

Katowice, dnia 29.06.2018 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Znak sprawy: **WOKS-I.422.41.2018**

Znak pisma: WOKS-I.W.179.KK.2018

DECYZJA Nr 12-3985/OD-41/WOKS/2018

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą oraz art. 104, 107 i 108 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1257), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez GYNCENTRUM CLINIC, ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice, zwanego dalej „Odwołującym”, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.07.2018 r. do 30.06.2022 r., kod postępowania: 12-18-000261/SOK/11/1/11.1210.053.02/01, w rodzaju świadczeń świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie badania genetyczne, przy udziale stron:

1. "Fundacja na Rzecz Programu Wczesnego Rozpoznawania Chorób Nowotworowych u Kobiet GODULA-HOPE", 41-711 Ruda Śląska, Główna 11/Pawilon A1

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ orzeka:

1. **oddalić odwołanie,**
2. **nadać decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.**

UZASADNIENIE

W dniu 29.03.2018 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił prowadzone w trybie konkursu ofert postępowanie poprzedzające zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.07.2018 r. do 30.06.2022 r., kod postępowania: 12-18-000261/SOK/11/1/11.1210.053.02/01, w rodzaju świadczeń świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie badania genetyczne na obszarze obejmującym woj. śląskie. W ogłoszeniu podano wartość zamówienia nie większą niż 836.263,00 zł. Oferty w przedmiotowym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 13.04.2018 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. W postępowaniu ogółem złożono 3 oferty. Odwołujący ofertę nr 12-18-000261/SOK/11/1/11.1210.053.02/01/ złożył w terminie.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno–prawnej złożonych ofert oraz potwierdziła spełnienie przez wszystkich Oferentów wymagań określonych w przepisach prawa stwierdzając, że oferty braków formalnych nie zawierają. W części niejawnej postępowania, działając na podstawie art. 148 ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 z późn. zm.), Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert, w wyniku której oferta Odwołującego nie została wybrana. W dniu 15.06.2018 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie postępowania, dokonując wyboru 1 oferty.

Odwołujący złożył odwołanie w terminie, tj. 22.06.2018 r., podnosząc w nim zarzut niezapewnienia równego traktowania oferentów oraz nieuwzględnienie interesu pacjentów.

W uzasadnieniu do złożonego odwołania, Odwołujący podniósł w szczególności, iż posiada własne laboratorium medyczne. Ponadto Odwołujący stwierdza, że mimo, iż udziela świadczeń w ramach umowy z NFZ w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, nie otrzymał punktów za kryterium ciągłości, co pozbawia nowych oferentów możliwości zawarcia umowy. Wskazał także, iż posiada możliwość wykonywania badań bez udziału podwykonawców, a zaoferowana przez niego cena była konkurencyjna. Odwołujący wniósł o wybór jego oferty względnie ogłoszenie rokowań celem zawarcia dodatkowej umowy.

Odwołujący w dniu 27.06.2018 r. złożył uzupełnienie do złożonego odwołania podnosząc w nim znaczną przewagę punktową w kryterium Jakość nad wybraną ofertą. Podkreślił także, że zaoferowana przez niego cena pozwalała miesięcznie wykonywać o 20 badań więcej. Odwołujący wskazał także, iż posiada najnowocześniejszy sprzęt i doświadczony personel, a wysoka jakość wykonywanych badań została potwierdzona certyfikatami ISO. Ponadto Odwołujący wskazuje, że na stronie NFZ w informatorze o zawartych umowach widnieje od dnia 16 czerwca 2018 r. informacja

o zawartej z Oferentem "Fundacja na Rzecz Programu Wczesnego Rozpoznawania Chorób Nowotworowych u Kobiet GODULA-HOPE" umowie.

Do Stron 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. Strony z uprawnienia tego skorzystały:

1. GYNCENTRUM CLINIC, ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice w dniu 27.06.2018 r.
2. "Fundacja na Rzecz Programu Wczesnego Rozpoznawania Chorób Nowotworowych u Kobiet GODULA-HOPE", 41-711 Ruda Śląska, Główna 11/Pawilon A1 w dniu 28.06.2018 r.

