

Warszawa, 19 lutego 2026 r.

znak: NFZ07-WO.4117.1.2026

2026.102996.MN

Strona postępowania - Odwołujący:**Bartosz Sieradzki** prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą pod nazwą **OKTAMED SOLUTIONS Bartosz Sieradzki**  
al. Bohaterów Września 22, lok. 134  
02-389 WarszawaOrgan: **Prezes****Narodowego Funduszu Zdrowia**  
ul. Rakowiecka 26/30  
02-528 WarszawaStrona postępowania - Uczestnik:**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów  
Lecznictwa Otwartego Warszawa Białoleka-  
Targówek**  
ul. Tykocińska 34  
03-545 Warszawa**DECYZJA NR 1/2026/ODW**

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.) [dalej jako ustawa] w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1691) [dalej jako k.p.a.] – Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

**ODD A L A**

odwołanie pana Bartosza Sieradzkiego prowadzącego jednoosobową działalność gospodarczą pod nazwą OKTAMED SOLUTIONS Bartosz Sieradzki (al. Bohaterów Września 22, lok. 134 02-389 Warszawa) [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-26-000023/POZ/0112/01.0000.162.16/01 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 podstawowa opieka zdrowotna, zakres świadczeń: świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym na obszarze gminy Białółka.

### **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, przysługują środki odwoławcze 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 Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Po rozpatrzeniu odwołania Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Stronami postępowania odwoławczego, o którym mowa w art. 154 ust. 1 - 4 ustawy, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie 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 umowy 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 Narodowego Funduszu Zdrowia ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

1 grudnia 2025 roku ogłoszone zostało postępowanie prowadzone w trybie konkursu ofert poprzedzające zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na okres od 1.03.2026 r. do 30.11.2030 r. w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zakres świadczeń: świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane w warunkach

ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym na obszarze gminy Białoleka.

Planowana wartość postępowania na okres rozliczeniowy stanowiła kwotę 2 996 491,40 złotych. Po przeprowadzeniu postępowania możliwe było zawarcie maksymalnie 1 umowy, rozumianej jako maksymalna liczba, odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń określonych w ofertach, które zostaną wybrane w wyniku postępowania – zgodnie z informacją zawartą w ww. ogłoszeniu o postępowaniu.

Na prawidłowo ogłoszone postępowanie wpłynęło 6 ofert.

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 (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 328, z późn.zm.) tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny.

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło 29 stycznia 2026 r. Do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej został wybrany 1 oferent. Wybrano świadczeniodawcę, którzy otrzymał najwyższą liczbę punktów w postępowaniu konkursowym, z uwzględnieniem maksymalnej liczby umów możliwych do zawarcia. Ostateczne zestawienie ofert zawiera ranking końcowy. Przy pomocy systemu informatycznego na podstawie danych przekazanych w ofercie przez biorących udział w konkursie świadczeniodawców następuje wyliczenie punktacji. Ranking końcowy jest zatem zestawieniem, uzyskanym przy pomocy systemu informatycznego, uwzględniającym pozycję oferty ustaloną na podstawie punktacji za ofertę cenową oraz punktacji z tytułu pozostałych składników oceny, tj.: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości. Łączna liczba punktów oceny danej oferty decyduje o pozycji oferty w rankingu. W przypadku równej liczby punktów o wyższej pozycji rankingowej decyduje większa liczba punktów przyznana według kryterium „jakości” oceny oferty.

W dniu 5 lutego 2026 r. wpłynęło do MOW NFZ odwołanie od powyższego rozstrzygnięcia złożone przez Odwołującego. Odwołanie zostało złożone w terminie, o którym mowa w art. 154 ust. 1 ustawy. We wniesionym środku odwoławczym Odwołujący zarzucił naruszenie prawa, tj. nieprawidłowe zastosowanie przez komisję konkursową przepisów dotyczących warunków wymaganych od oferentów i niedokonanie odrzucenia oferty złożonej przez oferenta, który został wybrany do zawarcia umowy z NFZ, co doprowadziło do naruszenie interesu prawnego oferenta, którego oferta w wyniku tego działania komisji konkursowej została w rankingu końcowym wymieniona na drugim miejscu, co uniemożliwiło jej wybranie, pomimo osiągnięcia odpowiedniej liczby punktów za kryteria wyboru ofert. Ponadto zarzucił naruszenie w toku postępowania art. 149 ust

7 ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę niespełniającą wymogów określonych w przepisach prawa.

