

znak: NFZ07-WO-DOR.4117.8.2023

Strona postępowania - Odwołujący:**Falck Medycyna Sp. z o.o.**

ul. Jana Olbrachta 94

01-102 Warszawa

reprezentowana przez:

r.pr. Michała Modro

Organ:**Prezes****Narodowego Funduszu Zdrowia**

ul. Rakowiecka 26/30

02-528 Warszawa

Strona postępowania - Uczestnik:**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki****Zdrowotnej „RM-Meditrans” Stacja Pogotowia****Ratunkowego i Transportu Sanitarnego****w Siedlcach**

ul. B-pa I Świrskiego 38

08-110 Siedlce

DECYZJA NR 7/2023/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 2022 r. poz. 2561, 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 2023 r. poz. 775, z późn. zm.) [dalej jako k.p.a.], Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia:

ODDALA

odwołanie Falck Medycyna Sp. z o.o. (ul. Jana Olbrachta 94, 01-102 Warszawa) [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-24-000033/PDT/17/1/17.9250.031.08/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie [dalej

jako MOW NFZ, Fundusz] w trybie konkursu ofert w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny OD 2009, w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego, na obszarze powiatów: garwolińskiego, łosickiego, mińskiego, siedleckiego, m. Siedlce, sokołowskiego, węgrowskiego, na okres od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2028 r.

UZASADNIENIE

Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje środek odwoławczy i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ustawy.

W myśl art. 154 ust. 1-3 ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Po rozpatrzeniu odwołania Prezes Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Zgodnie z art. 154 ust. 6a ustawy, stronami postępowania, o którym mowa w ust. 1-4, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1, oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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 Prezes Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

W dniu 26 października 2023 r. MOW NFZ ogłosił postępowanie nr 07-24-000033/PDT/17/1/17.9250.031.08/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny OD 2009, w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego na obszarze

powiatów: garwolińskiego, łosickiego, mińskiego, siedleckiego, m. Siedlce, sokołowskiego, węgrowskiego, na okres od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2028 r., wskazując na możliwość zawarcia maksymalnie trzech umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Wartość zamówienia w postępowaniu wynosiła nie więcej niż 5 372 294,40 PLN na okres rozliczeniowy od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r.

Do konkursu wpłynęły dwie oferty, z których każda zawierała trzy miejsca udzielania świadczeń. 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. poz. 1372, z późn. zm.) tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.

W wyniku rozstrzygnięcia postępowania w dniu 7 grudnia 2023 r. do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej został wybrany świadczeniodawca - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „RM-Meditrans” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach, który wskazał trzy miejsca udzielania świadczeń: w Sokołowie Podlaskim, w Siedlcach i w Mińsku Mazowieckim. Wybrany świadczeniodawca otrzymał największą liczbę punktów w rankingu końcowym. Oferta Odwołującego uplasowała się w rankingu końcowym za ofertą Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „RM-Meditrans” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach (na drugiej i trzeciej pozycji w rankingu końcowym znalazły się lokalizacje miejsc udzielania świadczeń wskazane w ofercie Odwołującego). Tym samym Odwołujący nie został wybrany do udzielania świadczeń. Ranking końcowy stanowi załącznik do niniejszej decyzji.

W dniu 18 grudnia 2023 r. wpłynęło do MOW NFZ odwołanie złożone przez Odwołującego. Odwołanie zostało nadane w placówce pocztowej przez Odwołującego w dniu 14 grudnia 2023 r., zatem odwołanie zostało złożone w terminie.

W odwołaniu podniesiono zarzut porównania ofert z naruszeniem:

1. art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym „Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji”.

2. art. 134 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym „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.”.
3. art. 148 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym „1. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: 1) jakości, 2) kompleksowości, 3) dostępności, 4) ciągłości, 5) ceny - udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej”.

Wobec powyższego Odwołujący wniósł o uwzględnienie odwołania.

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

W ocenie organu, odwołanie wniesione przez Odwołującego nie zasługuje na uwzględnienie z następujących przyczyn.

