

Katowice, dnia 1 marca 2012 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

WO-0212-53 / 342 / 12 - iw/12

DECYZJA Nr 96 /2012

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z 2008 r. z późn. zm.) zwanej dalej ustawą oraz art. 104 i 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. Nr 98, poz. 1071, z 2000 r. z późn. zm.) po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez: **Samodzielny Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia”, ul. PCK 1**, dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014, kod postępowania: **12-12-000770/LSZ/03/1/03.4610.032.02/1**, w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia,

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanawia:

1. oddalić odwołanie **Samodzielnego Publicznego Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach „Moja Przychodnia”, ul. PCK 1**, od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert ogłoszonego w dniu 22.12.2011 r., kod postępowania: **12-12-000770/LSZ/03/1/03.4610.032.02/1**, poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, prowadzonego przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ w Katowicach,
2. nadać decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

UZASADNIENIE

W dniu 22.12.2011 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014 w rodzaju leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: otorynolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia, nr ogłoszenia 12-12-000770/LSZ/03/1/03.4610.032.02/1. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 05.01.2012 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. Ogółem złożono 15 ofert. W wyżej wymienionym postępowaniu podano wartość zamówienia nie większą niż 980 512,00 zł, a wartość rozstrzygnięcia wyniosła 980 493,00 zł. Odwołujący złożył ofertę w terminie. Nr oferty 12-12-000770/LSZ/03/1/03.4610.032.02/1/2/0403.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonując oceny formalno – prawnej złożonych ofert stwierdziła, że oferta zawierała braki formalne. Komisja Konkursowa wezwała Oferenta do uzupełnienia braków formalnych. Braki zostały uzupełnione w terminie i Komisja Konkursowa potwierdziła spełnienie przez Oferenta wymagań określonych w przepisach prawa. W części niejawnej konkursu ofert, w której działając na podstawie art. 148 ustawy oraz zarządzenia Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert, w wyniku której oferta Odwołującego nie została wybrana. Ranking końcowy obejmował 8 miejsc realizacji świadczeń. Wskazana w ogłoszeniu wysokość środków finansowych pozwoliła na wybór ofert od pozycji 1 do 4 w rankingu końcowym.

W dniu 24.01.2012 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie konkursu ofert w powyższym zakresie.

Oferent złożył w terminie odwołanie wnosząc o uchylenie decyzji Komisji Konkursowej o nieprzyznaniu kontraktu i powtórne przeprowadzenie czynności przez Komisję Konkursową celem merytorycznej oceny złożonej oferty i porównanie jej z innymi. Oferent zarzucił również naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez naruszenie zasad równego traktowania świadczeniodawców i uczciwej konkurencji, polegające na niepodaniu przed złożeniem ofert pełnej informacji dotyczącej zasad kontraktowania oraz naruszenie art. 147 ustawy poprzez brak precyzji w określeniu kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców.

Wskazać należy w tym miejscu, że Oferent złożył 7 odwołań od rozstrzygnięcia postępowań w których brał udział. Powyższe odwołania są w swej treści identyczne. Stąd treść uzasadnień decyzji jako, że stanowi odpowiedź na identycznie sformułowane zarzuty również jest niemalże identyczna.

Odwołanie na uwzględnienie nie zasługuje.

Do strony niniejszego postępowania skierowano pismo informujące o wynikającym z art. 10 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego prawie wglądu do dokumentów i wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów, materiałów oraz zgłoszonych żądań. Odwołujący w dniu 14.02.2012 r.

skorzystał z prawa wglądu do akt sprawy, z powyższej czynności został sporządzony protokół, w którym Odwołujący zawarł pytania dotyczące punktacji za kompleksowość i jakość.

Wskazać należy, że Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Nie powiela zatem czynności zarezerwowanych przez ustawę dla komisji powoływanej przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu. Dyrektor Oddziału bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania, i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego się.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, spełnić wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

- zarządzeniu Prezesa NFZ nr 46/2011/DSOZ z dnia 16 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- zarządzeniu Prezesa NFZ nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Ogłoszenie o konkursie ofert zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu w tym powyższych zarządzeń. Nadto treść ich była dostępna dla świadczeniodawców na stronach internetowych zarówno Centrali NFZ jak i Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Ocena ofert w postępowaniu była dokonywana w oparciu o zarządzenie Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe zarządzenie zostało wydane przez Prezesa NFZ w oparciu o delegację ustawową określoną w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy.

