

WO/ZRP – JWM/1257-D

Gdańsk, dnia 28 czerwca 2013 r.

***CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA"***  
***Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością***  
***ul. Burzyńskiego 1***  
***80-462 Gdańsk***

**DECYZJA nr 533/2013****z dnia 28 czerwca 2013 r.****Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust.5 pkt 8 i art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

***CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA"***  
***Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością***  
***ul. Burzyńskiego 1***  
***80-462 Gdańsk***

***od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000440/AOS/02/1/02.1616.001.02/1***  
***w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna***  
***w zakresie: logopedii***  
***na obszar: 2261-mnpp Gdańsk***

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddała odwołanie ***CENTRUM MEDYCZNEGO "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.***
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

## Uzasadnienie

W dniu 25.02.2013 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres 01.07.2013 r. – 30.06.2016 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie logopedii na obszarze mnpp-Gdańsk. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 226 065,80 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013r. do 31.12.2013r.

Zgodnie z ogłoszeniem, oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 13.03.2013r., a otwarcie miało nastąpić w siedzibie POW NFZ w dniu 15.03.2013r. Decyzją Dyrektora na wniosek komisji konkursowych termin składania ofert zmieniony został na dzień 18.03.2013r. a otwarcia ofert na dzień 20.03.2013r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęło w terminie siedemnaście ofert, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Jedna oferta została odrzucona z powodu niespełnienia wymagań warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podst. art.146 ust. 1 pkt 3 ustawy. Oferta Odwołującego się posiadała następujący brak formalny:

- brak oświadczenia o samodzielnym realizowaniu umowy, bez zlecenia podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem postępowania

Brak został uzupełniony w terminie.

Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 1 251 927,52 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 226 065,80 zł.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z piętnastoma oferentami. Komisja konkursowa do przeprowadzenia negocjacji zaprosiła taką liczbę oferentów, która zapewniała możliwość dokonania skutecznego wyboru przy założeniu wyczerpania planowanej wartości zamówienia, z uwzględnieniem pozycji w rankingu otwarcia. Negocjacje dotyczyły liczby i ceny świadczeń.

W dniu 12.06.2013r. Odwołujący się podpisał protokół końcowy z negocjacji zawierający klauzulę: „Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do ilości i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.”

W wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, wybrano czterech oferentów na cztery miejsca udzielania świadczeń.

W dniu 21.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000440/AOS/02/1/02.1616.001.02/1. W odwołaniu wskazał, iż odwołuje się od niniejszego postępowania w części dotyczącej rozstrzygnięcia wskazując, iż oferta została odrzucona i zarzucając:

- naruszenie przy ocenie oferty przepisów art. 134 ust. 1 i 2, art. 140 ust. 1 i 2, art. 142 ust. 5 pkt 1 i ust. 6 oraz art. 148 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W dniu 18 i 27 czerwca br. Odwołujący się zapoznał się z dokumentacją w niniejszej sprawie i w zastrzeżeniach do protokołu wskazał na brak indywidualnej wyceny skarżącego w dokumentacji.

Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego Odwołujący się został poinformowany o tym, że posiada prawo do czynnego udziału na każdym etapie postępowania, a przed wydaniem decyzji przez Dyrektora Oddziału w przedmiotowej sprawie, istnieje możliwość wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Po szczegółowym zapoznaniu się z przebiegiem postępowania konkursowego oraz treścią zarzutów podniesionych w odwołaniu, Dyrektor POW NFZ stwierdza, że:

**odwołanie złożone przez oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.**

Oferta została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców kryteriów oceny określonych w przepisach prawa. Należy przy tym podkreślić, iż Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, był uprawniony do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania.

Zgodnie zaś z art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach, Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Komisja konkursowa w oparciu o materiały konkursowe i zgodnie z Zarządzeniem 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 ze zm., oceniła wszystkich świadczeniodawców

z zastosowaniem takich samych kryteriów. Nadmienić w tym miejscu należy, iż ocena ofert odbywa się poprzez system informatyczny, co dodatkowo daje gwarancję stosowania jednakowych kryteriów wobec wszystkich oferentów.