Rozpatrując odwołanie, należy podkreślić, że Dyrektor Oddziału bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez Komisję Konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego się. Odwołujący wykazał, iż ma interes prawny we wniesieniu odwołania.

Oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, Oferenci przystępujący do postępowania winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, spełnić w szczególności wymagania określone m.in. w:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 6 listopada 2013 r. (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.),
- Zarządzeniu Nr 127/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (ze zm.).

Ocena ofert w postępowaniu była dokonywana w oparciu o wskazane wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ogłoszenie o konkursie zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, w tym powyższych rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ. Nadto ich treść była dostępna dla świadczeniodawców na stronach internetowych zarówno Centrali NFZ, jak i Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, oceny ofert dokonuje się według kryteriów: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny. Rozporządzenie wskazuje szczegółowo parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładny sposób oceny oferty pod względem kryterium ceny. Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania.

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 3 oferty. W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert, jak również przeprowadziła kontrole u 2 nowych Oferentów biorących udział w postępowaniu. Podczas kontroli upoważnieni przedstawiciele Komisji Konkursowej dokonali porównania danych zawartych w ofertach, dotyczących personelu, miejsca wykonywania świadczeń i zasobów sprzętowych ze stanem faktycznym, co zostało odnotowane w załącznikach do protokołów kontroli.

Wszystkie oferty, jako spełniające wymagane warunki niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego świadczenia, zostały zakwalifikowane do części niejawnej postępowania. Podkreślić należy, że fakt spełniania wszystkich warunków określonych przepisami prawa, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, lecz pozwala na podstawie art. 148 ustawy na dokonanie jej oceny według powyżej wskazanych kryteriów.

Działając na podstawie § 17 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. *w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy* (Dz.U.2014 poz.1980 z późn. zm.) Komisja Konkursowa wezwała Oferentów, w tym Odwołującego, do potwierdzenia prawidłowości udzielonych odpowiedzi ankietowych. Wezwany do wyjaśnień Odwołujący przedstawił swoje stanowisko i przekazał dokumenty wraz z wyjaśnieniami. Komisja konkursowa nie uznała wszystkich przedstawianych wyjaśnień i uznała, że Odwołujący nie wykazał spełnienia warunków dodatkowo ocenianych w zakresie pytań:

1.1.2.4. - Realizacja w ciągu 12 ostatnich miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, badań metodami cytogenetyki klasycznej - co najmniej 300 badań,

1.2.2.1 - Akredytacja według normy PN-EN ISO lub IEC 17025 lub 15189,

1.2.2.2. - Certyfikat Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka w zakresie jakości laboratoriów.

Oferent został poinformowany o zmianie udzielonej odpowiedzi na powyższe pytania ankietowe. Techniczna zmiana udzielonej odpowiedzi ankietowej była konieczna, ponieważ ocenę oferty (punktację za poszczególne odpowiedzi ankietowe) generuje system wspomagający postępowanie konkursowe na podstawie udzielonych odpowiedzi (zawartych w elektronicznej wersji oferty). Wobec powyższego, Oferent uzyskał „0” punktów za odpowiedź na ww. pytanie ankietowe.

Celem potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w złożonej ofercie ze stanem faktycznym i prawnym, u Oferentów biorących udział w postępowaniu, którzy uprzednio nie realizowali w ramach umowy z Śląskim OW NFZ świadczeń z zakresu badania genetyczne została przeprowadzona weryfikacja, w miejscach udzielania świadczeń wskazanych w złożonych ofertach. U Odwołującego weryfikacja została przeprowadzona w dniu 9 maja 2018 roku. Wizytacja potwierdziła zgodność danych przedstawionych w ofercie ze stanem faktycznym.

W toku prowadzonego postępowania Komisja po weryfikacji złożonych ofert w zakresie spełnienia warunków wymaganych oraz wskazanych w ofertach warunków dodatkowo ocenianych porównała oferty przy pomocy systemu informatycznego wspomagającego postępowanie konkursowe. Podkreślenia wymaga fakt, że ocena ofert oparta była na odpowiedziach udzielonych przez oferentów w ankietach złożonych w postępowaniu, a działanie systemu informatycznego służącego do obsługi postępowania konkursowego uniemożliwiło pominięcie któregokolwiek z kryteriów oceny w stosunku do wszystkich ofert uczestniczących w postępowaniu konkursowym.