Zgodnie z ww. zarządzeniem oceny ofert w rodzaju leczenie szpitalne w ww. zakresie dokonuje się według kryteriów ciągłości, kompleksowości, jakości, dostępności, oraz ceny. Powyższe zarządzenie bardzo precyzyjnie określa przez pryzmat jakich okoliczności każde z kryteriów jest oceniane. Zawiera również szczegółowe parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładne wskazanie sposobu oceny oferty pod względem kryterium ceny.

Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, że zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje do stosowania.

W wymienionym postępowaniu zostało złożonych 15 ofert. Wszystkie oferty – w tym Odwołującego - zostały poddane jednakowej kontroli w części jawnej postępowania pod kątem spełniania wymogów formalno-prawnych, jak również spełniania pozostałych warunków wymaganych od świadczeniodawców, stwierdzając, że zarówno Oferent jak i oferta spełniają wymogi określone w ww. przepisach. 8 ofert spełniających wymagane warunki niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego świadczenia, w tym warunki określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146

ust. 1 pkt 3 ustawy (także oferta Odwołującego w całości), zostało zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania. Podkreślić należy, że fakt spełniania wszystkich warunków określonych przepisami prawa, w tym również tych określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, lecz pozwala na dokonanie na podstawie art. 148 ustawy oraz zarządzenia Prezesa Funduszu nr 54/2011/DSOZ jej oceny według powyżej wskazanych kryteriów. Zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy, z zachowaniem zasad określonych w art. 142 ust. 7 ustawy Komisja Konkursowa przeprowadziła negocjacje z oferentami, którzy przeszli część jawnego postępowania, podczas których ustalono stanowiska w zakresie ceny i liczby oferowanych świadczeń.

Komisja Konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich nieodrzuconych ofert. Oferta Odwołującego opiewała na wartość 87 550,00 zł (1 700 x 51,50 zł) i uplasowała się w rankingu końcowym na 7 pozycji z łączną liczbą punktów 29,962 (w tym za ciągłość 10 pkt, kompleksowość 0,000 pkt, jakość 4,000 pkt, dostępność 5,000 pkt, cenę 10,962 pkt).

Zaznaczyć należy, że ostatnia wybrana oferta z pozycji 4 w rankingu końcowym uzyskała 73,000 pkt. w łącznej ocenie (w tym za ciągłość 10,000 pkt, kompleksowość 0,000 pkt, jakość 38,000 pkt, dostępność 15,000 pkt, cenę 10,000 pkt).

Oferta Odwołującego za kryterium ciągłość uzyskała maksymalną liczbę 10 pkt.

Kolejnym kryterium ocenianym przez Komisję Konkursową było kryterium kompleksowości, za które oferta Odwołującego nie uzyskała punktów ze względu na udzielenie odpowiedzi negatywnej na pytanie zawarte w części VIII formularza ofertowego – ankieta „Czy oferent zapewnia kompleksową diagnostykę audiologiczną (badania: BERA, ABR, OAEs, test z promentorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy’ego) – w lokalizacji?”.

Za kryterium jakości oferta Odwołującego uzyskała 4,000 pkt. W kryterium tym oceniane były takie parametry jak: personel, sprzęt i aparatura medyczna, zewnętrzna ocena jakości oraz wyniki kontroli. W zakresie parametru personel dodatkowe punkty można było uzyskać wówczas, gdyby Oferent zapewniał w wymiarze równoważnym co najmniej 1 etat: lekarza specjalistę w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarkę specjalistę w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki. W parametrze sprzęt i aparatura medyczna oferta mogła uzyskać dodatkowe punkty za zapewnienie w lokalizacji: lasera CO2 i zestawu do mikrolaryngoskopii oraz za zapewnienie stanowiska znieczulenia ogólnego wyposażonego w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi. Zgodnie z odpowiedziami ankietowymi Oferent nie spełnił żadnego z warunków przedmiotowego parametru. Jeśli chodzi o zewnętrzną ocenę jakości, to dodatkowe punkty oferta mogła otrzymać, gdyby Oferent posiadał certyfikat Centrum Monitorowania Jakości oraz certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważne w dniu zawarcia umowy. Jak wynika z oferty, Oferent nie posiada żadnego z nich. Biorąc zaś pod uwagę ocenę oferty pod względem wyników kontroli rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem

pokontrolnym, w żadnych z rozpatrywanych elementów nie doszło do obniżenia punktów. Z oferty wynika, że nie zachodzi sytuacja obniżenia jakości świadczeń, ani ograniczenia dostępności do świadczeń, nie wykazano też, by miała miejsce nieprawidłowa realizacja świadczeń, czy nieuprawnione zmiany warunków umowy, bądź inne naruszenia postanowień umowy, nie było też negatywnego wyniku rekontroli.

