

Katowice, dnia 16 marca 2012 r.

**DYREKTOR**  
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Katowicach

WO-0212-83 .| 379 - kp/12

**DECYZJA Nr 106/2012**

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: „**KLINIKĘ ŚWIĘTEGO ŁUKASZA**” Sp. z o.o. prowadzącą **NZOZ Szpital św. Łukasza Sp. z o.o. w Bielsku-Białej, ul. Bystrzańska 94B**, dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014, kod postępowania: **12-12-900857/LSZ/03/1/1**, w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: otorynolaryngologia – hospitalizacja, otorynolaryngologia – hospitalizacja C05, C06, C07,

**Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanawia:**

1. oddalić odwołanie złożone przez: „**KLINIKĘ ŚWIĘTEGO ŁUKASZA**” Sp. z o.o. prowadzącą **NZOZ Szpital św. Łukasza Sp. z o.o. w Bielsku-Białej, ul. Bystrzańska 94B**, od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert ogłoszonego w dniu 16.01.2012 r., kod postępowania: **12-12-900857/LSZ/03/1/1**, poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: otorynolaryngologia – hospitalizacja, otorynolaryngologia – hospitalizacja C05,C06,C07, prowadzonego przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ w Katowicach,
2. nadać decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

## UZASADNIENIE

W dniu 16.01.2012 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 161 b oraz 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 - hospitalizacja, otorynolaryngologia – hospitalizacja C05, C06, C07 nr ogłoszenia **12-12-900857/LSZ/03/1/1**. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 30.01.2012 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. Ogółem złożono 2 oferty. W wyżej wymienionym postępowaniu podano wartość zamówienia nie większą niż 1 613 456,00 zł. Odwołujący złożył ofertę w terminie. Nr oferty 12-12-900857/LSZ/ 03/1/1/2/0403.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja Konkursowa dokonała sprawdzenia wymogów formalno-prawnych złożonych ofert oraz ich oceny pod kątem spełniania warunków określonych w przepisach prawa, w tym zarządzeń Prezesa NFZ. Oferent został w dniu 02.02.2012 r., wezwany do uzupełnienia braków formalnych. W dniu 08.02.2012 r. braki formalne zostały uzupełnione.

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 2 miejsca realizacji świadczeń. Wskazana w ogłoszeniu wysokość środków finansowych pozwoliła na wybór jednego z Oferentów.

W dniu 21.02.2012 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie konkursu ofert w powyższym zakresie.

Oferent złożył w terminie odwołanie wnosząc o jego uwzględnienie i dokonanie wyboru oferty odwołującego. Zarzucił naruszenie zasady równego traktowania świadczeniodawców oraz przyjęcie niejasnych i nierównych kryteriów przy wyliczaniu ilości punktów w poszczególnych kryteriach. Odwołujący stwierdził, że, posiada wykwalifikowany personel, wysokiej jakości sprzęt, dysponuje dobrą bazą lokalową, a świadczenia realizowane są w nowym, obszernym budynku w związku z czym jego oferta pod względem ocenianych kryteriów była lepsza od ofert wybranych. Odwołujący zarzucił również naruszenie zasady uczciwej konkurencji poprzez zastosowanie niedozwolonych kryteriów wyboru ofert. Zaznaczył również, że niewybranie jego oferty ograniczy dostęp świadczeniobiorców do świadczeń zdrowotnych.

## **Odwołanie na uwzględnienie nie zasługuje.**

Do strony niniejszego postępowania skierowano pismo z dnia 6 marca 2012 r. 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 z przysługującego mu prawa nie skorzystał.

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 zostały złożone 2 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. 2 oferty w tym oferta Odwołującego 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 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 1 613 455,50 zł (30 264 x 48,90 zł w wyróżniku 03.4610.030.02-1 i 2731 x 48,90 zł w wyróżniku 03.4610.130.02-1) i uplasowała się w rankingu końcowym na ostatniej pozycji z łączną liczbą punktów 74,382 (w tym za ciągłość 3,333 pkt, kompleksowość 6,087 pkt, jakość 44 pkt, dostępność 5 pkt, cenę 15,962 pkt).

Zaznaczyć należy, że wybrana oferta z pozycji 1 w rankingu końcowym uzyskała w łącznej ocenie 83,152 pkt. Podkreślić należy, że Odwołujący znacznie odbiegał od oferty wybranej w zakresie ciągłości, kompleksowości oraz jakości.

Zgodnie z zapisami art.142 ust.7 ustawy Komisja Konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż oferent. Zgodnie z powyższym zapisem Komisja Konkursowa przeprowadziła negocjacje z dwoma oferentami.

Równocześnie wskazać należy, że uznanie przez Komisję Konkursową w części jawnej postępowania złożonej oferty za spełniającą wszystkie wymagania nie jest równoznaczne z obowiązkiem dokonania jej wyboru. Zgodnie bowiem z treścią art. 142 ust. 5 ww. ustawy w części niejawnego konkursu ofert komisja może wybrać ofertę lub większą liczę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu postępowania.

