

Warszawa, dnia 24 marca 2021 r.

znak: DP.422.1.2021
2021.68648.ANA**1) Strona postępowania - Odwołujący:**Vide Sp. z o.o.
ul. Sienkiewicza 11
09-402 Płock**2) Strona postępowania:**Neuca Med Sp. z o.o.
ul. Forteczna 35-37
87-100 Toruń**DECYZJA NR 1/2021/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 2019 r. poz. 1373, 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 2020 r. poz. 256, z późn. zm.) [dalej jako k.p.a.]:

ODD A Ł A M

odwołanie Vide Sp. z o.o. (ul. Sienkiewicza 11, 09-402 Płock) [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-21-000039/PSY/04/1/04.9901.400.03/01 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] w trybie konkursu ofert w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny.

UZASADNIENIE

1. Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia [dalej jako Funduszu] 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.

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 Prezes Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

2. W dniu 21 grudnia 2021 r. Prezes Funduszu ogłosił postępowanie nr 07-21-000039/PSY/04/1/04.9901.400.03/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, na okres od 1 kwietnia 2021 r. do 31 marca 2025 r., wskazując

na możliwość zawarcia maksymalnie jednej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Wartość zamówienia w postępowaniu wynosiła nie więcej niż 415 117,80 PLN na okres rozliczeniowy od 1 kwietnia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r.

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

Komisja konkursowa dokonała analizy złożonych ofert, pod kątem spełnienia przez oferentów wymogów koniecznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 19 czerwca 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285, z późn. zm.) [dalej zwanym rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych] oraz kryteriów określonych w pozostałych aktach prawnych przywołanych w ogłoszeniu o postępowaniu.

W wyniku rozstrzygnięcia postępowania w dniu 3 marca 2021 r. do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej został wybrany jeden świadczeniodawca, zgodnie z wyznaczonymi przez ilość otrzymanych punktów miejscami w rankingu końcowym. Oferta Odwołującego zajęła drugie miejsce, tym samym Odwołujący nie został wybrany do udzielania świadczeń.

W dniu 10 marca 2021 r. do MOW NFZ wpłynęło odwołanie złożone przez Odwołującego. Odwołanie zostało złożone w terminie.

We wniesionym środku odwoławczym Odwołujący w ramach realizacji prawa do wniesienia odwołania zarzucił naruszenie prawa materialnego, tj. art. 134 ust. 1 i 2 ustawy w związku z § 3 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 5 sierpnia 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 1372, z późn. zm.) [dalej zwanym rozporządzeniem] poprzez niewłaściwe zastosowanie przepisu, przejawiające się w uznaniu, że oferta podmiotu wybranego do zawarcia umowy spełnia kryterium inne niż cenowe w stopniu uzasadniającym uzyskanie przez ten podmiot w rankingu oferty wyższej oceny od Odwołującego, predestynującej ten podmiot do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo, Odwołujący stoi na stanowisku, iż twierdząca odpowiedź na pytanie zawarte w ankiecie ofertowej w części 6.1.1 dotyczące pozytywnej opinii o celowości inwestycji albo jej braku, była zgodna ze stanem faktycznym, a powyższe pytanie jest nieprecyzyjnie sformułowane, co stoi również w sprzeczności z art. 140 ustawy, który nakazuje posługiwanie się jednoznacznym, precyzyjnym i zrozumiałym nazewnictwem. Jednocześnie, Odwołujący zarzucił Komisji konkursowej, iż wyżej oceniła podmiot wybrany

do zawarcia umowy w niniejszym postępowaniu mimo identycznego stanu faktycznego tych podmiotów oraz nie zapewniła równego traktowania uczestnikom postępowania i prowadziła postępowanie w sposób niegwarantujący uczciwej konkurencji między podmiotami.