Komisja Konkursowa dokonała też oceny ofert w kryterium dostępności. Maksymalnie oferta podlegająca ocenie w tym kryterium mogła uzyskać 15 pkt. Oferta Odwołującego uzyskała 5 pkt. Elementami składającymi się na ocenę oferty pod tym kątem są: harmonogram pracy i dostępność dla osób niepełnosprawnych. Za dostępność dla osób niepełnosprawnych oferta uzyskała maksymalną liczbę 5 pkt. jednostkowych. Natomiast w przypadku liczby godzin pracy w tygodniu Oferent nie uzyskał punktów, bowiem wskazał odpowiedź „15 godzin tygodniowo”, która nie była punktowana.

Za cenę można było uzyskać maksymalnie 20 punktów. Oferta Odwołującego uzyskała 10,962 pkt. Cena w wysokości 52 zł za punkt rozliczeniowy była ceną sugrowaną przez NFZ, czyli wskazaną wszystkim oferentom w informacji na stronie internetowej Oddziału. Maksymalną ilość punktów można było uzyskać za propozycję cenową na poziomie 46,80 zł. za punkt, a więc poniżej ceny oczekiwanej przez Zamawiającego. Podkreślić należy, że każda wysokość ceny zaproponowanej poniżej lub powyżej ceny oczekiwanej miała wpływ na ilość otrzymanych punktów za to kryterium oceny. Odwołujący w ofercie podał cenę 51,50 zł za punkt rozliczeniowy. Punkty za cenę obliczane są na podstawie wzoru zawartego w załączniku nr 2 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.) w odniesieniu do ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

W wyniku przeprowadzonego postępowania oferta nie została wyłonią do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zawartej ze Śląskim OW NFZ. Oferta znalazła się pod tzw. linią odcięcia z uwagi na uzyskaną liczbę punktów oceny.

Odnosząc się do zarzutu nierównego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, zaznaczyć trzeba, że wybór ofert dokonywany jest przy pomocy systemu wspomagającego postępowanie konkursowe w oparciu o ranking końcowy, sporządzony w oparciu o informacje złożone w ofertach. Wskazać należy, że wybrane oferty na 4 miejsca wykonywania świadczeń, zabezpieczają w równym stopniu potrzeby świadczeniobiorców w omawianym zakresie świadczeń.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego wskazać należy, co następuje.

Wbrew twierdzeniom Odwołującego, sposób ogłoszenia rozstrzygnięcia oraz zawarte w nim informacje nie naruszają zasad postępowania. Zgodnie z art. 151 ust. 4 ustawy ogłoszenie ma zawierać nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany. Ogłoszenie wyników powyższe informacje zawiera. Skoro zatem ustawa nie nakłada obowiązku umieszczenia w ogłoszeniu innych informacji niż wyżej wskazane, to nie można zasadnie czynić zarzutu braku ich umieszczenia.

Wskazać również należy, że zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz aktach wykonawczych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 139 ust. 5 ustawy. Zasady te były znane wszystkim oferentom biorącym udział w postępowaniu, w tym również Odwołującemu.

Komisja konkursowa w ramach postępowania konkursowego stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. 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 udostępnione były wszystkim Świadczeniodawcom na tych samych zasadach. Dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Taki sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich oferentów.

Kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Ocena ofert, w tym oferty Odwołującego, odbywała się o enumeratywnie określone kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były jednakowe dla wszystkich i przejrzyste. W przywołanym zarządzeniu nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w późniejszych zmianach, wskazane zostało z jakimi okolicznościami przypisanymi poszczególnym kryteriom oceny wiążą się określone ilości punktów. Wskazać należy, iż w przedmiotowym postępowaniu konkursowym, zgodnie z przywołanym wyżej zarządzeniem, oferty oceniane były pod względem kryterium: ciągłości, kompleksowości, jakości, dostępności i ceny. Punktację za poszczególne kryteria niecenowe wylicza się poprzez podstawienie danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ tj.