Odwołujący się w treści odwołania wskazał na naruszenie przez komisję konkursową interesu prawnego, o którym mowa w art. 152 ustawy. Przepis określony w art. 152 ustawy o świadczeniach stanowi bowiem, że „świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, przysługują środki odwoławcze przewidziane w art. 153 i 154 ustawy”. Z treści tego przepisu wynika zatem, iż jedynie naruszenie przez Fundusz zasad postępowania stanowi postawę do wniesienia odwołania. Określone w art. 134 ustawy zasady prowadzenia postępowania o zawarcie umowy, to zasada równego traktowania wszystkich uczestników postępowania oraz zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Jak wskazano równe traktowanie polega także na tym, by wszystkie wymagania, informacje i wyjaśnienia a także dokumenty związane z postępowaniem o zawarcie umowy były udostępniane na tych samych zasadach wszystkim oferentom. Zatem fundamentalnym pojęciem dla instytucji środka odwoławczego, w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny - zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami - rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym, przyznane przez normę prawa materialnego. Istotne jest, że interes prawny musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili oraz indywidualny. Ustalenie zaś interesu prawnego, to zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym, a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r., (sygn. akt VII SA/Wa 2012/08, *LEX nr 533330*) wskazał, iż do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania, w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa, przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego, w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, determinuje w zasadzie sposób postępowania, w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania, organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie

uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Podobnie w wyroku z dnia 17.02.2012 r. (sygn. akt: SA /Wa 1881/11), Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie stwierdził, iż do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania, w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Podobne stanowisko zawarł Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 20 kwietnia 2011 r. (II GSK 474/10) wskazując, iż przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadza dodatkową przesłankę uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług.

Po rozpatrzeniu odwołania **CENTRUM MEDYCZNEGO "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. **Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu**, uzyskując 15 miejsce w rankingu, a jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

Zestawienie ocen za kryteria cenowe i niecenowe przedstawia tabela poniżej:

Lp oferty	Punkty za ofertę cenową	Punkty ciągłość	Punkty kompleksowość	Punkty jakość	Punkty dostępność	Punkty pozostałe	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie
1	20,000	0,000	0,000	3,0000	15,0000	0,0000	18,0000	38,0000
2	20,000	0,000	0,000	3,0000	15,0000	0,0000	18,0000	38,0000
3	20,000	0,000	0,000	3,0000	15,0000	0,0000	18,0000	38,0000
4	20,000	0,000	0,000	3,0000	15,0000	0,0000	18,0000	38,0000
5	20,000	0,000	0,000	3,0000	13,0000	0,0000	16,0000	36,0000
6	20,000	0,000	0,000	0,0000	15,0000	0,0000	15,0000	35,0000
7	19,756	0,000	0,000	0,0000	15,0000	0,0000	15,0000	34,7560
8	20,000	0,000	0,000	3,0000	11,3330	0,0000	14,3330	34,3330
9	20,000	0,000	0,000	3,0000	9,0000	0,0000	12,0000	32,0000
10	20,000	0,000	0,000	3,0000	9,0000	0,0000	12,0000	32,0000
11	20,000	0,000	0,000	3,0000	9,0000	0,0000	12,0000	32,0000
12	14,878	0,000	0,000	0,0000	15,0000	0,0000	15,0000	29,8780
13	11,220	0,000	0,000	3,0000	13,0000	0,0000	16,0000	27,2200
14	11,220	0,000	0,000	3,0000	9,0000	0,0000	12,0000	23,2200
<b>15</b>	<b>10,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>3,0000</b>	<b>9,0000</b>	<b>0,0000</b>	<b>12,0000</b>	<b>22,0000</b>
16	5,122	0,000	0,000	0,0000	5,0000	0,0000	5,0000	10,1220

W odwołaniu nie zostało wykazane naruszenie interesu prawnego Odwołującego się.

Celem postępowania odwoławczego jest zbadanie, czy w wyniku postępowania konkursowego nie doznał uszczerbku interes prawny świadczeniodawcy, a więc wyłącznie postępowaniem weryfikującym, czy w trakcie konkursu były przestrzegane zasady wynikające z przepisów prawa.

Dokonując oceny przeprowadzonego postępowania nr *11-13-000440/AOS/02/1/02.1616.001.02/1* w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta **CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** odwołaniem do organu I instancji, należy wskazać, iż:

Oferta skarżącego oceniana była według takich samych kryteriów, jak pozostałe oferty. Ocenie podlegały poszczególne odpowiedzi w Ankiecie wskazujące, czy oferent spełnia w dniu składania oferty jak też będzie spełniał w przyszłości, tj. od początku obowiązywania umowy wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych jak i zarządzeniach Prezesa. Część tych wymagań musi spełnić każdy oferent (warunki wymagane - konieczne) natomiast część ma charakter tzw. rankingujący co oznacza, że w przypadku ich spełnienia oferta uzyskuje wyższą punktację.

