

DP.422.49.2018  
2018.11820.JKA1

Warszawa, dnia 29 czerwca 2018 r.

**ODWOŁUJĄCY:****MEDICUS S.C. ZOFIA LIPIŃSKA, WERONIKA LIPIŃSKA**  
JELENIA 30A, 05-807 PODKOWA LEŚNA**STRONA POSTĘPOWANIA:****SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY**  
UL. BANACHA 1A, 02-097 WARSZAWA**DECYZJA NR 39/2018/ODW**

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) [dalej jako ustawa], w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 1257 z późn. zm.) [dalej jako k.p.a.]:

**ODD A L A M**

odwołanie wniesione przez Medicus S.C. Zofia Lipińska, Weronika Lipińska [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-18-000382/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie [dalej MOW NFZ] w trybie konkursu ofert w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych.

**UZASADNIENIE**

1. Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia (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 ustawy.

W myśl art. 154 ust. 1, 2 i 3 ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego 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. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Stronami postępowania odwoławczego, o którym mowa w art. 154 ust. 1-3 ustawy, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. W dniu 26 kwietnia 2018 r. Dyrektor MOW NFZ ogłosił postępowanie nr 07-18-000382/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie żywienia dojelitowe w warunkach domowych na okres od dnia 1 lipca 2018 r. do dnia 30 czerwca 2022 r., wskazując na możliwość zawarcia maksymalnie jednej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Odwołujący złożył ofertę z zachowaniem terminu określonego w ogłoszeniu o postępowaniu.

Komisja konkursowa dokonała wszechstronnej analizy złożonych ofert, pod kątem spełnienia przez oferentów wymogów koniecznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2017 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357 z późn. zm.) (Dz. U. z 2017 r., poz. 2295 z późn. zm.) [dalej jako rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych] oraz kryteriów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej



(Dz.U. z 2016 r. poz. 1372 z późn. zm.) [dalej jako rozporządzenie kryterialne] tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny.

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 14 czerwca 2018 r. Do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wybrany został jeden oferent, który w rankingu końcowym z przeprowadzonego postępowania otrzymał największą liczbę punktów.

W wyniku rozstrzygnięcia postępowania oferta Odwołującego zajęła 4 miejsce, tym samym nie została wybrana do udzielania świadczeń. Ranking końcowy z przeprowadzonego postępowania stanowi załącznik do niniejszej decyzji.

Odwołujący w dniu 21 czerwca 2018 r. złożył w odwołanie od powyższego rozstrzygnięcia, tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie.

We wniesionym środku odwoławczym Odwołujący zarzuca naruszenie przez Komisję konkursową zasad przeprowadzania postępowania konkursowego polegające na naruszeniu zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zarzuca, iż oferent wybrany do zawarcia umowy nie jest w stanie zapewnić opieki zdrowotnej w terminie zawarcia umowy wynikającym z ogłoszenia o postępowaniu oraz, że nie jest w stanie objąć opieką zdrowotną wszystkich pacjentów, którym w chwili obecnej świadczeń opieki zdrowotnej w kontraktowanym zakresie udziela Odwołujący.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 k.p.a., został poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

3. W ocenie Dyrektora MOW NFZ odwołanie, nie zasługuje na uwzględnienie, ponieważ Odwołujący nie wykazał w jaki sposób wynik postępowania narusza jego interes prawny.

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, co determinuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego (wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r., sygn. VII SA/Wa 2012/08). Poza ustaleniem samego faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany jest do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Skuteczne wniesienie odwołania jest zatem

ściśle uzależnione od związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy naruszeniem zasad postępowania a uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy.

Należy zauważyć, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego, a wręcz, że ma on wprost charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 września, sygn. akt I SA 2326/00). Tak pojmowany interes prawny oferenta polega na tym, żeby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając przewidziany prawem zakres swobody komisji konkursowej, umożliwiając wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich jakość, kompleksowość oraz dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami.