Zgodnie z postanowieniami art. 142 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.) w części niejawnego konkursu ofert Komisja Konkursowa mogła:

- 1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach (tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny) lub
- 2) nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach, Komisja Konkursowa w części niejawnego konkursu ofert mogła przeprowadzić negocjacje z Oferentami w celu ustalenia: ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej oraz liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Zestawienie obydwu powyższych regulacji prawnych prowadzi do wniosku, że przeprowadzenie negocjacji z Oferentami na zasadach określonych w art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem Komisji Konkursowej. Z postanowień art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach wprost wynika, że przedstawienie najkorzystniejszej oferty pod względem niecenowych kryteriów wyboru ofert jest przesłanką wyboru oferty. Dlatego w przypadku, gdy oferta znajdująca się na pierwszym miejscu w rankingu uzyskała wyższą łączną liczbę punktów i jednocześnie zmiana przez Odwołującego ceny podczas ewentualnych negocjacji nie poprawiłaby jego pozycji w rankingu (wybrany Oferent uzyskał bowiem 72,00 pkt za warunki niecenowe oraz 1,5 za cenowe, natomiast Odwołujący uzyskał 70 pkt za warunki niecenowe, jednakże osiągnął już maksymalną możliwą punktację za warunki cenowe, tj. 3 pkt, tym samym nie mógł uzyskać większej liczby punktów niż podmiot wybrany) to uzasadnione było działanie Komisji Konkursowej, na podstawie art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach, związane z dokonaniem wyboru (z uwzględnieniem kryteriów wyboru ofert), bez konieczności przeprowadzania negocjacji. Stwierdzić należy, że oferta Odwołującego była mniej korzystna w stosunku do Oferenta wyłonionego do realizacji świadczeń pod względem łącznej liczby punktów za kryteria niecenowe. Stąd mając na uwadze, że oferta Oferenta wyłonionego do realizacji świadczeń spełniała wszystkie wymogi i uzyskała na tyle wysoką liczbę punktów za kryteria niecenowe, iż Odwołujący swojej

pozycji poprawić już nie mógł, Komisja dokonała tzw. prostego wyboru bez przeprowadzenia negocjacji. Ponadto Oferent wyłoniony do realizacji świadczeń złożył ofertę na wartość wyczerpującą kwotę postępowania.

Jednocześnie, zauważyć należy, że wynikający z art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach obowiązek zaproszenia do negocjacji co najmniej dwóch podmiotów leczniczych aktualizuje się w momencie podjęcia przez Komisję Konkursową decyzji o ich przeprowadzeniu. Samo przeprowadzenie negocjacji nie jest obligatoryjne (wskazać należy, że ogłoszenie wskazywało 1 miejsce udzielania świadczeń dla przedmiotowego obszaru kontraktowego). Przepisy ustawy o świadczeniach wprost przyznają Komisji Konkursowej prawo do dokonania wyboru Oferenta do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej bez konieczności przeprowadzenia negocjacji cenowo – liczbowych.

Odnosząc się do postawionego przez Odwołującego zarzutu należy stwierdzić, że zgodnie z treścią art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji. W toku postępowania wszystkie wymagania, wyjaśnienia, dokumenty, sposób przeprowadzania wizytacji Oferentów oraz dokonywana przez Komisję Konkursową ocena ofert odbywały się na tych samych zasadach w stosunku do każdego z Oferentów. Komisja Konkursowa dokonała weryfikacji wszystkich złożonych ofert w oparciu o warunki wymagane określone w aktach prawa powszechnie obowiązującego oraz zarządzeniach Prezesa NFZ, wskazanych w szczególności w ogłoszeniu nr 12-18-000261/SOK/11/1/11.1210.053.02/01 o postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert. Należy w tym miejscu podkreślić, że Komisja Konkursowa dokonała weryfikacji wszystkich złożonych ofert w jednolity i transparentny sposób, a więc z poszanowaniem zasad równego traktowania. Cenowe oraz niecenowe kryteria oceny ofert zostały określone w akcie prawnym powszechnie obowiązującym tj. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym Komisja Konkursowa była nimi bezwzględnie związana, co oznacza, że nie mogła dokonywać oceny ofert wg swojego uznania, a w szczególności poprzez stosowanie innych niż wymienione w rozporządzeniu kryteriów oceny.

