

Katowice, dnia 28 lutego 2012 r.

DYREKTORŚląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w KatowicachWO-0212- 58/....³⁰⁴...- kb/12**DECYZJA Nr ...⁴³... /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: **Emilię Sitkiewicz, Bogdana Szymala wspólników spółki cywilnej Centrum Medyczne „POLI-MED BIELSKO”** prowadzących **NZOZ Specjalistyczne Gabinety „Poli - Med”** w Bielsku - Białej, ul. Kustronia 4 reprezentowanych przez radcę prawnego **Joannę Pławny Kancelaria Radców Prawnych Spółka Partnerska MAREKWIA & PŁAWNY**, dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014, kod postępowania: **12-12-000776/LSZ/03/1/03.4450.032.02/1**, w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: ginekologia – zespół chirurgii jednego dnia,

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanawia:

1. oddalić odwołanie **Emilii Sitkiewicz, Bogdana Szymala wspólników spółki cywilnej Centrum Medyczne „POLI-MED BIELSKO”** prowadzących **NZOZ Specjalistyczne Gabinety „Poli - Med”** w Bielsku - Białej, ul. Kustronia 4 reprezentowanych przez radcę prawnego **Joannę Pławny Kancelaria Radców Prawnych Spółka Partnerska MAREKWIA & PŁAWNY**, od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert ogłoszonego w dniu 22.12.2011 r., kod postępowania: **12-12-000776/LSZ/03/1/03.4450.032.02/1**, poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: ginekologia – 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: ginekologia – zespół chirurgii jednego dnia, nr ogłoszenia 12-12-000776/LSZ/03/1/03.4450.032.02/1. 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 4 oferty. W wyżej wymienionym postępowaniu podano wartość zamówienia nie większą niż 345 852,00 zł, a wartość rozstrzygnięcia wyniosła 310 200,00 zł. Odwołujący złożył ofertę w terminie. Nr oferty 12-12-000776/LSZ/03/1/03.4450.032.02/1/4/0403.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonując oceny formalno – prawnej złożonych ofert stwierdziła, że oferta zawierała braki formalne. Komisja wezwała oferenta do uzupełnienia braków formalnych, które zostały uzupełnione w terminie i Komisja Konkursowa potwierdziła spełnienie przez Oferenta wymagań określonych w przepisach prawa. W części niejawnej postępowania konkursowego, 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 3 miejsca realizacji świadczeń. Oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny. Wskazana w ogłoszeniu wysokość środków finansowych pozwoliła na wybór jednej oferty, zajmującej pierwsze miejsce 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 ponowne rozpatrzenie oferty nr 12-12-000776/LSZ/03/1/03.4450.032.02/1/4/0403. Odwołujący zarzucił naruszenie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych poprzez m.in. wybranie tylko jednej oferty, podczas gdy złożonych zostało więcej ofert niepodlegających odrzuceniu, niezastosowanie w postępowaniu konkursowym zasady równego traktowania świadczeniodawców oraz uczciwej konkurencji, a także przyznanie ofercie Odwołującego zbyt małej ilości punktów. Oferent wniósł o uwzględnienie odwołania w całości, wstrzymanie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych do czasu rozpatrzenia odwołania, ponownego rozpatrzenia oferty z uwzględnieniem kryteriów: ciągłość, kompleksowość, dostępność i jakość udzielanych świadczeń oraz kwalifikacji personelu i wyposażenia w sprzęt. Ponadto, wniósł o wgląd do akt niniejszego postępowania, obejmujących kompletną dokumentację konkursową, w tym ofertę oferenta wybranego w celu zawarcia umowy, wskazanie wraz z uzasadnieniem liczby punktów przyznanych oferentom oraz udzielenia informacji, czy w wyniku przedmiotowego konkursu wyczerpano całą pulę środków finansowych przeznaczonych na realizację tego zakresu. Odwołujący zaznaczył także, że jest

placówką medyczną realizującą świadczenia medyczne nieprzerwanie od powstania Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych.