4. Podtrzymując systematykę zarzutów przyjętą przez Odwołującego w uzasadnieniu odwołania w pierwszej kolejności odnieść należy się do zarzutu naruszenia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniobiorców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odwołujący wskazuje, iż zasada równego traktowania wszystkich świadczeniobiorców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie była przestrzegana w postępowaniu konkursowym z uwagi na ogłoszenie postępowania nr 07-18-000382/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 na obszarze powiatów grodziskiego, legionowskiego, nowodworskiego, otwockiego, piaseczyńskiego, pruszkowskiego, sochaczewskiego, Warszawa, warszawski zachodni, wołomiński, żyrardowski, co zdaniem Odwołującego doprowadziło do dyskryminacji oferentów, którzy są placówkami niepublicznymi.

Powyższy zarzut Odwołujący wiąże z odwołaniem postępowania konkursowego nr 07-18-000066/SOK/11/1/11.0000.048.02/01, które ogłoszone zostało dla rodzaju i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej zbieżnego z przedmiotowym postępowaniem konkursowym, jednakże dla innego obszaru.

W tym miejscu wskazać należy, iż Dyrektor MOW NFZ odwołując w dniu 5 stycznia 2018 r. postępowanie konkursowe nr 07-18-000066/SOK/11/1/11.0000.048.02/01 skorzystał



z przysługującego mu, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 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 2014 r., poz. 1980 z późn. zm.), zwanego dalej rozporządzeniem konkursowym, uprawnienia do odwołania postępowania do dnia składania ofert. Zgodnie z rozporządzeniem konkursowym, ogłoszenie o postępowaniu zawierało powyższe zastrzeżenie.

Niezależnie od powyższego, wskazać należy, iż Odwołujący kwestionując sposób określenia obszaru kontraktowania jako prowadzący do naruszenia zasady równego traktowania, wykracza poza granice środka odwoławczego, jakim jest odwołanie określone w art. 152 ust. 1 ustawy w zw. z art. 154 ust. 1 ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach, 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. Przepis art. 154 ust. 1 zdanie pierwsze tej ustawy stanowi, że świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie (art. 154 ust. 3).

W tym miejscu należy przytoczyć wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 11 kwietnia 2017 r. sygn. akt II GSK 1971/15, zgodnie z którym „(...) postępowanie zainicjowane odwołaniem wszczyna postępowanie administracyjne, które pełni funkcję kontrolną w stosunku do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (postępowania konkursowego). Odwołanie jako środek zaskarżenia służy, co do zasady, weryfikacji zaskarżonego rozstrzygnięcia, umożliwiając jego wzruszenie. Z art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach wynika, że przedmiotem kontroli w postępowaniu administracyjnym, wszczętym odwołaniem jest rozstrzygnięcie wydane w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (z uwzględnieniem wyłączeń określonych w art. 152 ust. 2 ustawy), polegające na dokonaniu wyboru świadczeniodawców, z którymi zostaną zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i siłą rzeczy wskazujące świadczeniodawców, którzy nie zostali zakwalifikowani do zawarcia takich umów. W związku z tym należy stwierdzić, że odwołanie dotyczy rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i co do zasady nie ma podstaw do

*stosowania tego środka odwoławczego do władczych rozstrzygnięć organów poprzedzających ogłoszenie danego postępowania konkursowego jak sposób podziału środków funduszu na poszczególne obszary kontraktowania oraz wyznaczenie obszarów kontraktowych. Jak słusznie wskazał Sąd I instancji dziedzina ta nie została poddana przez ustawodawcę kontroli sądowej. Kontroli w postępowaniu administracyjnym, a następnie sądowym podlega tylko dane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.*