Ponadto wypada w tym miejscu dodać, że ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazuje m.in. jaka może być maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu danego postępowania. Powyższe oznacza, że w wyniku przeprowadzonego postępowania nie może być zawartych więcej umów niż wskazano w ogłoszeniu. W przedmiotowym postępowaniu maksymalną ilość umów określono na 1.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego o braku uwzględnienia dotychczasowej współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia wskazać należy, że warunki dodatkowo oceniane w zakresie

ciągłości realizacji świadczeń, zgodnie z przepisami ww. aktów prawnych dotyczą wyłącznie podmiotów, które w dniu złożenia oferty realizują na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, tj. w zakresie badań genetycznych na terenie województwa śląskiego. Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym rodzaju, np. badań prenatalnych, nie daje podstaw do przyznania punktów w ramach kryterium ciągłości. Komisja konkursowa nie podważa doświadczenia Odwołującego w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, potwierdzonego między innymi uzyskaną wysoką punktacją oferty. Zdobyte doświadczenie i długoletnia działalność laboratoryjna nie jest jednakże tożsama z ciągłością realizacji świadczeń w ramach umów z NFZ, w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia. Jest to akt prawa powszechnie obowiązującego, a Komisja konkursowa nie posiada żadnego określonego przepisami narzędzia, do swobodnej oceny ofert. Komisja Konkursowa dokonuje weryfikacji warunków wymaganych, jak i dodatkowo ocenianych w oparciu o obowiązujące, wyżej wskazane i znane oferentom akty prawne. Trudno wymagać zatem od organu, by postępował uznaniowo w sytuacji związania ścisłymi regulacjami dotyczącymi prowadzenia postępowań i oceniania ofert.

Odnosząc się do uwag Odwołującego co do liczby umów wskazanych w ogłoszeniu postępowania wskazać należy, że przedmiot i zasięg postępowań konkursowych ogłaszanych przez Śląski OW NFZ w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w tym w zakresie badania genetyczne, determinowany jest następstwami utworzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – PSZ Oddział Wojewódzki Funduszu kierował się przede wszystkim koniecznością zapewnienia właściwego dostępu do świadczeń, uznając za zasadne utrzymanie liczby umów na dotychczasowym poziomie. Powyższe uwzględniało możliwość dokonania oceny funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń w aspekcie zabezpieczenia świadczeniobiorcom określonego dostępu do świadczeń. W zakresie badania genetyczne trzy podmioty lecznicze aktualnie realizują umowy w ramach systemu PSZ. W okresie poprzedzającym implementację systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego umowy w przedmiotowym zakresie realizowały cztery podmioty lecznicze. W związku z powyższym, w celu utrzymania dotychczasowego poziomu dostępu do świadczeń ogłoszone postępowanie konkursowe wskazywało jedno miejsce wykonywania świadczeń, stanowiące uzupełnienie systemu PSZ. Wskazać dodatkowo należy, że Śląski OW NFZ zawsze jest zainteresowany zwiększaniem poziomu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jednakże wartość i liczba zawieranych umów determinowana jest środkami pozostającymi w dyspozycji Oddziału. Płatnik świadczeń nie może podejmować zobowiązań przekraczających przewidziane i dostępne w budżecie środki.

