

DP.422.91.2017

Warszawa *11. września*... 2017 r.

WYCH-131946/2017

**Odwołujący:**Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie  
ul. Żwirki i Wigury 63A  
02-091 Warszawa**Strona postępowania:****VALMED GRZEGORZ ADEREK, ADAM MUSZYŃSKI SPÓLKA JAWNA,**  
02-383 WARSZAWA ul. GRÓJECKA 126;**MAZOWIECKIE CENTRUM REHABILITACJI STOCER SPÓLKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,**

05-510 KONSTANCIN-JEZIORNA ul. WIERZEJEWSKIEGO 12;

**SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA  
OTWARTEGO WARSZAWA-OCHOTA,**

02-353 WARSZAWA ul. SZCZĘŚLIWICKA 36

**WARSZAWSKIE ZAKŁADY SPRZĘTU ORTOPEDYCZNEGO SPÓLKA AKCYJNA,**  
00-973 WARSZAWA ul. AL. BOHATERÓW WRZEŚNIA 9**DR WARSAW SP. Z O.O.,**

00-968 WARSZAWA ul. MARYMONCKA 34

**SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY,**  
02-097 WARSZAWA ul. BANACHA 1A**SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA DLA PRACOWNIKÓW WOJSKA  
SP ZOZ,**

00-911 WARSZAWA ul. NOWOWIEJSKA 31

**DECYZJA NR 83/2017/ODW**

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.) w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2017 r., poz. 1257):

**ODDAŁAM**

odwołanie Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-17-000828/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w sprawie

zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna

### UZASADNIENIE

1. Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej ustawą, 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.

Stroną postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-3 ustawy, jest 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.

Na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy, w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

2. W dniu czerwca 2017 r. Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie nr 07-17-000828/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na okres od dnia 1 października 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r., wskazując na możliwość zawarcia maksymalnie ośmiu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Wartość postępowania wynosiła 105 383,82 zł.

Na postępowanie wpłynęło dziesięć ofert. Odwołujący złożył ofertę z zachowaniem terminu określonego w ogłoszeniu o postępowaniu.

Komisja konkursowa dokonała wszechstronnej analizy złożonych ofert, w szczególności pod kątem spełnienia przez oferentów kryteriów określonych w 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. 2016, poz. 1372 z późn. zm.), tj. ciągłości, kompleksowości, jakości, dostępności oraz ceny.

W wyniku rozstrzygnięcia postępowania w dniu 16 sierpnia 2017 r. do udzielania świadczeń wybrano siedmiu oferentów, których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów.

W dniu 9 czerwca 2017 r. do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie. Tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie.

W odwołaniu Odwołujący wskazał, że spełnia wszelkie wymogi konieczne do udzielania świadczeń, realizując jednocześnie świadczenia opieki zdrowotnej dedykowane dzieciom. Odwołujący zarzucił również, że pomimo zawarcia w ogłoszeniu o postępowaniu informacji o możliwości zawarcia maksymalnie ośmiu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych zostało siedem umów. Odwołujący wskazuje również, że brak jest jakiegokolwiek informacji o przyczynach nieuwzględnienia jego oferty.

W oparciu o wskazany powyżej zarzut Odwołujący wniósł o uwzględnienie jego odwołania i zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017, poz. 1257) zwanym dalej k.p.a., został

poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

3. W ocenie Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie z następujących przyczyn.

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 kształtuje 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, umożliwiający wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich 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. Odnosząc się do argumentacji przedstawionej przez Odwołującego, na wstępie należy wskazać, z jakich przyczyn oferta Odwołującego nie została wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Oferent biorący udział w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna jest obowiązany spełniać warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013, poz. 1522 z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem koszykowym”. Wskazane rozporządzenie wyznacza minimalny standard udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, których spełnienie umożliwia oferentowi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym. Oferty nie spełniające warunków określonych w rozporządzeniu koszykowym podlegają odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy. W procesie oceny oferty nie przyznaje się punktów za spełnianie wymagań bezwzględnych (obligatoryjnych), określonych w rozporządzeniu koszykowym. Z kolei 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 (Dz.U. 2016, poz. 1372 z późn. zm.), wydane w oparciu o art. 148 ustawy, określa szczegółowe kryteria wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością punktową. Weryfikacja ofert pod kątem zapisów rozporządzenia kryterialnego ma na celu utworzenie rankingu ofert, pozwalającego komisji konkursowej na ich porównanie. Zadeklarowanie w ofercie spełnianie warunków realizacji świadczeń, za które przyznawane są dodatkowe punkty, jest dobrowolne (fakultatywne) i wpływa na korzystniejsze uplasowanie oferty w rankingu.