Jak wskazuje wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego siedziba w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r., sygn. VII SA/Wa 2012/08: „do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania organu administracyjnego, do obowiązków którego będzie należało zbadanie okoliczności podnoszonych we wniosku - odwołaniu, a następnie ocena, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie takiego uszczerbku. W postępowaniu administracyjnym dojść zatem musi do ujawnienia i zbadania wszelkich okoliczności związanych z punktacją (lub jej brakiem), będącą skutkiem ocen dokonywanych w odniesieniu do poszczególnych wymagań stawianych w ogłoszeniu. Taki zakres postępowania odpowiada również celom ustawy. Zadaniem organu Narodowego Funduszu Zdrowia, któremu powierzono przeprowadzenie postępowania administracyjnego, jest ustalenie, czy postępowanie konkursowe przeprowadzone zostało zgodnie z przepisami prawa, z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji oraz zasad równego traktowania świadczeniodawców. Oznacza to, że nie chodzi jedynie o zbadanie, czy nie zostały naruszone

wymagania formalnoprawne, ale również o ustalenie, czy nie naruszono wymienionych zasad w znaczeniu materialnym przez nierównoprawne stosowanie kryteriów przyjętych jako podstawa dokonanych ocen. W postępowaniu administracyjnym zadaniem organu jest dokonanie kontroli postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów prawa, ale także zbadanie stanu faktycznego sprawy w takim zakresie, który mógł mieć wpływ na uszczerbek interesu prawnego uczestnika postępowania”.

Poza ustaleniem samego faktu naruszania 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. Skutecznie wniesione odwołanie jest zatem ściśle uzależnione od związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy naruszeniem zasad postępowania a uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy.

Pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego, a wręcz ma on charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 września 2001 r., 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 tym samym 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. 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.

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.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 134 ust 1 i ust. 2 oraz art. 148 ustawy polegający na zastosowaniu niejednorodnych kryteriów oceny ofert, należy go uznać za niezasadny. Komisja konkursowa, działając zgodnie z zapisem ustawy, przeprowadziła postępowanie konkursowe z poszanowaniem zasady równego traktowania wszystkich oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Działając w oparciu o zapisy obowiązujących aktów prawnych, tj. 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 2016 r. poz.1372, z późn. zm.) w sposób jednolity przeprowadziła analizę i weryfikację złożonych ofert, a do zawarcia umów wybrała podmiot, którego oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym.

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. w sprawie o 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 w toku prowadzonego postępowania, w tym przede wszystkim w toku weryfikacji ofert.

W niniejszym postępowaniu Komisja konkursowa zapewniła oferentom, w tym Odwołującemu, zachowanie zasad uczciwej konkurencji i równo traktowała wszystkich Oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym. Oferty złożone przez świadczeniodawców oceniane były w sposób jednakowy, pod kątem spełnienia warunków określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, jak również w pozostałych aktach prawnych wskazanych w ogłoszeniu o postępowaniu.

Komisja konkursowa, w oparciu o dokonaną ocenę oraz sporządzony na tej podstawie ranking końcowy dokonała wyboru oferty najkorzystniejszej pod względem kryteriów wyboru określonych w art. 148 ust. 1 ustawy, która uplasowała się na najwyższej pozycji w rankingu końcowym.

Na podstawie art. 134 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. W niniejszym

postępowaniu Komisja konkursowa zapewniła wszystkim Oferentom, w tym Odwołującemu zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Postępowanie konkursowe jest postępowaniem otwartym, każdy świadczeniodawca może złożyć ofertę na dane postępowanie, przy czym sam tę ofertę kreuje, w oparciu o warunki wskazane w ogłoszeniu o postępowaniu. Świadczeniodawca chcący złożyć ofertę na dane postępowanie zobowiązany jest do zapoznania się z przepisami prawa, które w sposób oczywisty wskazują na wymogi jakie musi spełniać, by jego oferta została zakwalifikowana do danego postępowania, a więc musi spełniać warunki konieczne, w przeciwnym wypadku jego oferta zostanie przez Komisję konkursową odrzucona. Komisja konkursowa w niniejszym postępowaniu stosowała takie same kryteria, określone przez przepisy prawa w stosunku do każdego Oferenta z osobna, w tym m.in. w stosunku do Odwołującego.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż metodyka wyliczenia punktów składających się na ocenę zawartą w rankingu powstaje w jednolity sposób 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. Efektem powyższego wyliczenia był ranking końcowy, w którym oferta Odwołującego otrzymała dla każdej z lokalizacji miejsc udzielania świadczeń wskazanych w ofercie odpowiednio: 60 pkt, 57 pkt i 57 pkt, a tym samym złożona przez niego oferta uplasowała się w rankingu końcowym za ofertą Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „RM-Meditrans” Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach (na drugiej i trzeciej pozycji w rankingu końcowym znalazły się lokalizacje miejsc udzielania świadczeń wskazane w ofercie Odwołującego), i w skutek powyższego nie została wybrana. Ranking ten utworzono na podstawie odpowiedzi udzielonych przez Oferentów w nadesłanych formularzach ofertowych, których brzmienia nie kształtowała Komisja konkursowa. Formularze ofertowe są bowiem jednolite w skali kraju: opracowywane są w Narodowym Funduszu Zdrowia i importowane do systemów informatycznych w oddziałach wojewódzkich Funduszu do jednolitego zastosowania. Jest to typowy przykład realizacji postulatu jednolitego i równego traktowania oferentów w postępowaniach konkursowych. Powyższe narzędzie informatyczne służące do wyliczenia punktacji dokonuje jej na podstawie danych przekazanych w ofercie przez biorących udział w konkursie 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.