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 16.02.2012 r. skorzystał z prawa wglądu do akt sprawy. Z powyższej czynności został sporządzony protokół, w którym Odwołujący stwierdził, że udostępniona dokumentacja konkursowa jest niekompletna, ponieważ nie zawiera ofert pozostałych oferentów oraz kompletnej listy rankingowej. W związku z odmową udostępnienia powyższych dokumentów, Odwołujący zaznaczył, że nie jest możliwe porównanie ofert konkursowych i sprawdzenie prawidłowości rozstrzygnięcia konkursu ofert.

Wskazać należy, że Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umowy 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 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, jakości, dostępności oraz ceny. Powyższe zarządzenie bardzo precyzyjnie określa przez pryzmat jakich okoliczności każde z kryteriów jest oceniane. Zawiera również

szczególne 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 zostały złożone 4 oferty. 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. 3 oferty spełniające 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), zostały zakwalifikowane 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 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.

Komisja Konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich nieodrzuconych ofert. Oferta Odwołującego opiewała na wartość 345 852,00 zł (7 390,00 x 46,80 zł) i uplasowała się w rankingu końcowym na 2 pozycji z łączną liczbą punktów 83 (w tym za ciągłość 10 pkt, jakość 43 pkt, dostępność 10 pkt, cenę 20 pkt).

Komisja Konkursowa dokonała wyboru oferenta w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej wartości postępowania.

W wyniku przeprowadzonego postępowania oferta Odwołującego nie została wyłoniona 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.

Wskazać należy, że podmiot uplasowany na pozycji rankingu podlegającej zakontraktowaniu uzyskał łącznie większą ilość punktów aniżeli Odwołujący. Różnica punktowa pomiędzy oferentem, który zajął pierwsze miejsce w rankingu końcowym, a Odwołującym wyniosła 7,115 pkt. Najwyżej oceniona (wybrana) oferta uzyskała za kryteria niecenowe 70,500 pkt, podczas gdy oferta Odwołującego za te same kryteria uzyskała 63 pkt. Wpływ na taką liczbę punktów uzyskanych przez ofertę za jakość miał brak certyfikatów: ISO w zakresie usług medycznych oraz Centrum Monitorowania Jakości. O ilości punktów w kryterium dostępności zdecydował fakt, że w ofercie (część VIII ankiety, rozdział 1.6.1) na pytanie „Czy oferent zapewnia dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa budowlanego?” Oferent

udzielił odpowiedzi przeczącej. W tym miejscu wskazać należy, że Komisja Konkursowa nie dokonuje gradacji elementów, które podlegają ocenie, uznając część z nich za ważniejsze lub mniej istotne w stosunku do pozostałych. To łączna ilość punktów decyduje o pozycji świadczeniodawcy w rankingu końcowym.

Zatrudnienie wykwalifikowanego personelu medycznego oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, a także zapewnienie ciągłości leczenia wykazane przez Oferenta w treści formularza ankietowego zostało uwzględnione w procesie oceny oferty pod kątem kryterium jakości, za co też Odwołującemu została przyznana stosowna ilość punktów w rankingu końcowym. Podniesione więc przez Odwołującego kwestie dotyczące m.in. jakości realizowanych świadczeń czy posiadania wysoko wykwalifikowanego personelu są elementami uwzględnionymi w ocenie punktowej oferty. O uwzględnieniu zasadności złożonego odwołania w oparciu o przywołaną kwestię zatem mowy być nie może.

Odnosząc się do zarzutu przyznania ofercie zbyt małej ilości punktów, stwierdzić należy, że ocena złożonej oferty jak również ranking końcowy ofert 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 zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z późniejszymi zmianami, a także dane przedstawione przez oferentów w złożonych ofertach.

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. Wskazać należy, że 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. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 147 ustawy kryteria oceny oferty oraz 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.