Zgodnie z wymaganymi warunkami udzielania świadczeń dotyczącymi personelu, określonymi w pkt. 1 lit. a Załącznika nr 1 do rozporządzenia koszykowego (warunki obligatoryjne), porady lekarskiej rehabilitacyjnej udziela lekarz:

- 1) specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
- 2) ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub

Mon

- 3) który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej lub
- 4) specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii
  - w wymiarze co najmniej  $\frac{1}{4}$  etatu przeliczeniowego (równoważnik  $\frac{1}{4}$  etatu przeliczeniowego).

Zgodnie z warunkami dotyczącymi personelu, określonymi w Tabeli nr 1 Załącznika nr 5 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (warunki fakultatywne), dodatkowe punkty są przyznawane w sytuacji, gdy z oferty wynika, że świadczeń udziela lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, w wymiarze: równoważnik co najmniej 1 etatu - 54 pkt, równoważnik co najmniej  $\frac{1}{2}$  etatu - 40 pkt, równoważnik co najmniej  $\frac{1}{4}$  etatu - 25 pkt. Na podstawie § 5 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oferent, który zadeklarował spełnienie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany spełniać ten warunek dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń, określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

Odwołujący nie został wybrany do udzielania świadczeń, ponieważ jego oferta otrzymała zbyt niską łączną liczbę punktów. Oferta Odwołującego uzyskała odpowiednio: 5 pkt za ofertę cenową, 0 pkt za ciągłość, 0 pkt za kompleksowość, 42 pkt za jakość, 1 pkt za dostępność - łącznie 48 pkt.

Kryteriami decydującymi o zajęciu przez Odwołującego dziewiątego miejsca w rankingu końcowym były przede wszystkim kryteria kompleksowości i ciągłości. Odwołujący otrzymał 42 pkt za kryterium jakości za wykazanie dodatkowego lekarza specjalisty oraz za fakt prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jeżeli chodzi o punktację za dostępność, Odwołujący otrzymał punktacji za to kryterium, ponieważ posiada aplikację

służącą wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.

Po dokonaniu analizy oferty Odwołującego i weryfikacji spełnienia przez niego wymogów określonych w 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. 2016, poz. 1372 z późn. zm.) Odwołujący uzyskał 0 pkt odpowiednio za ciągłość i kompleksowość. Warunki bezwzględnie wymagane oraz dodatkowo punktowane, oceniane przez Komisję konkursową w odniesieniu do poszczególnych kryteriów, zostały określone w „Wykazie szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza”, stanowiącym Załącznik nr 5 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W Tabeli nr 1 Wykazu szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza w części I p.n.: „Przedmiot postępowania - Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna”, zdefiniowana została punktacja za jakość, kompleksowość i cenę. Jak już wspomniano wyżej, Odwołujący nie uzyskał punktów za kompleksowość, ponieważ nie realizował procesu leczenia świadczeniobiorców na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, nie otrzymał również punktów za ciągłość, ponieważ w dniu złożenia oferty nie realizował na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.

Należy również 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 konkursie świadczeniodawców. Uprawnione jest zatem twierdzenie, że to sam oferent determinuje ilość punktów które uzyska w omawianym tu rankingu końcowym. Podkreślenia wymaga, że postulat równego traktowania oferentów o którym mowa w art. 132 ustawy jest tutaj realizowany poprzez fakt jednolitego zastosowania powyższego narzędzia informatycznego służącego do sporządzenia rankingów, obiektywnie wykluczający uznaniowość członków Komisji konkursowej. 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.

Weryfikacja ofert w zakresie liczby oferowanych świadczeń i przygotowanie propozycji do negocjacji dla oferentów Komisja konkursowa przeprowadzała w szczególności w oparciu o dane dotyczące pierwotnej i ostatecznej wysokości kontraktu, wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym. Ponadto Komisja konkursowa brała pod uwagę strukturę i zasoby świadczeniodawcy w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagania jakościowe zawarte w szczegółowych materiałach.

