

kol11-442-0-840/MW/M

27 STY 2011
Kraków, dnia

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Trzebinia
ul. Harcerska 13
32 – 540 Trzebinia

Decyzja z dnia 27 STY 2011

Nr 477/AOS/2011

Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2008 nr 164, poz. 1027 ze zm.), w związku z odwołaniem złożonym przez, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Trzebini w dniu 22.12.2010r., – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000083/AOS/02/1/02.1220.001.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

oddala odwołanie.

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na podstawie art. 139 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2008 nr 164, poz. 1027 ze zm.), zwanej dalej *ustawą*, ogłosił postępowanie konkursowe w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie neurologii w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 stycznia 2011 do dnia 31 grudnia 2013 r.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 8 ofert.

Na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania w dniu 16 grudnia 2010r.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej MOW NFZ w Krakowie, co oznacza że została wypełniona dyspozycja art. 151 ust. 2 ustawy, który stanowi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154.

Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

W dniu 22.12.2010 r. do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie wpłynęło odwołanie Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Trzebinii. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W odwołaniu Odwołujący zarzucił, że w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego została w znacznym stopniu ograniczona dostępność do świadczeń zdrowotnych do świadczeń będących przedmiotem w/w postępowania, w szczególności na terenie Gminy Trzebinia, z równoczesnym brakiem zapewnienia ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie – art. 65 punkt 2 ustawy. Zarzucono także naruszenie zasady równości stron z równoczesnym nadużyciem pozycji monopolisty przez MOW NFZ w Krakowie. Wskazano, że od daty rozpoczynającej obowiązywanie nowych umów nie zostanie zakończone postępowanie odwoławcze – zgodnie z art. 154 ustawy. Zarzucono także, że sposób prowadzenia postępowania konkursowego oraz termin jego ogłoszenia i rozstrzygnięcia naraził świadczeniodawców, których oferty nie zostały wybrane na szkody.

Ponadto w odwołaniu wskazano m.in., że brak umowy pomiędzy MOW NFZ w Krakowie, a Odwołującym na świadczenia zdrowotne w zakresie neurologii utrudni w znacznym stopniu dostęp pacjentów Gminy Trzebinia do leczenia tych chorób. Podkreślił, że wszyscy pacjenci z terenu powiatu Chrzanowskiego będą mieli w bardzo dużym stopniu ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych z tego zakresu. Mieszkańcy Trzebini będą się ustawiać w kolejce do neurologa w Chrzanowie i Krakowie. Przeprowadzone konkursy doprowadziły do dalszego ograniczenia dostępu do specjalistów, co stanowi rażące

naruszenia art. 65 pkt 2 ustawy i jednocześnie stanowi ograniczenie dostępu do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii, co stanowi naruszenie art. 68 ust 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Zgłoszono również zastrzeżenia do sposobu prowadzenia negocjacji. Wskazano, że Oferenci nie mieli wiedzy jakie są oferty cenowe (choćby anonimowo) innych świadczeniodawców, jaką pozycję oferent znajduje w tzw. rankingu, jaka będzie jego pozycja po zmianie ceny, ani czy pierwotna lub zmieniona oferta cenowa da możliwość zawarcia umowy z MOW NFZ w Krakowie. Zaznaczono także, że oferta cenowa nie może być składana bez kalkulacji wolumenu usług. Każda ilość usług ma swój próg opłacalności, a zejście poniżej tego progu oznacza generowanie strat.