Odwołujący nie wykazuje, iż w toku postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej doszło do naruszenia zasad postępowania, lecz zwalcza sposób wyznaczenia obszarów kontraktowych, które w ocenie Odwołującego narusza prawo oferentów do równego traktowania.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy 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. Ponadto 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 udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Sposób wykładni powyższego przepisu został trafnie zaprezentowany w wyroku WSA z dnia 20 lutego 2018 r. sygn. Akt VI SA/Wa 1885/17 w następującym brzmieniu: „Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu tych samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Naruszeniem tej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców.”. Powyższy sposób realizacji standardu równego traktowania został w pełni zrealizowany i skutkował wyborem oferentów, których oferty uzyskały wyższą punktację od Odwołującego się. Powyższe oznacza, że to właśnie reguła równego traktowania oferentów doprowadziła do rozstrzygnięcia z którym nie zgadza się Odwołujący powołując się na art. 134 ustawy.

W trakcie postępowania dokonano oceny ofert z wykorzystaniem systemu informatycznego MOW NFZ w oparciu o jednolite kryteria oceny ofert dla wszystkich świadczeniodawców określone w powołanym wyżej rozporządzeniu kryterialnym.

Należy wyjaśnić, że metodyka wyliczenia punktów składających się na ocenę zawartą w rankingu powstaje przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej



łącznej liczby punktów oceny. Powyższe narzędzie informatyczne służące do wyliczenia punktacji dokonuje go na podstawie danych przekazanych w ofercie przez biorących udział w postępowaniu świadczeniodawców. Uprawnione jest zatem twierdzenie, że to sam oferent kształtując swoją ofertę, determinuje ilość punktów, które uzyska w omawianym tu rankingu końcowym. Podkreślenia wymaga, że postulat równego traktowania oferentów o którym mowa w art. 134 ustawy, jest tutaj realizowany poprzez fakt jednolitego zastosowania powyższego narzędzia informatycznego służącego do sporządzenia rankingów. Powyższe oznacza, że odpowiedzi udzielane na pytania ofertowe przez oferentów oraz poszczególne składowe oferty, skutkują taką samą ilością punktów w przypadku wyliczenia punktacji dla każdej oferty. Zestawienie powyższej punktacji składa się na ranking końcowy. Komisja konkursowa zaprasza do negocjacji wyłącznie oferentów, których oferty spełniają wymagania wynikające z warunków zawierania umów oraz nie podlegają odrzuceniu z innych przyczyn, przy uwzględnieniu kolejności wynikającej z „Rankingu kwalifikacyjnego z propozycjami Funduszu”, z zachowaniem warunku określonego w art. 142 ust. 7 ustawy w świetle którego, *Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.* Pozycja Odwołującego w rankingu kwalifikacyjnym nie uzasadniała zaproszenia oferenta do negocjacji, ponieważ nawet hipotetyczna zmiana ceny nie pozwoliłaby Odwołującemu na zmianę miejsca w rankingu w ten sposób, że oferent znalazłby się na miejscu kwalifikującym do wyboru oferty.

Umowy zawierane są z tymi oferentami którzy w rankingu końcowym otrzymali największą liczbę punktów, przy uwzględnieniu maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej określonej w ogłoszeniu o postępowaniu.

Oferta Odwołującego została sklasyfikowana na pozycji czwartej rankingu końcowego, uzyskała łącznie 59,5 pkt – 1,5 pkt za ofertę cenową, 47 pkt za jakość, 4 pkt za kompleksowość, 0 pkt za dostępność, 7 pkt za ciągłość, 0 pkt za inne. Dodać należy, że oferent, który wybrany został do zawarcia umowy uzyskał 77,5 pkt.

Ww. pozycja w rankingu końcowym przy uwzględnieniu okoliczności, iż organizator postępowania określił, że zamierza zawrzeć maksymalnie jedną umowę była bezpośrednim powodem niewybrania oferty Odwołującego.

W dalszej kolejności Odwołujący zarzuca, iż wybór do zawarcia umowy oferenta Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny z siedzibą w Warszawie nie leży w

interesie pacjentów i podnosi, iż oferent wybrany do zawarcia umowy nie jest w stanie zapewnić opieki zdrowotnej w terminie zawarcia umowy wynikającym z ogłoszenia o postępowaniu oraz, że nie jest w stanie objąć opieką zdrowotną wszystkich pacjentów, którym w chwili obecnej świadczeń opieki zdrowotnej w kontraktowanym zakresie udziela Odwołujący.