W oparciu o wskazane wyżej zarzuty Odwołujący uznał, iż jego interes prawny doznał uszczerbku, gdyż stan faktyczny obu podmiotów był w powyższym zakresie taki sam, o czym Komisja konkursowa wiedziała, a gdyby oferty zostały ocenione zgodnie, według Odwołującego, ze stanem faktycznym to oferta Odwołującego wygrałaby postępowanie konkursowe zdobywając większą 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.

3. W ocenie Prezesa Funduszu, odwołanie wniesione przez Odwołującego nie zasługuje na uwzględnienie.

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 z 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, umożliwiający wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość i jakość 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.

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.

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 świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu. Uprawnione jest zatem twierdzenie, że to sam oferent kształtując swoją ofertę, determinuje ilość punktów, które uzyska w 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. 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 postępowania, zgodnie z planem finansowym Oddziału i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej określonej 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 *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. 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. Zarzut naruszenia zasady równego traktowania i zasad uczciwej konkurencji jest w pełni niezasadny.

Oferta Odwołującego nie została wybrana, gdyż do postępowania została złożona oferta, która uzyskała wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsza została wybrana w celu zawarcia umowy.

Zarzut Odwołującego, iż odpowiedź twierdząca w ankiecie ofertowej na pytanie dotyczące braku ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji była udzielona zgodnie ze stanem faktycznym i zgodnie z dosłownym brzmieniem pytania, jednocześnie wskazując, iż powyższe pytanie ofertowe zawiera nieprecyzyjne sformułowanie, co stoi w sprzeczności zapisami art. 140 ustawy, który nakazuje posługiwanie się jednoznacznym, precyzyjnym i zrozumiałym nazewnictwem, należy uznać za całkowicie bezzasadny.

MOW NFZ pragnie podkreślić, iż profesjonalny podmiot wykonujący działalność leczniczą, biorący udział w postępowaniu o zawarcie umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej winien w sposób należyty przygotować się do udziału w postępowaniu mając zwłaszcza na względzie jego konkurencyjny charakter. Powyższe dotyczy zwłaszcza składanych przez danego oferenta oświadczeń, które mają charakter wiążący i nie mogą być modyfikowane i kształtowane w sposób dowolny w zależności od wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego.

Nieuprawnione jest oczekiwanie Odwołującego jakoby zadaniem Komisji konkursowej był obowiązek modyfikowania z urzędu treści oświadczenia woli, czy też odpowiedzi na pytania ankietowe składanych przez profesjonalny podmiot biorący udział w postępowaniu konkursowym. Takie działanie Komisji konkursowej z całą pewnością uznane byłoby za rażące naruszenie zasady wyrażonej w art. 134 ust. 1 ustawy, nakazującej ogłaszającemu postępowanie konkursowe równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz prowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Złamanie zasady równości wyrażałoby się w tym, że oceniane przez Komisję konkursową oferty zarówno te, w których oferent zadeklarował niepunktowaną odpowiedź, jak również te, w których oferent złożył deklarację twierdzącą, miałyby wywoływać ten sam skutek w postaci przyznawania, nieprzyznawania punktów bądź ich odejmowania. Wykraczałoby to poza rolę, którą ustawodawca przyporządkował komisjom konkursowym, która polega na weryfikacji warunków minimalnych i zadeklarowanych w treściach oferty przez oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym, a nie kształtowaniu deklaracji za oferentów lub tak jak miałyby to mieć miejsce w niniejszym postępowaniu, nawet wbrew jego deklaracjom, nieodejmowanie punktów pomimo zaznaczenia odpowiedzi „TAK”. Należy bowiem zaznaczyć, iż Odwołujący na pytanie ankietowe dotyczące braku ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji udzielił odpowiedzi „TAK”, wobec możliwości udzielenia odpowiedzi również „Nie dotyczy” i „NIE”, a zatem Komisja konkursowa nie była umocowana do wyrażenia oczekiwanej w Odwołaniu reakcji,

