

Katowice, dnia 11. marca 2012 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w KatowicachWO-0212-79/ ...²²⁸...- DA/12**DECYZJA Nr 104/2012**

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: **Panią Agatę Pawelczak prowadzącą Specjalistyczno-Diagnostyczny Ośrodek Zdrowia w Częstochowie przy ul. Waszyngtona 36, reprezentowaną przez radcę prawnego Katarzynę Fortak-Karasińską, „FORTAK & KARASIŃSKI” Radcowie Prawni sp. p., ul. Gdańska 77A lok. 3, 90-613 Łódź, dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014, kod postępowania: 12-12-000782/LSZ/03/1/03.4501.032.02/1, w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: chirurgia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia,**

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanawia:

1. oddalić odwołanie **Pani Agaty Pawelczak prowadzącej Specjalistyczno-Diagnostyczny Ośrodek Zdrowia w Częstochowie przy ul. Waszyngtona 36, reprezentowanej przez radcę prawnego Katarzynę Fortak-Karasińską, „FORTAK & KARASIŃSKI” Radcowie Prawni sp. p., ul. Gdańska 77A lok. 3, 90-613 Łódź, od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert ogłoszonego w dniu 22.12.2011 r., kod postępowania: 12-12-000782/LSZ/03/1/03.4501.032.02/1, poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: chirurgia dziecięca – 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: chirurgia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia, nr ogłoszenia 12-12-000782/LSZ/03/1/03.4501.032.02/1. 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 14 ofert. W wyżej wymienionym postępowaniu podano wartość zamówienia nie większą niż 1 029 184,00 zł., a wartość rozstrzygnięcia wyniosła 1 029 114,90 zł. Odwołująca złożyła ofertę w terminie. Nr oferty 12-12-000782/LSZ/03/1/03.4501.032.02/1/12/0403. W części jawnej postępowania konkursowego Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert, stwierdzając, że Oferent nie spełnia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z późn. zm., jak również w zarządzeniu nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne z późn. zm. i na posiedzeniu w dniu 12.01.2012 r. odrzuciła ofertę Odwołującej. W dniu 19.01.2012 r. Oferent złożył protest, który Komisja Konkursowa uznała za bezzasadny i postanowiła go nie uwzględnić. W dniu 24.01.2012 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie konkursu ofert w powyższym zakresie.

Pełnomocnik Oferenta złożył w terminie odwołanie, w którym zarzuca Komisji Konkursowej naruszenie przepisów prawa. Pełnomocnik Odwołującej wyraził przekonanie, że dokonany przez Komisję wybór ofert uniemożliwia zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarze zabezpieczenia będącym przedmiotem ogłoszonego postępowania konkursowego, co stoi w sprzeczności z art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pełnomocnik Oferenta podnosi również zarzut niemożności zapewnienia kompleksowości udzielania świadczeń w oparciu o oferty wybrane w postępowaniu, co w Jego opinii narusza art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy. Ponadto w odwołaniu zostało przedstawione przekonanie, iż ze względu na bezzasadne, w rozumieniu Oferenta oddalenie protestu, który winien był zostać uwzględniony, a co za tym idzie Jej wyłączenie z uczestnictwa w dalszych etapach postępowania, Komisja naruszyła zasady uczciwej konkurencji oraz równego traktowania oferentów określone w art. 134 w zw. z art. 149 ust. 1 pkt 7, art. 149 ust. 3, art. 142 ust. 2 pkt 3 wspomnianej ustawy. Biorąc pod uwagę powyższe stanowisko pełnomocnik Oferenta wnosi o uwzględnienie przedłożonego odwołania.

Odwołanie na uwzględnienie nie zasługuje.

Do strony niniejszego postępowania w dniu 08.02.2012 r. 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. Z powyższego prawa Oferent skorzystał nie wnosząc w treść protokołu z wglądu do akt sprawy żadnych uwag.

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 NFZ. Dyrektor Oddziału bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez Komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej.

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 określonych kryteriów. 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.

Odwołująca złożyła w ofercie oświadczenie, że zapoznała się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje do stosowania.