Powyższe oznacza, że Odwołujący nie prezentuje argumentacji względem prawidłowości rozstrzygnięcia, tylko wyraża swoją ocenę wybranego do realizacji umowy oferenta i jego potencjalnego braku możliwości realizacji umowy.

Odwołujący podnosi, iż obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń jest równoznaczny z obowiązkiem utrzymania ciągłości tego dostępu, a dla świadczeniobiorców, którym świadczeń w kontraktowanym zakresie udziela Odwołujący ciągłość świadczeń może zaważyć na ich życiu i zdrowiu.

W tym miejscu podkreślić należy, iż fakt posiadania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Odwołującego od kilkunastu lat nie przesądza bowiem, że jego oferta powinna zostać automatycznie wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i że będzie ofertą lepszą. Okoliczność, iż Odwołujący posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia odniosła swój skutek w postaci uzyskania przez Odwołującego 7 pkt z tytułu kryterium ciągłości.

Postępowanie konkursowe zmierzające do wyłonienia realizatorów umów ma charakter konkurencyjny, zaś profesjonalny podmiot prowadzący działalność leczniczą winien w sposób należyty przygotować się do udziału w postępowaniu, biorąc pod uwagę obiektywną możliwość niewybrania jego oferty. Dokonując oceny oferty komisja kieruje się określonymi kryteriami przeliczając je na określoną liczbę punktów należnych danej ofercie. Oferenci, którzy złożyli oferty uzyskujące najwięcej punktów, kwalifikowani są do zawarcia umowy.

Zgodnie z art. 5 pkt 2a ustawy przez ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej należy rozumieć organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko 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.

Tak rozumiane kryterium ciągłości zostało zastosowane w przedmiotowym postępowaniu. Zgodnie z załącznikiem nr 9 Wykaz szczegółowych kryterium wyboru ofert



wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie do rozporządzenia kryterialnego, z tytułu kryterium ciągłości maksymalnie można było uzyskać 7 pkt.

Jak zostało wskazane wyżej, Odwołujący w kryterium ciągłości otrzymał maksymalną liczbę punktów.

Wprawdzie kryterium ciągłości, wiąże się 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, jednakże nie jest to jedyne, ani nadrzędne kryterium oceny ofert.

Oferent Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie złożył ofertę wyżej punktowaną, niż oferta Odwołującego, a w postępowaniu konkursowym wygrywają oferty wyżej punktowane od innych ofert.

Odnosząc się do zarzutów stawianych przez Odwołującego wobec Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie, wskazać należy, iż wbrew informacjom posiadanym przez Odwołującego do MOW NFZ nie wpłynęło pismo pochodzące od w/w oferenta w którym podniesione zostały okoliczności przytoczone przez Odwołującego.

Podniesiony przez Odwołującego argument nie jest argumentem prawnym. Uprawniony staje się zatem wniosek, że wskazana przez Odwołującego okoliczność pozostaje obojętna dla przebiegu i wyniku prowadzonego postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, bowiem nie podlegała ona ocenie na etapie weryfikacji oferty.

Na marginesie wskazać należy, że każdy oferent przystępując do konkursu ofert powinien być gotowy do rozpoczęcia realizacji świadczeń zgodnie z terminem przewidzianym w ogłoszeniu o postępowaniu, w oparciu o potencjał wskazany w ofercie i spełnienie warunków wymaganych do realizacji umowy. W sytuacji, gdy z oceny oferty dokonywanej przez Komisję konkursową wynikałoby, iż nie spełnia ona warunków wskazanych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych bądź wymagań dodatkowo punktowanych wskazanych w rozporządzeniu kryterialnym, oferta podlegałaby odrzuceniu bądź jej wycena uległaby zmniejszeniu o liczbę punktów wynikającą z rozporządzenia kryterialnego.