W postępowaniu nr *11-13-000440/AOS/02/1/02.1616.001.02/1* złożono w terminie łącznie siedemnaście ofert. Do części niejawniej zakwalifikowano szesnaście ofert (Jedna oferta została odrzucona z powodu niespełnienia wymagań warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podst. art.146 ust. 1 pkt 3 ustawy). Każda z ofert (także odwołującego się) oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką samą liczbę punktów.

Ocena ofert wybranych i odwołującego się przedstawiała się następująco:

Nazwa kategorii	max liczba punktów do uzyskania	Liczba punktów odwołującego się	Liczba punktów - oferent o max liczbie punktów	Liczba punktów - ostatni oferent nad linią odcięcia
Kryteria niecenowe	18,000	12,000	18,000	18,000
Kryteria cenowe	20,000	10,000	20,000	20,000
	<b>38,000</b>	<b>22,000</b>	<b>38,000</b>	<b>38,000</b>

Odnosząc się zaś do zarzutów wskazanych w odwołaniu wskazać należy, że negocjacje z prowadzone drogą telefoniczno-faxową były prowadzone z wieloma innymi oferentami, nie tylko z odwołującym się. Oferentowi, w dniu 12 czerwca 2013 r. o godzinie 10.15, przesłano

zaproszenie do negocjacji z informacją, że negocjacje rozpoczną się 12 czerwca 2013r. o godzinie 12:00. Otrzymanie zaproszenia na negocjacje tuż przed wskazanym terminem w żaden sposób nie wpłynęło na ich przebieg, nie uniemożliwiło uczestniczenia w negocjacjach na równi z innymi oferentami. Oferent zaakceptował propozycję i odesłał podpisany protokół końcowy z negocjacji. Podpisanie protokołu zbieżności nie oznacza faktycznego wyboru oferenta (w związku z zawartym w protokole zastrzeżeniem, że zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta, ani zakończenia negocjacji). Niepodpisanie protokołu zbieżności nie oznacza również automatycznego odrzucenia oferty. Informacja w drugiej części zastrzeżenia zawartego w protokole „nie zostaną wybrane”, dotyczy niepodpisania protokołu rozbieżności, który może być podpisany przez Komisję konkursową jednostronnie. Oferent, który otrzymał zaproszenie do negocjacji drogą telefoniczno-faxową mógł takiej drogi negocjacji nie zaakceptować, zgłosić na otrzymanym piśmie za pośrednictwem fax-u uwagi i zażądać spotkania negocjacyjnego/zwrócić się do Komisji konkursowej o wyznaczenie terminu negocjacji w siedzibie Pomorskiego OW NFZ, bądź też jak wielu innych oferentów, po prostu pojawić się w siedzibie POW NFZ.

Podkreślenia wymaga fakt, iż komisja konkursowa w ocenie oferty nie pominęła żadnego elementu ankiety, głównie dlatego, że taka ocena i automatyczne uszeregowanie ofert odbywa się za pomocą systemu komputerowego. Bezzasadny jest więc zarzut dotyczący pominięcia jakichkolwiek warunków z ankiety/oferty przy jej ocenie.

Odnosnie pytania dotyczącego oceny oferty wg kryterium „Jakości”, „Dostępności” oraz „Kompleksowości” wskazać należy na treść § 1 ust. 1 pkt 1 powołanego wyżej Zarządzenia Prezesa Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. W świetle tego zapisu

- jakość jest oceniana w szczególności poprzez: kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie, wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną, zewnętrzną ocenę jakości, wyniki kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- dostępność jest oceniana w szczególności poprzez: liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy, organizację przyjęć świadczeniobiorców, brak barier dla osób niepełnosprawnych,
- kompleksowość jest oceniana w szczególności poprzez: możliwość kompleksowej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne), planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków, wymagania formalne.