Jak wskazał Odwołujący, Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białołęka-Targówek w części V oferty Zasoby, wykazał tylko jeden aparat EKG z numerem seryjnym, podczas, gdy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, oferent musi posiadać i wykazać w ofercie dwa aparaty EKG, ponieważ świadczenia udzielane muszą być jednocześnie ambulatoryjnie i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy. Jak zaznaczył Odwołujący, wynika to z zapisów załącznika nr 5, części A cz. IV pkt 1) oraz części B cz. IV pkt 1). W treści odwołania zaznaczył, że z oferty podmiotu wybranego w postępowaniu wynika bez żadnych wątpliwości, że Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białołęka-Targówek nie wykazał drugiego aparatu EKG. Zdaniem Odwołującego, nie było przy tym możliwym, by brak ten uzupełniony został w toku postępowania konkursowego, ponieważ oferent związany jest ofertą i nie może jej zmieniać ani uzupełniać w toku postępowania. Jak podkreślił, zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 1) cyt. wyżej rozporządzenia, w zakresie koniecznym do wykonania świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie: badania diagnostyczne, określone w części IV i IV a załącznika nr 1 oraz w załączniku nr 6 do ww. Rozporządzenia. Zdaniem Odwołującego SZPZLO Warszawa- Białołęka powinien wykonywać te badania samodzielnie, co poświadcza wpis odpowiedniej komórki organizacyjnej w Rejestrze Podmiotów Leczniczych oraz wpis w ewidencji medycznych laboratoriów diagnostycznych, względnie zawrzeć umowę na realizację tych badań z podwykonawcą.

W przypadku wybranego do zawarcia umowy oferenta, nie przedstawił w części II oferty danych dot. podwykonawcy realizującego badania diagnostyczne, a jego wpis w RPWDL nie potwierdza posiadania właściwej w tym zakresie komórki organizacyjnej, wobec czego oferent ten nie zapewnia spełnienia kolejnego warunku wymaganego dla udzielania świadczeń. Co więcej, jak podkreślił Odwołujący, oferent zaznaczył w ankiecie, że nie będzie udzielał świadczeń z udziałem podwykonawców, co świadczy o tym, że nie zamierzał z ich usług korzystać, poza podwykonawcą na świadczenia transportu sanitarnego. Odwołujący podkreślił, że w wyniku wybrania oferty niespełniającej wymogów, został on pozbawiony możliwości wyboru jego oferty, a jego oferta spełniała wymogi przewidziane przepisami prawa i otrzymała największą liczbę punktów.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 k.p.a., został poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań i w dniu 16 lutego 2026 r. z tego prawa skorzystał zapoznając się ze zgromadzoną w sprawie dokumentacją.

Odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie z następujących przyczyn.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że Odwołujący w wywiedzionym środku odwoławczym nie wskazał jakie zasady postępowania o zawarcie umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały przez komisję konkursową naruszone, a tym samym nie wykazał interesu prawnego we wniesieniu środka odwoławczego.

Jak wskazano w prawomocnym wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r., sygn. akt VII SA/Wa 2012/08 (opubl. CBOSA): „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, opubl. LEX nr 54528). 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.

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 zarzutów podniesionych w odwołaniu wskazać należy, że są one bezzasadne. Komisja Konkursowa dokonuje weryfikacji i oceny ofert zgodnie z wymogami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, z późn.zm.) (dalej jako Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej) oraz 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 (tj. Dz.U z 2025 r, poz. 328, z późn.zm.). Przedmiotem postępowania, którego dotyczy odwołanie i przyszłej umowy zawartej w wyniku jego rozstrzygnięcia są jednocześnie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej określone zarówno w litera A (ambulatoryjne) jak i B (w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy) części IV załącznika nr 5 do Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Zatem, zasoby i potencjał wskazany do realizacji przedmiotowych świadczeń, traktowane są przez Komisję Konkursową jako zbiór łączny. W myśl przepisów § 12 ust. 4 i 5 Zarządzenia Nr 51/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, z późn. zm. - warunki finansowania świadczeń, określane są w oparciu o spełnienie minimalnych wymagań w zakresie wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych, określonych w Rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z uwzględnieniem wielkości obszaru zabezpieczenia. Biorąc pod uwagę, że wykonanie badania EKG i interpretacja zapisu pozostają wyłącznie w kompetencji lekarza, a wymóg dotyczący personelu to zapewnienie do realizacji świadczeń minimum 1 zespołu lekarsko-pielęgniarskiego na dyżurze, aparat EKG występujący w wykazie sprzętu zarówno dla świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym,