Oferta Odwołującego (każda ze wskazanych w niej trzech lokalizacji miejsc udzielania świadczeń) otrzymała odpowiednio łączną liczbę: 60 pkt, 57 pkt oraz 57 pkt, podczas, gdy oferent, który został wyłoniony do realizacji umowy otrzymał dla każdej z lokalizacji miejsc udzielania świadczeń wskazanych w ofercie po 72,5 pkt. Uzasadnione jest zatem twierdzenie, że bezpośrednim powodem faktu niewybrania oferty Odwołującego do realizacji umowy, był fakt oparcia przebiegu postępowania, przyznawania w jego ramach punktacji ofert i dokonania rozstrzygnięcia w ramach realizacji postulatu równego traktowania oferentów, a także przyznawania środków w wymiarze adekwatnym do miejsca rankingowego.

Odnosząc się do treści zawartych w dalszej części odwołania, należy wskazać, że fakt spełniania przez Odwołującego warunków koniecznych do realizacji umowy, nie jest równoważny z dokonaniem wyboru jego jako realizatora umowy. Spełnianie warunków koniecznych oznacza jedynie, że oferta ta nie podlega odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy zgodnie z którą, odrzuca się ofertę jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, tj. zarządzenia Prezesa Funduszu określających szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie. Dopiero w przypadku, gdy oferta nie podlega odrzuceniu, poddawana jest ocenie przez pryzmat kryteriów ocen ofert, co skutkuje konkretną lokalizacją w rankingu końcowym, o którym była mowa powyżej.

W tym kontekście nieuprawniony jest zarzut Oferenta o naruszeniu zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i brak prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszystkie kryteria oceny w postępowaniu konkursowym zostały uwzględnione i zastosowane. Dowodem powyższego jest przyjęta systematyka rankingu, w której uwzględnione są wszystkie kryteria o których mowa w art. 148 ust. 1 ustawy zgodnie, z którym porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Wobec tego, zarzuty sformułowane w pkt 1 – 3 odwołania nie wskazują na naruszenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia jakichkolwiek zasad przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w wyniku których interes prawny Odwołującego doznałby uszczerbku. Po stronie Funduszu nie było bowiem naruszeń ww. postępowania, które spowodowałyby niewybranie oferty złożonej przez Odwołującego.

Warto nadmienić, że zgodnie z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 stycznia 2012 r. II GSK 1458/10: „Rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 w związku z art. 152 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym świadczeniodawcy (oferenta), zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert, w tym badanie prawidłowości oceny oferty złożonej przez podmiot konkurujący z podmiotem wnoszącym odwołanie. Sądowa kontrola takiej decyzji odbywa się wyłącznie w oparciu o kryterium legalności, bowiem sądy administracyjne nie są uprawnione do rozstrzygania o trafności merytorycznej oceny ofert, która odbywa się z uwzględnieniem także elementów medycznych i ekonomicznych.”.

Komisja konkursowa dokonała oceny ofert w postępowaniu w sposób rzetelny, natomiast fakt, że wynik przeprowadzonego postępowania nie odzwierciedla oczekiwań Odwołującego, nie może stanowić o zasadności wniesionego środka odwoławczego. Reasumując należy stwierdzić, że Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem reguł, określonych w przepisach prawa, dokonała prawidłowego rozstrzygnięcia postępowania, dlatego też nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Mając powyższe na uwadze należy uznać, że 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

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna. Świadczeniodawcy przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego.

Strona może wnieść skargę na decyzję Prezesa Funduszu do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie. Skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia decyzji, za pośrednictwem Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (ul. T. Chałubińskiego 8; 00-613 Warszawa), upoważnionego na podstawie art. 268a k.p.a. do załatwiania spraw w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

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.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
DYREKTOR
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Zbigniew Terek

Załącznik:

Ranking końcowy postępowania nr 07-24-000033/PDT/17/1/17.9250.031.08/01