Ponadto zwrócono uwagę, że nie do zaakceptowania są działania i bezpodstawa praktyka MOW NFZ w Krakowie polegająca na publikowaniu tak zwanej „ceny oczekiwanej”. Wskazano, że jest to próba wywierania na oferentów presji i sztucznego wpływania na rynek poprzez nadużywanie propozycji monopolistycznej. Zdaniem Odwołującego ogłaszanie tak zwanej „ceny oczekiwanej” zmusza wszystkich oferentów do składania ofert zawierających ceny nie wyższej niż cena oczekiwana. Zdaniem Odwołującego cena ta jest ceną maksymalną, powyżej której MOW NFZ w Krakowie nie zakupi żadnych usług. Ustalona cena w konkursie nie jest zatem faktycznym konkurencyjnym konkurowaniem oferentów, ale jest - pośrednio - sztucznie narzucana przez MOW NFZ w Krakowie. Zdaniem Odwołującego jest to nadużywanie pozycji monopolistycznej przez jedynego płatnika na rynku usług zdrowotnych. Dodano, że na ustalanie ceny maksymalnej nie pozwalają MOW NFZ w Krakowie ani przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ani przepisy ustawy o cenach. Dodano także, że późne ogłoszenie konkursu i jego rozstrzygnięcie prowadzi do tego, że do końca 2010r. nie zostanie wyczerpany tryb odwoławczy. Wskazano także jakie będą konsekwencje nie wybrania ofert Odwołującego, zwłaszcza w odniesieniu do sytuacji finansowej placówki oraz skutków w postaci likwidacji ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie Gminy Trzebinia.

Oferent został zawiadomiony, że zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego przed wydaniem decyzji Oferentowi przysługuje prawo wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów w/w postępowania oraz zgłoszonych żądań dotyczących przedmiotowego odwołania. Odwołujący zaznajomił się ze zgromadzonymi materiałami w sprawie w dniu 31.12.2010 r.

Rozpatrując odwołanie Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie stwierdził, co następuje.

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania nr 06-11-000083/AOS/02/1/02.1220.001.02/1 z dnia 15 września 2010 r. Oferenci przystępujący do konkursu ofert, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z dnia 31 sierpnia 2009r. Nr 139 poz. 1142 ze zm.), powinni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy spełniać wymagania określone przez Prezesa NFZ wskazane w:

- zarządzeniu Nr 62/2009/DSOZ Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- zarządzeniu Nr 49/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto w ogłoszeniu w/w postępowania wskazano, że oferty będą oceniane zgodnie z zarządzeniem Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.).

Odwołujący w ofercie złożył oświadczenie, że *„zapoznał się z warunkami postępowania oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania”*.

W części jawnej konkursu komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert oraz stwierdziła spełnienie przez oferenta i ofertę wymagań określonych w w/w przepisach.

Oferta została zakwalifikowana do części niejawnej postępowania jako spełniająca wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz warunki określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy. Fakt spełniania wszystkich wymaganych warunków określonych przepisami prawa oraz określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, a jedynie pozwala na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy oraz zarządzenia Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. (ze zm.), oceny i porównania ofert. Ocena ofert jest dokonywana według

następujących kryteriów: jakość oferowanych świadczeń, kompleksowość, dostępność, ciągłość, cena.

Stosownie do art. 148 ustawy, porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

- 1) ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją;
- 2) ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.

Przedmiotowe kryteria zostały opisane w zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.).

Stosownie do treści § 1 w/w zarządzenia 73/2009/DSOZ.:

- 1) badając ofertę z punktu widzenia jakości - oceniano w szczególności:
 - a) kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
 - b) wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną,
 - c) zewnętrzną ocenę jakości,
 - d) wyniki kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) badając ofertę z punktu widzenia kompleksowości - oceniano w szczególności:
 - a) możliwość kompleksowej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne),
 - b) planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
 - c) ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;
 - d) wymagania formalne;
- 3) badając ofertę z punktu widzenia dostępności - oceniano w szczególności:
 - a) liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
 - b) organizację przyjęć świadczeniobiorców,
 - c) brak barier dla osób niepełnosprawnych;
- 4) badając ofertę z punktu widzenia ciągłości - oceniano w szczególności ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań, określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty,
- 5) badając ofertę z punktu widzenia kryterium ceny – oceniano ofertę poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej

końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Szczegółowe parametry kryteriów oceny ofert, o których mowa wyżej oraz wagę poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, określono w tabeli numer 1.1.1, zawartej w załączniku nr 1 do zarządzenia 73/2009/DSOZ. Sposób oceny ofert pod względem kryterium ceny określono w załączniku nr 2 do w/w zarządzenia.