polegającej na nieprzyznaniu wbrew temu oświadczeniu punktów ujemnych. Właśnie taki sposób przyznawania punktacji odbierałby postępowaniu jego fundamentalną cechę konkurencyjności, którą komisja na podstawie art. 134 ust. 1 ustawy ma obowiązek zagwarantować wobec podmiotów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Uczestnicy postępowania kształtując swoje oferty w zakresie warunków, o których mowa w kryteriach ocen ofert, pozostają względem siebie, a nie względem Komisji konkursowej w relacji konkurencji. Nieuprawniony jest zatem zarzut niedokonania weryfikacji twierdzącej odpowiedzi, gdyż wynika z niego oczekiwanie Odwołującego wobec Komisji konkursowej, która wbrew oświadczeniu złożonemu przez oferenta dokonuje modyfikacji złożonej przez niego oferty poprzez zmianę tego oświadczenia z twierdzącego na „nie dotyczy” bądź na „nie”, skutkującego nieprzyznaniem ujemnej punktacji. Takie działanie Komisji konkursowej nie mogłoby zostać uznane za mieszczące się w granicach obowiązującego prawa.

Oferenci biorący udział w konkursie ofert składają oświadczenia, w których wyraźnie deklarują, że przedstawiane dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Komisja konkursowa nie może więc przyjąć założenia, że wszystkie składane przez oferentów oświadczenia są niezgodne z prawdą bądź oferenci dokonali odpowiedzi na pytania ankietowe nie rozumiejąc ich treści bądź posiadają wątpliwości co do ich treści. Oferenci biorący udział w postępowaniu o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, to profesjonalne podmioty prowadzące działalność leczniczą, które w należyty sposób przygotowują się do udziału w postępowaniu, składają oferty spełniające wymagania konkursowe i kształtują swoje ankiety ofertowe. Rolą Komisji konkursowej nie jest natomiast dokonywanie modyfikacji złożonych ofert.

Wobec powyższego, należy podkreślić, iż oferent który zaznaczył odpowiedź „nie dotyczy” w ankiecie ofertowej na pytanie dotyczące braku ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji nie zwracał się do MOW NFZ z zapytaniem o doprecyzowanie powyższych kryteriów. Świadczeniodawcy, zaznaczając odpowiedź na powyższe pytanie, posiadali jednakową wiedzę o niniejszym postępowaniu, opartą na przepisach regulujących postępowanie, ujawnionych w publicznym ogłoszeniu o postępowaniu, dostępnym dla każdego.

Dodatkowo, Odwołujący, w wyniku powstałych wątpliwości w trakcie kształtowania swojej oferty mógł skonsultować się z Komisją konkursową, lecz z takiej możliwości nie skorzystał.

Omawiane pytanie ofertowe nie budziło wątpliwości u oferenta, który został wybrany do udzielania świadczeń w niniejszym konkursie.

Należy wskazać, iż zarzuty podniesione w odwołaniu wskazują jednoznacznie, że Odwołujący nie zgadza się z rozstrzygnięciem postępowania konkursowego oraz faktem niewybrania jego oferty przez Komisję konkursową, nie przedstawiając jednocześnie żadnych faktów pozwalających na uznanie, że kwestionowane postępowanie konkursowe rzeczywiście było obarczone wadą, przez co interes prawny Odwołującego doznał uszczerbku, a oferent wybrany do udzielania świadczeń przedstawił ofertę gorszą niż oferta Odwołującego.

Weryfikacja ofert przeprowadzona przez organizatora postępowania konkursowego była prowadzona na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego, jak i aktów o charakterze wewnętrznym, wskazanych w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym. Fundusz zapewnił równe traktowanie dla wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadził postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Twierdzenie Odwołującego, że Komisja konkursowa pomimo identycznych stanów faktycznych występujących u Odwołującego oraz oferenta wybranego w niniejszym postępowaniu konkursowym, oceniła tego ostatniego wyżej, należy uznać za całkowicie bezzasadny.

Ponadto 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.*

4. 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 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 256, z późn. zm.) 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
ZASTĘPCA DYREKTORA
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
ds. Służb Mandytowych i Świadczeniobiorców
Wojciech Modzelewski