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 nie podlegające 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 składającego odwołanie. Wybranie oferty

Odwołującego skutkowałoby niewybraniem oferty, która otrzymała wyższą ocenę punktową. W ten sposób Komisja Konkursowa naruszałaby zasadę równego traktowania stron.

W konsekwencji działania Komisji Konkursowej zmierzające 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 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 ofertę, która uzyskała wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsza została wybrana w celu zawarcia umowy.

W związku z zarzutem stawianym Komisji Konkursowej w zakresie dokonania wyboru tylko jednej oferty wskazać należy, że przeprowadzenie negocjacji z danym oferentem i podpisanie protokołu zbieżności nie jest równoznaczne z obowiązkiem dokonania wyboru oferty do zawarcia umowy. Zgodnie z treścią art. 142 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 164 poz. 1027 z 2008 r. j.t. z późn. zm.) w części niejawnej konkursu komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu postępowania.

Odnosząc się do wniosku o możliwość zapoznania się z aktami niniejszego postępowania, co zostało zawarte również w protokole z wglądu do akt sprawy, stwierdzić należy, że Oferent miał prawo wglądu do dokumentów o czym został poinformowany pismem z dnia 08.02.2012 r., z którego skorzystał w dniu 16.02.2012 r. Zaznaczyć należy, że ranking końcowy powstaje w części niejawnej konkursu i dokument ten nie może zostać udostępniony Oferentowi w całości lecz tylko w części dotyczącej danego oferenta. Dyrektor Śląskiego OW NFZ stosuje jednolite praktyki wynikające z Komunikatu Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej z dnia 3 lutego 2011 r. zgodnie z którym, aktami sprawy postępowania administracyjnego, które mogą być udostępnione w procedurze odwoławczej dotyczącej rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są: oferta Odwołującego się, a także przejrzysta i pełna dokumentacja ukazująca zasady oceny ofert, ich punktacji oraz kryteria wyboru oferty najkorzystniejszej z wyłączeniem danych wrażliwych innych uczestników. Tym samym oferty konkurentów nie są aktami postępowania administracyjnego wszczętego na skutek odwołania wniesionego przez świadczeniodawcę na tej podstawie, że jego interes prawny doznał uszczerbku, w związku z czym nie mogą zostać udostępnione do wglądu na żadnym etapie postępowania (wyrok z dnia 16 marca 2011 r. Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie, sygn. akt. II GSK 264/10).

Ponadto odnosząc się do zarzutów dotyczących ograniczenia pacjentom możliwości leczenia refundowanego przez NFZ stwierdzić należy, w myśl obowiązujących przepisów zgodnie z art. 29 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.

Zauważyć należy, iż niewłaściwa pozostaje podnoszona przez Odwołującego kwestia długoletniego udzielania świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. Element ten nie ma wpływu na fakt wybrania bądź niewybrania oferty, bowiem nie znajduje on odzwierciedlenia w przepisach dotyczących kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które stanowią podstawę prawną pracy Komisji Konkursowej. Powołując się na wieloletnią współpracę z NFZ w ramach kontraktu Odwołujący powinien mieć na uwadze, że Komisja podjęła decyzję o niewybraniu oferty z uwagi na to, że Oferent znalazł się pod tzw. linią odcięcia z uwagi na uzyskaną liczbę punktów oceny.

Wskazać należy, iż wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest określona w art. 146 delegacja do wydania przez Prezesa dokumentu określającego kryteria oceny ofert. Celem realizacji dyspozycji tego przepisu Prezes Funduszu wydaje zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. 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. Zgodnie z powyższym naruszeniem art. 134 ust. 1 byłoby stosowanie wobec niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców, co w niniejszym postępowaniu nie miało miejsca.

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. Stwierdzić zatem należy, że Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłoby 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) Podmiot składający odwołanie,
- 2) Wydział Organizacyjny a/a,
- 3) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
- 4) Wydział Ekonomiczno-Finansowy.