W wymienionym postępowaniu zostało złożonych 14 ofert. Wszystkie oferty, w tym Odwołującej, zostały poddane jednakowej kontroli w części jawnej postępowania pod kątem spełniania wymogów formalno-prawnych, jak również spełniania pozostałych warunków wymaganych od świadczeniodawców, stwierdzając, że oferta Odwołującej nie spełnia wymogów określonych w ww. przepisach. 12 ofert spełniających wymagane warunki, które są niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego świadczenia, w tym warunki określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, zostało zakwalifikowanych do części niejawnej 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 (z późn. zm.) 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 jawną postępowania, podczas których ustalono stanowiska w zakresie ceny i liczby oferowanych świadczeń.

Zgodnie z treścią § 4 ust. 4 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. nr 140, poz. 1143 z 2009 r. z późn. zm.) w przypadku udzielania świadczeń gwarantowanych w trybie jednego dnia, świadczeniodawca powinien w zakresie personelu spełniać następujące warunki:

- równoważnik, co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń,

- równoważnik, co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – pielęgniarka.

Z kolei zgodnie z § 4 ust. 4 pkt 2 rozporządzenie w przypadku udzielania świadczeń gwarantowanych – chirurgii jednego dnia lub dokonywania znieczulenia do zabiegów diagnostycznych w trybie leczenia jednego dnia, świadczeniodawca zapewnia dodatkowo następujące warunki :

- równoważnik, co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowany przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii,

- równoważnik, co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki.

Podkreślić należy, że oferta wymóg dostosowania harmonogramu pracy komórki do potencjału, jakim dysponuje Oferent w zakresie personelu zgłoszonego do realizacji świadczeń, winna spełniać w dniu jej złożenia. Zdecydowana większość oferentów nie miała wątpliwości interpretacyjnych przedstawiając harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu oraz tygodniowy czas pracy wymaganego personelu zgodnie z wykładnią przyjętą przez Komisję Konkursową. Skoro zatem Oferent w złożonej ofercie nie dostosował czasu pracy komórki do możliwości realizacji świadczeń, Komisja Konkursowa była zobowiązana ją odrzucić.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 97 ust. 3 pkt 1 oraz art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 j.t. z późn. zm.) należy stwierdzić, że nie ma on uzasadnienia.

Przedmiotowe postępowanie zostało ogłoszone dla obszaru – subregion północny. Tym samym *a priori* założono, że postępowanie ma na celu zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do całego subregionu, a nie w odniesieniu do poszczególnych powiatów, czy gmin. Jednocześnie istotnym jest, że sam fakt wyboru mniejszej liczby oferentów w stosunku do liczby podmiotów realizujących w 2011 roku świadczenia w przedmiotowym zakresie i na terenie objętym postępowaniem konkursowym nie może być uznany za ograniczenie dostępności. W ogłoszeniu postępowania jednoznacznie wskazano jego wartość, czyli wysokość środków finansowych, jakie Śląski OW NFZ przeznaczył na zakontraktowanie świadczeń z zakresu chirurgii dziecięcej – zespół chirurgii jednego dnia. Środki te zostały rozdysponowane w całości, zatem świadczenia zostały zakupione na zaplanowanym wcześniej poziomie. Nadto wskazać należy, iż ocena złożonej oferty dokonuje się w sposób automatyczny przez system informatyczny w oparciu o kryteria zawarte w zarządzeniu nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późniejszymi zmianami, a także dane przedstawione przez oferentów w złożonych ofertach. Wyboru ofert Komisja dokonuje spośród tych, które spełniły wszystkie warunki wymagane, a tym samym nie podlegały odrzuceniu.

Brak również przesłanek, aby uznać zasadność zarzutu naruszenia art. 134 ustawy, art. 149 ust. 3 i art. 142 ust. 2 pkt 3 ustawy oraz § 14 ust. 1 Regulaminu pracy Komisji Konkursowej.