W oparciu o w/w kryteria na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet dokonano oceny ofert, a następnie ich porównania i na tej podstawie sporządzono ranking otwarcia. Ranking powstaje w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny. Oferty o takiej samej liczbie punktów zajmują tę samą pozycję w rankingu. Ranking jest sporządzany dla każdego miejsca udzielania świadczeń wskazanego w ofercie.

Oferta Odwołującego w rankingu otwarcia uzyskała łącznie 50 pkt. Uzyskaną wartość punktową za poszczególne kryteria oceny oferty obrazuje poniższa tabela.

Ocena oferty Odwołującego- ranking otwarcia

LP.	Kryterium oceny	Uzyskana wartość punktowa
1.	Oferta cenowa	15
2.	Ciągłość	10
3.	Jakość	20
4.	Dostępność	5
5.	Kompleksowość	0

Komisja konkursowa, zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy w celu ustalenia liczby i ceny planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadziła negocjacje ze wszystkimi oferentami zakwalifikowanym do części niejawnej postępowania, tj. których oferty spełniają stawiane wymagania i nie zostały odrzucone.

Komisja konkursowa w dniu 08.12.2010 r. przeprowadziła z Odwołującym negocjacje, w wyniku których strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w wysokości 8,30 zł (należy zaznaczyć, że w przypadku nieprzekroczenia przez Oferenta ceny oczekiwanej, decyzja odnośnie zaproponowanej ceny leżała tylko i wyłącznie w gestii Oferenta – o czym był informowany w trakcie negocjacji) oraz liczbę świadczeń w wymiarze 9728 pkt. Odzwierciedleniem dokonanych ustaleń jest podpisany przez oferenta i komisję konkursową protokół końcowy z negocjacji.

Po zakończeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami komisja konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone. W rankingu tym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji.

W rankingu końcowym oferta Odwołującego sklasyfikowana została na 8 miejscu. Oferta uzyskała 53,529 pkt. , w tym za poszczególne kryteria oceny:

Ocena oferty Odwołującego- ranking końcowy

LP.	Kryterium oceny	Uzyskana wartość punktowa
1.	Oferta cenowa	18,529
2.	Ciągłość	10
3.	Jakość	20
4.	Dostępność	5
5.	Kompleksowość	-

Komisja konkursowa na podstawie art. 142 ust. 5 ustawy dokonała wyboru ofert celem zawarcia umów w kolejności zgodnej z uzyskaną propozycją w rankingu końcowym.

Komisja w rozstrzygnięciu uwzględniła wybrane oferty tj. oferty (w odniesieniu do konkretnych miejsc udzielania świadczeń), które w rankingu końcowym zajęły miejsca od 1 do 7. Oferty, te uzyskały najwyższą ilość punktów.

Dokonanie wyboru powyższych ofert wyczerpało środki finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania, w sposób uniemożliwiający wybranie następnych w rankingu końcowym ofert.

Oferta Odwołującego nie została więc wybrana w rozstrzygnięciu konkursu ofert.

O miejscu w rankingu końcowym zdecydowała punktacja jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie w/w kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskali pozostali oferenci biorący udział w postępowaniu.

Postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni

świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia.

Oferta Odwołującego nie została wybrana, pomimo że spełniała wszystkie wymagania formalno – prawne oraz wymogi merytoryczne. Na przedmiotowy konkurs ofert złożono bowiem oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

Niezasadny jest zarzut Odwołującego dotyczący naruszenia art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz art. 68 konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Fundusz dysponuje ograniczonymi środkami finansowymi w taki sposób, aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty w zakresie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom. W celu zagwarantowania na terenie powiatu chrzanowskiego dostępności do świadczeń w zakresie neurologii MOW NFZ w Krakowie ogłosił postępowanie 06-11-000083/AOS/02/1/02.1220.001.02/1 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie. Przedmiotowe postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 607 682, 00zł, na okres rozliczeniowy od dnia 1 stycznia 2011r. do dnia 30 czerwca 2011r. Postępowanie zostało rozstrzygnięte w dniu 16 grudnia 2010r. poprzez dokonanie wyboru ofert – jak wyżej wskazano - 5 oferentów (7 miejsc udzielania świadczeń), których oferty były najkorzystniejsze.