jak i wyjazdowym, może być wykorzystywany zgodnie z potrzebami w przypadku obydwu form ich realizacji. Zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2025 r. poz. 400, z późn.zm.) organizacja udzielania świadczeń jest przedmiotem kompetencji i odpowiedzialności świadczeniodawcy. Jednocześnie Rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wskazuje, że w celu zapewnienia dostępności do świadczeń (dotyczy trybu ambulatoryjnego i wyjazdowego), świadczeniodawca dostosowuje posiadany potencjał do bieżącego zapotrzebowania. Uwzględniając powyższe, posiadanie w dniu złożenia oferty przez oferenta minimum jednego aparatu EKG, nie stoi w sprzeczności z wymogami dotyczącymi warunków realizacji świadczeń NiŚOZ, ani też z informacjami zawartymi w załączonym do odwołania piśmie Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia z 16 sierpnia 2024 r. znak: DGL.740.34.2024.TK.

Odnosząc się do kolejnego zarzutu wskazać należy, że zapewnienie realizacji badań diagnostycznych w ramach świadczeń NiŚOZ, wbrew twierdzeniu Odwołującego, nie jest warunkiem wymaganym do udzielania przedmiotowych świadczeń. Powyższe znajduje potwierdzenie w obowiązujących przepisach: zgodnie z treścią załącznika nr 5 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określoną w ust. 5 części II. - Organizacja udzielania świadczeń, w litera A. NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA UDZILANA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH - cyt. „Jeżeli w lokalizacji udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej jest zapewniony dostęp do badań laboratoryjnych, świadczeniodawca wykonuje badania laboratoryjne określone w części VI w przypadku, gdy wymaga tego stan zdrowia pacjenta”. Ponadto zgodnie z § 9 ust. Zarządzenia 4 Nr 51/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, z późn.: „W przypadku, gdy w lokalizacji udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej jest zapewniony dostęp do badań laboratoryjnych, lekarz może zlecić pacjentowi wykonanie badań laboratoryjnych określonych w rozporządzeniu”. Mając powyższe na uwadze, brak wykazania w ofercie dostępności do badań laboratoryjnych, określonych w części VI. Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej związane z realizacją świadczeń lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej załącznika nr 5 do Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej nie stanowi podstawy do jej odrzucenia przez Komisję Konkursową. Wskazanie w części II Formularza ofertowego „Wykaz podwykonawców” – podwykonawcy w zakresie badań diagnostycznych i załączenie umowy podwykonawstwa ze wskazanym w ofercie podmiotem, nie wpływa na wartość punktową oferty w rankingu postępowania.

Punkty oceny oferty w odniesieniu do kryterium Kompleksowość – Dostęp do badań/świadczeń, przyznawane są za spełnianie kryteriów rankingujących, znajdujących odzwierciedlenie w udzielonych odpowiedziach na pytania w części VIII ANKIETY formularza ofertowego, w rozdziale NIŚOZ\_DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA.

W zależności od wybranej przez oferenta odpowiedzi (1. z 2. – do wyboru), oferta może uzyskać:

4 punkty – przy wskazaniu spełniania warunku: Punkt pobrań materiałów do badań laboratoryjnych wpisany w rejestrze część VIII kodu resortowego: 7110 Punkt pobrań materiałów do badań – w lokalizacji bądź 8 punktów – przy wskazaniu spełniania warunku: Zapewnienie medycznej diagnostyki laboratoryjnej – medyczne laboratorium diagnostyczne – w lokalizacji.

Z uwagi na fakt, że warunek dostępu i wykonywania badań diagnostycznych nie dotyczy obligatoryjnie wszystkich oferentów, brak zapewnienia dostępu do ich realizacji, nie stoi w sprzeczności ze złożeniem oświadczenia o samodzielnej realizacji świadczeń, będących przedmiotem umowy.

Skoro zatem Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem zasady równości, wynikającej z art. 134 ust. 1 ustawy, dokonała prawidłowo rozstrzygnięcia postępowania, nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego. Warto zaznaczyć, że zgodnie z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 stycznia 2012 r. sygn. akt II GSK 1458/10 (opubl. CBOSA): „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 (...). Ponadto NSA stwierdził, że 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 zatem 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 upoważnienia Prezesa  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Dyrektor  
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Katarzyna Słodka  
/dokument podpisano elektronicznie/