Nie można się zgodzić, iż Komisja oddalając protest Skarżącej naruszyła zasadę równego traktowania oferentów. Podkreślić należy, że równe traktowanie świadczeniodawców przejawia się między innymi w stosowaniu wobec wszystkich oferentów takich samych wymagań oraz ocenie ofert pod kątem jednakowych kryteriów. Komisja powyższy warunek zachowała, ponieważ wszystkie złożone w postępowaniu oferty podlegały sprawdzeniu pod kątem spełniania jednolitych wymogów określonych wyżej przywołanymi przepisami rozporządzenia oraz zarządzenia. Oferty wszystkich oferentów były sprawdzane w ten sam sposób i przyjęta została jednolita, taka sama dla wszystkich ofert wykładnia spornego § 4 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia.

Odnosząc się do przedstawionej przez Skarżącą wykładni § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia, należy zatem uznać, że jest ona błędna.

Winno być poza sporem, że czas udzielania świadczeń gwarantowanych w danym zakresie jest determinowany harmonogramem czasu pracy komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa Oferenta wskazanym dla tego zakresu świadczeń. Powyższy harmonogram Oferent przedstawia w ofercie, w części VI – „Szczegóły oferty”, jako „harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu”. Nie może zatem budzić wątpliwości, że nie chodzi tutaj o czas pracy komórki w ogóle, lecz czas dostępności w danym zakresie udzielanych świadczeń. Stąd Oferent winien udzielać świadczeń w czasie określonym w wyżej wskazanym harmonogramie. Wprawdzie w rozporządzeniu nie określono czasu udzielania świadczeń w leczeniu jednego dnia, wskazując wyłącznie, iż są to świadczenia gwarantowane udzielane z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, lecz dostępność ta została określona zarządzeniem Prezesa, zgodnie z którym „dostępność miejsca udzielania świadczeń winna wynosić co najmniej trzy razy po pięć godzin dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych w przedziale czasowym między godziną 8:00 a 15:00 oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych w przedziale czasowym między godziną 15:00 a 20:00.” Powyższy zapis nie pozbawia jednakże oferentów możliwości określenia dłuższego czasu pracy miejsca udzielania świadczeń. Oczywistym jest, że udzielanie świadczeń możliwe jest wyłącznie przy pomocy właściwego do jego wykonania personelu medycznego. Stąd nie powinno budzić jakichkolwiek wątpliwości interpretacyjnych, że personel medyczny (zgodny z wymogami określonymi w ww. § 4 pkt 1 i 2 rozporządzenia) musi być dostępny w tych samych godzinach pracy, jakie są określone dla dostępności miejsca udzielania świadczeń. Skoro oddział jest czynny przez 10 godzin, to w tym czasie musi w nim przebywać i udzielać świadczeń odpowiedni personel medyczny. Jego czas pracy nie może być krótszy, ponieważ oznaczałoby to pozorność dostępności miejsca udzielania świadczeń, skoro mimo, że jest ono czynne, nie ma w nim personelu, który byłby gotowy udzielić świadczeń. Podkreślić należy, że w przypadku chirurgii jednego dnia, to do Oferenta należy określenie dostępności miejsca udzielania świadczeń. Jedyne warunki, który musi być spełniony, to wspomniane wyżej minimum 3 razy w tygodniu po 5 godzin dziennie (...). Skoro zatem Oferent decyduje się określić dostępność miejsca udzielania świadczeń na czas dłuższy, to i na dłuższy czas musi zapewnić personel. Zauważyć należy również, że w zakresie określenia czasu pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w ust. 1 i 2 § 4 rozporządzenia, zapisy są jednobrzmiące. Wobec powyższego ich różna interpretacja nie jest możliwa.

Odnosząc się do poruszonej przez Skarżącą kwestii pkt 1.2.2. zarządzenia Prezesa należy wyjaśnić, że wymóg ten jest niezależny od określonego w § 4 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia i wynika z faktu, iż w przypadku leczenia jednego dnia w rozporządzeniu nie powtórzono rozwiązania przyjętego dla hospitalizacji, gdzie w definicji legalnej wprost wskazano obowiązek zapewnienia opieki od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu lub zgonu (§ 2 pkt 2 rozporządzenia). Powyższy wymóg określony w zarządzeniu gwarantuje, że indywidualne harmonogramy pracy będą skonstruowane tak, by czas pracy lekarzy i pielęgniarek zabezpieczał opiekę nad świadczeniobiorcami przez cały okres ich pobytu.