Wskazywana przez Odwołującego zaleta tj. brak udziału podwykonawców w przeprowadzanych badaniach, nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości, na co słusznie wskazuje także druga strona postępowania w swoim piśmie z dnia 28.06.2018 r. Jednakże

okoliczności te pozostają bez wpływu na wynik postępowania, gdyż udzielanie świadczeń przy pomocy lub bez pomocy podwykonawców nie było w żaden sposób rankingującym kryterium. Odwołujący wskazuje także na konkurencyjną cenę- znalazła ona odzwierciedlenie w przyznanej maksymalnej punktacji. W odniesieniu do kwestii przewagi punktowej w kryterium jakości między Odwołującym a Oferentem wybranym należy podkreślić, że przy ustalaniu pozycji oferty w rankingu bierze się pod uwagę sumę punktów za wszystkie kryteria niecenowe. Zatem dla końcowego wyniku nie ma znaczenia w którym kryterium oferent był lepiej oceniony od innego, gdyż zgodnie z ustawą oceny dokonuje się biorąc pod uwagę wszystkie ww. kryteria.

Odpowiadając na kwestię doświadczonego personelu, najnowocześniejszego sprzętu oraz certyfikatów ISO, należy ponownie podkreślić, że wymienione kwestie nie pozostają bez wpływu na wybór oferty, ale tylko w sytuacji, gdy zgodnie z rozporządzeniem kwestie te są dodatkowo punktowane. W przeciwnym wypadku Komisja Konkursowa nie ma możliwości dodatkowego nagradzania oferentów, za często niewątpliwe zalety placówek oferentów.

Odpowiadając na zarzut dotyczący obowiązku wstrzymania zawarcia umów do czasu rozpatrzenia odwołania, w związku z informacją o umowie na stronie internetowej NFZ informuję, iż zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach, umowa nie została jeszcze zawarta, w związku z niniejszym postępowaniem odwoławczym. Umowa w systemie informatycznym została wstępnie wprowadzona, jako kontynuacja poprzednio zawartej umowy, a to powoduje automatyczny eksport i uwidocznienie tej informacji na stronie Centrali NFZ. Zatem obowiązek wstrzymania zawarcia umów nie został naruszony, gdyż umowa ta nie została jeszcze zawarta.

Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie oraz wskazanych wcześniej aktach wykonawczych Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ. 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 oferentom 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. W świetle powyższych okoliczności należy uznać, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron.

W konsekwencji stwierdzić należy, że postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania nie dokonując wyboru 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 należało je oddalić jak w sentencji decyzji.

Ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego w związku z koniecznością zapewnienia świadczeń w obszarze zabezpieczenia i zawarcia umowy w tym względzie, decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego.

POUCZENIE

W oparciu o art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), od niniejszej decyzji Stronom przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, który wnosi się do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji.

Alternatywnie, na podstawie art. 127a, w zw. z art. 127§ 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego stosowanym odpowiednio stronie przysługuje:

- prawo zrzeczenia się prawa wniesienia do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy; Oświadczenie o zrzeczeniu należy złożyć do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna;
- albo na podstawie art. 52 § 3, art. 53 § 1 i art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1369 z późn. zm.) stronie przysługuje prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach, z pominięciem wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia. Na podstawie art. 211, art. 212 § 1, art. 214, art. 219 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi oraz na podstawie § 2 pkt 6 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości oraz szczegółowych zasad pobierania wpisu w postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2003 r., Nr 221, poz. 2193 z późn. zm.) strona jest zobowiązana uiścić wpis stały od skargi w wysokości 200 złotych bezpośrednio na rachunek bankowy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach lub uiścić gotówką do kasy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach. Końcówki opłat zaokrąglą się wzwyż do pełnych złotych. Jeśli strona spełnia ku temu przesłanki, może ubiegać się o zwolnienie od kosztów albo przyznanie prawa pomocy.

Zastępca Dyrektora
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
ZASTĘPCA DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH

.....*Piotr Nowak*.....

Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Otrzymują:

- 1) GYNCENTRUM CLINIC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 40-851 Katowice, Żelazna 1
 - 2) "Fundacja na Rzecz Programu Wczesnego Rozpoznawania Chorób Nowotworowych u Kobiet GODULA-HOPE", 41-711 Ruda Śląska, Główna 11/Pawilon A1
 - 3) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w miejscu
 - 4) Wydział Ekonomiczno-Finansowy i Współpracy Międzynarodowej w miejscu
 - 5) Wydział Organizacyjny, Kadr i Szkoleń w miejscu a/a
- 1)