Niezasadny jest także zarzut nieprawidłowego prowadzenia negocjacji. Negocjacje ze wszystkimi oferentami we wszystkich postępowaniach w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna prowadzone były w takich samych warunkach i w taki sam sposób. Do negocjacji zostali zaproszeni wszyscy oferenci, których oferty spełniały wymagane warunki oraz nie zostały odrzucone. Zakres danych przekazywanych przez komisję konkursową w toku negocjacji był identyczny w każdym przypadku i obejmował wyłącznie dane dot. oferty danego oferenta oraz pozycję w rankingu otwarcia (przed rozpoczęciem negocjacji ze wszystkimi oferentami) oraz liczbę złożonych ofert. Zgodnie z art. 142 ust. 6 w/w ustawy negocjacje prowadzi się w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej i negocjacje dotyczyły obydwu tych elementów jednocześnie. Zgodnie z §1 zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.) badając ofertę z punktu widzenia kryterium ceny, ocenia się ofertę poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy

Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy. Wszyscy Oferenci mieli więc wiedzę, że ewentualna zmiana ceny w trakcie negocjacji spowoduje zmianę globalnej oceny oferty, a tym samym może wpłynąć na miejsce oferty w tzw. rankingu końcowym, sporządzanym po zakończeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami. Komisja nie ujawniała danych o innych ofertach w celu umożliwienia dostosowania oferty negocjującego do dynamicznego rankingu - powyższe skutkowałoby bowiem gorszą pozycją oferentów, którzy jako pierwsi przystępowali do negocjacji. Ponadto powyższe informacje byłyby aktualne jedynie na moment prowadzenia negocjacji z konkretnym oferentem, gdyż modyfikacje ceny dokonane przez kolejnych oferentów biorących udział w postępowaniu modyfikowałyby ranking, a tym samym udzielone i zdezaktualizowane informacje mogłyby wprowadzać Oferenta w błąd. Ponadto dodać należy, że to świadczeniodawcy sami przedstawiają warunki finansowe i stanowi to element konkurencji. Świadczeniodawcy przedstawiają propozycje cenowe, które mają ścisłe odniesienie do własnych kosztów prowadzonej działalności oraz osiągniętych przychodów. Niebagatelne znaczenie ma również racjonalizacja kosztów własnych ponoszonych przez Oferentów.

Odnosząc się natomiast do zarzutów dotyczących tzw. „ceny oczekiwanej” należy zwrócić uwagę na fakt, iż pojęciem ceny oczekiwanej posługuje się samo Zarządzenie Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryterium oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 73/2009/DSOZ definiuje „cenę oczekiwaną” w ten sposób, że jest to cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponieważ jednym z kryteriów oceny ofert w prowadzonych postępowaniach jest cena to w oparciu o to kryterium cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy. Stąd też nie jest uzasadnionym twierdzenie jakoby „cena oczekiwana” oznaczała „cenę maksymalną”.

Biorąc powyższe pod uwagę, postępowanie komisji konkursowej było zgodne z przepisami ustawy, Regulaminem Pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyjętego uchwałą nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005r. oraz wydanymi na podstawie 146 ust. 1 pkt 3 ustawy zarządzeniem Nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i zarządzeniem Nr 49/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 r. w

sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

Powyższe stanowi o tym, że komisja konkursowa nie naruszyła zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ocena ta skutkuje uznaniem, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania

Z-ca Dyrektora Oddziału Finansowy
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie
Piotr Kurowski

Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2008 nr 164, poz. 1027 ze zm.), od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu.