wartość świadczeń przewidzianych do zakontraktowania na danym obszarze, a także maksymalną liczbę umów lub miejsc udzielania świadczeń możliwych do objęcia kontraktem. W konsekwencji argumenty podniesione przez Odwołującego, sprowadzające się do twierdzenia, że uzyskanie najwyższej pozycji rankingowej powinno skutkować zakontraktowaniem pełnej wartości oferty, nie znajdują oparcia w obowiązujących przepisach prawa ani w zasadach prowadzenia postępowań konkursowych. Komisja Konkursowa była zobowiązana do stosowania wyłącznie kryteriów i zasad określonych w ustawie oraz w aktach

wykonawczych wydanych na jej podstawie. Kryteria te zostały zastosowane wobec wszystkich uczestników postępowania w sposób jednolity i niedyskryminujący. Tym samym brak jest podstaw do uznania, że doszło do naruszenia art. 142 ust. 5 i 6 ustawy lub że rozstrzygnięcie postępowania zostało wydane z naruszeniem prawa.

Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie oraz wskazanych wcześniej aktach wykonawczych Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ. Komisja Konkursowa w ramach postępowania konkursowego stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Zgodnie z art. 134 ust. 2 ustawy wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim oferentom na tych samych zasadach, dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Taki sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich Oferentów. W świetle powyższych okoliczności należy uznać, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron.

W konsekwencji zgromadzony materiał dowodowy nie daje podstaw do uznania, że pozycja rankingowa Odwołującego została pominięta lub niedostatecznie uwzględniona przy ustalaniu warunków kontraktowania. 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. Centrum Opieki i Rehabilitacji ZDROWIE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
42-200 Częstochowa, Łukasieńskiego 42/48
2. OŚRODEK REHABILITACYJNY POD WEZWANIEM ŚWIĘTEGO RAFAŁA ARCHANIOŁA
W RUSINOWICACH, 42-700 Rusinowice, Zielona 23
3. I Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w miejscu
4. II Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w miejscu
5. 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	3501964.9165626.10183275
Nazwa dokumentu	decyzja administracyjna.pdf
Tytuł dokumentu	decyzja administracyjna
Sygnatura dokumentu	NFZ12-WO-I.4117.7.2026
Data dokumentu	11.09.2026 14:45:56
Skrót dokumentu	7D22898C89678DBB1A639BED948B5E6DBC 54024B
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 15:06:27
Autor wydruku:	Wątroba Dominika