Komisja konkursowa dokonała wszechstronnej analizy złożonych ofert, w szczególności pod kątem spełnienia przez oferentów kryteriów określonych w 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. 2016, poz. 1372 z późn. zm.), tj. ciągłości, kompleksowości, jakości, dostępności oraz ceny. Dodać należy, że kryteria te, wynikające z w/w rozporządzenia, zostały również wyrażone przez ustawodawcę w art. 148 ustawy, zgodnie z którym porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją oraz ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów. Wynik porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy znajduje swoje odzwierciedlenie w rankingu końcowym. Oceniona w opisany powyżej sposób oferta Odwołującego znalazła się na dziewiątym miejscu w rankingu końcowym i nie została wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy zatem uznać, że przyczyną niewybrania oferty Odwołującego, pomimo spełnienia przez niego wymaganych minimalnych warunków, była zbyt niska łączna liczba punktów. Ocena oferty Odwołującego oraz punktacja przyznana za poszczególne kryteria została dokonana zgodnie z rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do zarzutu dotyczącego zawarcia zaledwie siedmiu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wobec ośmiu zadeklarowanych w ogłoszeniu o postępowaniu, należy zauważyć, że w treści ogłoszenia podana jest maksymalna możliwa



do zawarcia liczba umów a nie dokładna liczba umów, które zostaną zawarte. Nie można zatem wywodzić, że podanie maksymalnej liczby umów przesądza w momencie ogłoszenia postępowania o tym, że właśnie taka liczba umów rzeczywiście zostanie zawarta. Komisja konkursowa, prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy, ma obowiązek zabezpieczyć dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze kontraktowania jak również dokonać podziału środków finansowych, uwzględniając potencjał oferentów zajmujących czołowe miejsca w rankingu i rozdzielając środki w sposób umożliwiający wyczerpanie puli przeznaczonej na sfinansowanie danego postępowania. Nie wiadomo zatem w momencie ogłoszenia postępowania jaka ostatecznie liczba oferentów zostanie wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ postępowanie konkursowe ma charakter otwarty i cechuje się dużą zmiennością. Podanie maksymalnej możliwej do zawarcia liczby umów ma na celu szacunkowe określenie liczby oferentów, którzy mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze kontraktowania, nie stanowi jednak zapewnienia, że właśnie taka liczba umów zostanie zawarta. Dlatego też argument Odwołującego należy uznać za nieuzasadniony.

W ramach prowadzonego postępowania administracyjnego Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podjął czynności wyjaśniające zgodnie z art. 75, 77 i 78 Kodeksu postępowania administracyjnego, w szczególności dokonał analizy dokumentacji postępowania konkursowego. W wyniku przeprowadzonej analizy ustalono, że w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania omyłkowo nie uwzględniono jako podmiotu wybranego do zawarcia umowy oferenta Arena Zdrowia Sp. z o.o. pomimo, że uzyskał on wyższą liczbę punktów, niż Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska SPZOZ - podmiot zajmujący ostatnie premiowane do zawarcia umowy miejsce w rankingu końcowym. Wobec powyższego, w ocenie Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zawarcie umowy z podmiotem, który uzyskał niższą liczbę punktów od podmiotu, który wskutek oczywistej omyłki nie znalazł się w gronie podmiotów wybranych do udzielania świadczeń, stanowiłoby nie tylko naruszenie interesu prawnego Arena Zdrowia Sp. z o.o., ale również byłoby sprzeczne z normą wyrażoną w art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy, zgodnie z którą Komisja konkursowa dokonuje wyboru ofert najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1 ustawy. Tym samym, mając na uwadze fakt, że w trakcie postępowania konkursowego Komisja konkursowa dokonała wyboru najkorzystniejszych ofert według najwyższej liczby punktów uzyskanych przez poszczególnych oferentów, a ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania zawiera oczywistą omyłkę i nie uwzględnia

jako podmiotu wybranego do zawarcia umowy oferenta Arena Zdrowia Sp. z o.o., konieczne jest dokonanie weryfikacji treści ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Realizacja powyższych czynności nie ma wpływu na sytuację Odwołującego w omawianym postępowaniu, wystąpienie powyższej omyłki nie stanowi również naruszenia interesu prawnego Odwołującego, ponieważ uzyskana przez niego punktacja oraz miejsce w rankingu końcowym nie ulegają zmianie, a w trakcie dokonywania oceny oferty Odwołującego nie naruszono zasad postępowania.

5. Mając powyższe na uwadze Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ uważa, że odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie.

Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem zasad, o których mowa w art. 134 ust. 1 ustawy i dokonując wyboru najlepszych ofert, nie naruszyła zasad postępowania, dlatego też nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

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

Wobec powyższego postanowiono jak w sentencji.

#### Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 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 dnia otrzymania decyzji Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Strona może wnieść skargę na 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 x adresat;  
1 x strona postępowania;  
1 x a/a.

Z upoważnienia Dyrektora  
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
GŁÓWNY KSIĘGOWY  
NACZELNIK WYDZIAŁU KSIĘGOWOŚCI  
Agnieszka Wojciechowska

11 WRZ. 2017

W/2 Wzros. Agph.  
GŁÓWNY SPECJALISTA  
Dział Prawny  
Kondorski