Argumenty dotyczące deficytu lekarzy odpowiedniej specjalności nie poddają się ocenie i nie mogą stanowić podstawy uwzględnienia odwołania. Warte uwagi jest również przypomnienie, że ilość złożonych w postępowaniu ofert spełniających wszystkie wymogi, w tym dotyczących personelu, jest wystarczająca do zakontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w granicach określonych na ten cel środków finansowych.

Ponadto odnosząc się do zarzutów dotyczących ograniczenia pacjentom możliwości leczenia refundowanego przez NFZ stwierdzić należy, w myśl obowiązujących przepisów zgodnie z art. 30 wyżej wymienionej ustawy: „Świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego”. Tak więc w myśl obowiązujących przepisów nie może być mowy o naruszeniu praw pacjenta. Mają oni dostęp do świadczeniodawców, którzy w toku postępowania konkursowego okazali się być najlepiej spełniającymi stawiane przed Nimi wymagania.

Kolejnym zarzutem stawianym przez Odwołującą jest dokonanie wyboru oferentów w oderwaniu od rozstrzygnięć innych postępowań. Uzasadniając powyższe Odwołująca wyraziła przekonanie, że Komisja Konkursowa kierując się kryterium kompleksowości, winna była wybrać w postępowaniu w zakresie chirurgii dziecięcej – chirurgii jednego dnia tych oferentów, którzy zostali wybrani w rodzaju świadczeń AOS z zakresu chirurgii dziecięcej. Powyższa argumentacja jest chybiona i nie posiada oparcia w obowiązujących przepisach prawa. Wybór podmiotów do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dokonywany jest, co do zasady, w ramach postępowań konkursowych. Ustawodawca w żadnym przepisie nie nałożył na Fundusz obowiązku kontraktowania świadczeń w sposób opisany przez Odwołującą. Przeciwnie, ustawodawca określając kryteria oceny, żadnego z nich nie wskazał jako najważniejszego czy kluczowego. Przyjmując tok rozumowania Skarżącej należałoby przyjąć, że zakontraktowanie jednego zakresu świadczeń u danego podmiotu rodzi obowiązek zakontraktowania u niego również innych świadczeń, co w sposób oczywisty naruszałoby zasadę równego traktowania świadczeniodawców i powodowałoby niemożność wyłonienia najlepszych oferentów do realizacji świadczeń. Przyjęcie założenia, że decydujące znaczenie przy wyborze oferty ma fakt posiadania kontraktu z NFZ w tożsamym zakresie, lecz innym rodzaju świadczeń byłoby zaprzeczeniem idei konkursu. W świetle powoływanego przez Skarżącą art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy parametry, które Fundusz ma wziąć pod uwagę są równorzędne. Podkreślić należy, że oferta Skarżącej, jako niespełniająca wymogów została odrzucona, a nie niewybrana. W konsekwencji nie podlegała ona ocenie. Stąd zarzut Skarżącej jest bezprzedmiotowy.

Przypomnieć należy również, że ocena ofert w części niejawnego postępowania została przeprowadzona w oparciu o kryteria określone w wydanym na podstawie delegacji ustawowej zarządzeniu Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.). Również z tego powodu stawiany przez Skarżącą zarzut jest nietrafny.

Reasumując stwierdzić należy, że Komisja Konkursowa, wbrew twierdzeniom Skarżącej, nie naruszyła zasad postępowania.

Postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania dokonując sprawdzenia złożonych ofert, w tym oferty Odwołującej. Działanie Komisji w tym zakresie było prawidłowe i oparte na obowiązujących przepisach prawa. Stwierdzić zatem należy, że Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłoby spowodować uszczerbek w interesie prawnym Odwołującej.

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
Zygmunt Kłosa
Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Otrzymują:

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