Za cenę można było uzyskać maksymalnie 20 punktów. Oferta Odwołującego uzyskała 15,962 pkt. Cena w wysokości 52 zł za punkt rozliczeniowy była ceną sugerowaną 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 48,90 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.(z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 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 przypadku zmiany ceny w trakcie negocjacji Odwołujący uzyskałaby łącznie 78,420 pkt ( 20 pkt za kryterium ceny i 58,420 pkt za kryteria niecenowe). Powyższa punktacja nie zmieniłaby zajmowanej pozycji w rankingu końcowym, zatem Komisja dokonała wyboru tylko oferenta, który zajmował pierwsze miejsce w rankingu końcowym.

W kryterium kompleksowość oferta Odwołującego uzyskała 6,087 punktów. Wpływ na taką liczbę punktów miał fakt, że Oferent nie zapewnia realizacji badań TK w lokalizacji jak również badań histopatologicznych śródoperacyjnych, badań tomografii wielorzędowej (WRTK) i badań angiografii i/lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA). Ponadto oferta mogła otrzymać dodatkowe punkty w tym kryterium, gdyby Oferent posiadał wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4260 Oddział anestezyjologii i intensywnej terapii lub 4264 Oddział intensywnej terapii. Oferent dodatkowe punkty mógł również uzyskać wykazując w ankiecie aptekę szpitalną /zakładową, wpisaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4920.

Jakość jest kolejnym kryterium pod względem, którego oferty podlegały ocenie. Oferta Odwołującego uzyskała niższą ocenę w rankingu – 44 pkt. W kryterium tym, oceniane były takie parametry jak: personel, sprzęt i aparatura medyczna, zewnętrzna ocena jakości oraz wyniki kontroli. Jeśli chodzi o zewnętrzną ocenę jakości, to dodatkowe punkty oferta mogła otrzymać, gdyby Oferent posiadał certyfikat ISO w zakresie usług medycznych oraz certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważne w dniu zawarcia umowy. 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 żadnym 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.

W kryterium ciągłości Oferent mógł uzyskać maksymalnie 10 pkt. Oferta Odwołującego uzyskała w powyższym zakresie jedynie 3,333 pkt. Brak posiadania przez Oferenta poradni audiologicznej, wpisanej w rejestr: część VIII kodu resortowego:1612 oraz poradni foniatrycznej, wpisanej w rejestr: część VIII kodu resortowego:1614 miały istotny wpływ na ocenę w kryterium ciągłości.

Komisja Konkursowa dokonała też oceny ofert w kryterium dostępności, w którym oferta uzyskała maksymalną liczbę 5 punktów.

W wyniku przeprowadzonego postępowania oferta 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.

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 na podstawie informacji w złożonych w ofertach. Wskazać należy, że wybrana oferta zabezpiecza w równym stopniu potrzeby świadczeniobiorców w omawianym zakresie świadczeń. W tym miejscu zaznaczyć 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. Zgodnie z powyższym naruszeniem art. 134 ust. 1 byłoby stosowanie wobec niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów, co w niniejszym postępowaniu nie miało miejsca. W związku z powyższym nie sposób zgodzić się z zarzutem Odwołującego o naruszeniu art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wskazać należy, że podmiot uplasowany na 1 pozycji rankingu podlegający zakontraktowaniu uzyskał większą ilość punktów aniżeli Odwołujący. Różnica punktowa pomiędzy oferentem, który zajął pierwsze miejsce w rankingu końcowym, a Odwołującym wyniosła 8,77 pkt. Wskazuje to na fakt, iż w postępowaniu uczestniczyła jednostka, które wykazała się lepszą jakością, ciągłością i kompleksowością świadczeń. 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.

Zgodnie z brzmieniem art. 161b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 j.t. z późn. zm.) w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Decyzja w tej materii każdorazowo podejmowana jest po przeprowadzeniu szczegółowej analizy poziomu zabezpieczenia świadczeń gwarantowanych w danym zakresie na terenie

województwa, w aspekcie dotychczasowego poziomu zabezpieczenia świadczeń, a także wysokości pozostających w dyspozycji środków finansowych.

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 oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

Zatrudnienie doświadczonego personelu medycznego oraz posiadanie wysokiej klasy sprzętu 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.

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 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 jakkolwiek 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.

Ponadto odnosząc się do zarzutów dotyczących ograniczenia pacjentom możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stwierdzić należy, że zgodnie z art. 30 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 uznaniu zasadności powyższego zarzutu. Świadczeniobiorcy mają dostęp do świadczeniodawców, którzy w toku postępowań konkursowych w danym zakresie świadczeń okazali się być najlepiej spełniającymi stawiane przed nimi wymagania.

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 36/2005/1 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 umów 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 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.

Sporządziła: Katarzyna Piotrowska 15.03.2012 r.