$a_i/x_i * s_i$ = liczba zdobytych punktów,

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_i – liczba punktów jednostkowych uzyskanych w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą,

x_i – maksymalna liczba punktów jednostkowych możliwych do uzyskania w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą,

s_i – waga skalująca.

Biorąc pod uwagę powyższe za bezzasadny należy uznać zarzut Odwołującego wskazujący na naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez naruszenie zasad równego traktowania świadczeniodawców i uczciwej konkurencji, polegające na niepodaniu przed złożeniem ofert pełnej informacji dotyczącej zasad kontraktowania oraz naruszenie art. 147 ustawy poprzez brak precyzji w określeniu kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców.

W związku z powyższym stwierdzić należy, iż Komisja Konkursowa przyjmując ofertę jako spełniającą wymogi formalno-prawne oraz dokonując jej oceny według jednolitych kryteriów oceny określonych powyższym zarządzeniem Prezesa, zasad postępowania nie naruszyła. Punktacja w rankingu końcowym generowana przez system oparta jest na informacjach zawartych w ofercie z uwzględnieniem przeprowadzonych negocjacji dotyczących liczby i ceny proponowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Nie jest zatem możliwa sytuacja różnego punktowania przez Komisję Konkursową jednakowych odpowiedzi udzielonych przez oferentów. Ponadto takim samym zasadom postępowania, oraz jednolitym kryteriom oceny, określonym w art. 148 ustawy i w zarządzeniach Prezesa NFZ, podlegały wszystkie oferty złożone i zakwalifikowane do części niejawnej postępowania konkursowego. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 147 ustawy kryteria oceny oferty, warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne, nie podlegały zmianie w toku postępowania, i co ważne nie mógł ich zmienić ani oferent, ani zamawiający.

Kryteria te są podstawą oceny wszystkich ofert i jakakolwiek ingerencja Komisji Konkursowej w wygenerowaną liczbę punktów jest niemożliwa. Wygenerowana punktacja stanowi podstawę końcowej listy rankingowej. Stąd zarzut nierównego traktowania wszystkich oferentów nie mógł być uwzględniony.

Należy mieć również na względzie, że konkurs ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to, że oferty niepodlegające odrzuceniu uszeregowywane są w ramach tzw. listy rankingowej od oferty najkorzystniejszej do oferty z najniższą liczbą punktów. Wyborowi podlegają oferty, które uzyskują określoną liczbę punktów, aż do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na dany zakres kontraktowanych świadczeń, wskazanych w ogłoszeniu postępowania, jako wartość zamówienia. Wysokość środków finansowych przeznaczonych na powyższe postępowanie uniemożliwiło wybranie wszystkich ofert, w tym również oferty Odwołującego. Wybranie oferty Odwołującego skutkowałoby niewybraniem jednej z ofert, która otrzymała wyższą ocenę punktową. W ten sposób Komisja Konkursowa naruszałaby zasadę równego traktowania stron.

Działania Komisji Konkursowej, zmierzają do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju, w ramach zaplanowanych na ten cel środków. Nie mają natomiast na celu prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu ofert, zadaniem Komisji Konkursowej jest wybór ofert najkorzystniejszych. Oferta Odwołującego nie została wybrana, bowiem na przedmiotowy konkurs złożono oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

W świetle powyższych okoliczności stwierdzić należy, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron.

Takie postępowanie Komisji Konkursowej było zgodne z przepisami ustawy oraz Regulaminem pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyjętym Uchwałą nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r.

W konsekwencji stwierdzić należy, że postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania dokonując sprawdzenia złożonych ofert, w tym oferty Odwołującego. Działanie Komisji w tym zakresie było


prawidłowe i oparte na obowiązujących przepisach prawa. Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłyby spowodować uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego.

Wobec powyższego przy braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 164, poz. 1027 z 2008 r. z późn. zm.) należało je oddalić.

Decyzji na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

POUCZENIE

W oparciu o art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 164, poz. 1027 z 2008 r. z późn. zm.) od niniejszej decyzji stronie przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie ul. Grójecka 186. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach

Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Otrzymują:

- 1) Świadczeniodawca,
- 2) Wydział Organizacyjny a/a,
- 3) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
- 4) Wydział Ekonomiczno-Finansowy.