Uzasadnione staje się twierdzenie, że w ramach konkursu ofert jedynym uprawnionym podmiotem do dokonywania ocen oferentów i ich różnicowania jest komisja

konkursowa. Narzędziem służącym do tej oceny jest punktacja przyznawana z tytułu określonych kryteriów, nie zaś subiektywna ocena jednego oferenta o konkurencyjnym uczestniku postępowania.

Oferta złożona przez Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie uzyskała 76 pkt i jako najwyższej oceniona została wybrana do zawarcia umowy.

4. Reasumując należy stwierdzić Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem reguł, o których mowa w art. 134 ust. 1 ustawy, dokonała prawidłowo rozstrzygnięcia postępowania, dlatego też nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Mając powyższe na uwadze Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ uważa, iż zarzuty podniesione w odwołaniu złożonym przez Odwołującego nie zasługują na uwzględnienie.

W konsekwencji brak jest podstaw do uwzględnienia odwołania wniesionego przez Odwołującego.

Wobec powyższego postanowiono jak w sentencji.

~~z up. Dyrektora  
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. Medycznych~~  
*Michał Dziegielewski*

#### Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.) od decyzji Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w terminie 7 dni od otrzymania decyzji Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Strona może wnieść skargę na tę decyzję Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin, do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

#### Otrzymują:

1. Odwołujący;
2. Strony postępowania;
3. a/a.



KONKURS OFERT  
 NA ROK 2018  
 DATA:  
 2018-06-14  
 NAZWA RODZAJU ŚWIADCZEŃ:  
 ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNE  
 KOD POSTĘPOWANIA:  
 07-18-000382/SOK/11/11.0000.048.02/01  
 NAZWA ZAKRESU:  
 ŻYWIENIE DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH

## Ranking końcowy (malejąco wg łącznej liczby punktów oceny\*\*\*)

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Adres miejsca świadczenia	Liczba świadczeń (jedn. rodz.)		Cena jednostki (zł)	Wartość świadczeń (zł)		Punkcja za ofertę cenową	Punkcja z tytułu pozostałych kryteriów				Liczba punktów oferty	Status pozycji oferty**	Decyzja o wybraniu oferty	
					w ofercie			w ofercie			jakość	kompleksowość	ciężkość	inne				razem
					nasalajaco	narastajaco		nasalajaco	narastajaco									
1	07-18-000382/11/00010	SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY	02-687 WARSZAWA ul. BANACHA 1A	02-687 ŻYWIENIOWA 02-687 OCHOTA ul	866397	866397	1	866397	1,5	0	0	0	0	76	77,5 Z	Tak		
2	07-18-000382/11/00040	CENTRUM ONKOLOGII - INSTYTUT IM. MARI SREBODOWSKIEJ-CURIE	02-034 WARSZAWA ul. WAWELSKA 15B	02-034 WARSZAWA ul. WAWELSKA 15B	1732194	1732194	1	1732194	1,5	0	0	0	0	68	69,5 Z	Nie		
3	07-18-000382/11/00030	NUTRIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	02-728 WARSZAWA ul. DOBRZYŃSKA 6	02-728 WARSZAWA ul. DOBRZYŃSKA 6	0	0	0	0	1,3	0	0	0	0	58	59,5 D	Nie		
4	07-18-000382/11/00020	LEKARSKA PRACOWNIA WYKONAWCZA I REZERWA	02-305 WARSZAWA ul. ALEJE JERZDZIUMSKIE 134	02-305 WARSZAWA ul. ALEJE JERZDZIUMSKIE 134	1732194	1732194	0	1732194	1,3	0	0	0	0	54	56 D	Nie		
5	07-18-000382/11/00020	ODW MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	02-305 WARSZAWA ul. ALEJE JERZDZIUMSKIE 134	02-305 WARSZAWA ul. ALEJE JERZDZIUMSKIE 134	0	0	0	0	1,3	0	0	0	0	54	57 D	Nie		