Szczegółowe zapisy dotyczące poszczególnych parametrów oceny zostały uregulowane w Zarządzeniu Prezesa Nr 73/2012/DSOZ z 8 listopada 2012 r. Punktacja oferenta CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością za kryterium „Jakości” przedstawiała się następująco: wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ – 0 pkt na 0 pkt możliwych do uzyskania (brak punktów ujemnych za stwierdzone podczas kontroli uchybienia); zewnętrzna ocena jakości – 3 pkt na 3 pkt możliwe do uzyskania. Łącznie oferta zdobyła za kryterium „Jakość” 3 pkt na 3 pkt możliwe do uzyskania.

Punktacja oferenta CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością za kryterium „Dostępności” przedstawiała się następująco: dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo – 5 pkt na 5 pkt możliwych do uzyskania; harmonogram pracy komórki organizacyjnej – 4 pkt na 10 pkt możliwych do uzyskania (poradnia czynna powyżej 24h do 36h włącznie). Łącznie oferta zdobyła za kryterium „Dostępność” 9 pkt na 15 pkt możliwych do uzyskania.

W zakresie logopedii kompleksowość nie została zdefiniowana i nie była oceniana.

Łącznie oferta Odwołującego się za kryteria niecenowe otrzymała 12 pkt na 18 pkt możliwych do uzyskania.

Podkreślenia wymaga fakt, iż zgodnie z art. 142 w ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach ustalono dwie możliwości ustalenia liczby i ceny świadczeń w zawieranej umowie: poprzez proste przyjęcie oferty albo prowadzenie negocjacji. Należy przy tym zaznaczyć, że na gruncie ustawy modyfikacji doznaje wyrażona w art. 72 § 1 k.c. zasada, że jeżeli strony prowadzą negocjacje w celu zawarcia oznaczonej umowy, umowa zostaje zawarta, gdy strony dojdą do porozumienia co do wszystkich jej postanowień, które były przedmiotem negocjacji. Ustalenie ceny i liczby świadczeń w trakcie negocjacji, o których mowa w art. 142 ust. 6, lub proste przyjęcie oferty, a następnie ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania nie prowadzi do automatycznego zawarcia umowy docelowej, lecz do nawiązania przejściowego stosunku uzasadniającego tylko obowiązek zawarcia w dalszej kolejności takiej umowy. W wyniku przyjęcia oferty najkorzystniejszej dochodzi do zawarcia pomiędzy organizatorem przetargu (zamawiającym) a oferentem (wykonawcą) umowy stanowiącej rodzaj umowy przedwstępnej, uzasadniającej zastosowanie art. 389-390 k.c. Oczywiście jest stwierdzenie, że wybór świadczeniodawców, z którymi będą prowadzone negocjacje, nie może odbywać się dowolnie, lecz powinien nastąpić z poszanowaniem zasady równości świadczeniodawców. Oznacza to, że nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji ze wszystkimi świadczeniodawcami, lecz kwalifikacja do zaproszenia na negocjacje powinna odbyć się na podstawie liczby punktów uzyskanych przez



ofertę danego świadczeniodawcy. (Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Pietraszewska-Macheta A. wyd. ABC 2010).

Wyjaśnienia wymaga również, iż oferta odwołującego się nie została odrzucona, co odbywa się na podstawie art. 149 ustawy o świadczeniach, na co wskazuje Oferent w odwołaniu, ale nie została wybrana w postępowaniu konkursowym.

Odnosząc się do zarzutu braku oceny ciągłości udzielania świadczeń, podkreślenia wymaga fakt, iż zgodnie z Decyzją nr RWA - 9/2009 z dnia 10 lipca 2009 r. Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (decyzja zamieszczona jest na stronie UOiKK: [http://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=590](http://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=590)) Narodowy Fundusz Zdrowia nie może dodatkowo punktować stałości-ciągłości udzielania świadczeń w postępowaniach konkursowych. Faworyzowanie przez NFZ dotychczasowych świadczeniodawców, gwarantujące im dodatkowe punkty w ramach oceny ofert, zgodnie z w/w decyzją było sprzeczne z zasadami swobodnej i równej konkurencji. NFZ w wykonaniu powyższej decyzji zapłacił karę 1,14 mln zł.

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu liczba świadczeń wynosiła 27 569 pkt, a liczba zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 30 632 pkt. Świadczenia w niniejszym zakresie zostały zatem zabezpieczone.

Wobec braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - należało je oddalić.

Niniejszej decyzji, na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego, w szczególności obowiązek zabezpieczenia świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 1 lipca 2013r., nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

**D Y R E K T O R**  
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
*Barbara Kawńska*

#### **Pouczenie**

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