

Kraków, dnia 03 02 2011

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
„Szpital Miejski w Rabce Zdroju” Sp. z o.o.  
ul. Słoneczna 3  
34 – 700 RABKA ZDRÓJ

Decyzja z dnia 03 02 2011  
Nr. 647/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 „Szpital Miejski w Rabce Zdroju” Sp. z o.o. Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3 w dniu 21.12.2010 r. od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000443/AOS/02/1/02.1600.001.02/1 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 okulistyki 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 zostały złożone 4 oferty.

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 21.12.2010 r. do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie wpłynęło odwołanie Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Szpital Miejski w Rabce Zdroju” Sp. z o.o., Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W odwołaniu Odwołujący wniósł o ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie okulistyki. W odwołaniu wskazano m.in., że Oferent spełnił wszystkie warunki wymagane i rankingujące. Dodano, że na obszarze działania świadczeniodawcy występuje wysokie zapotrzebowanie na świadczenia przez niego udzielane. Zdaniem Odwołującego dokonanie wyboru tylko 2 z ponad kilku świadczeniodawców nie daje podstaw do uznania, że MOW NFZ w Krakowie zapewnił równy i powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich pacjentów. Odwołujący zarzucił także, że podstawą oceny ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu, a w konsekwencji wyboru najkorzystniejszej oferty, były odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie wchodzącej w skład formularza ofertowego. Odwołujący wskazał, że odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie nie były w większości przypadków weryfikowane przez MOW NFZ w Krakowie pod kątem ich zgodności ze stanem faktycznym. Zaznaczono, że w takich warunkach świadczeniodawca nie ma jakiegokolwiek pewności, że

oferty złożone przez innych świadczeniodawców były zgodne ze stanem faktycznym i wypełniały wymogi określone zarządzeniami Prezesa NFZ. Wskazano, że oferent nie ma żadnych mechanizmów, które pozwoliłyby mu na weryfikację ofert złożonych przez innych świadczeniodawców. Ponadto zdaniem świadczeniodawcy brak weryfikacji niektórych złożonych ofert przy równoczesnym weryfikowaniu innych powodował, że MOW NFZ w Krakowie nie zapewnił równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i tym samym naruszono art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto świadczeniodawca wniósł o szczegółowe przedstawienie ilości otrzymanych punktów przez świadczeniodawców wyłonionych do zawarcia umowy w każdym ocenianym zakresie. Ponadto Odwołujący wniósł o wyjaśnienie i uzasadnienie przyznanej im punktacji w każdym ocenianym zakresie. Wskazał, że uzyskanie tych informacji pozwoli mu na rzetelną ocenę prawidłowości prowadzonego postępowania i rozważenia zasadności wniesienia odwołania do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia od ewentualnej decyzji oddalającej odwołanie.

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 24.01.2011 roku. Odnosząc się do przedstawionego rankingu końcowego w zakresie dot. oferty Odwołującego wskazano, że wobec nie doręczenia Odwołującemu „szczegółowego rankingu oceny oferty” nie jest on w stanie sprawdzić prawidłowości przeprowadzenia postępowania konkursowego. Dodano jednak, że ocena dostępności w wysokości 1, 667 pkt jest za niska. Odwołujący ponownie zażądał przeliczenia punktacji wszystkich ofert. Oferent zaznaczył, że wbrew jego wnioskowi nie udostępniono mu do wglądu ofert innych uczestników postępowania, ani szczegółowych rankingów tych ofert.

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

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania nr 06-11-000443/AOS/02/1/02.1600.001.02/1 z dnia 15 września 2010r. 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 38,555 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	11,888
4.	Dostępność	1,667
5.	Kompleksowość	-

Wobec braku sprecyzowanych zarzutów Odwołującego w zakresie oceny jego oferty z punktu widzenia kryterium dostępności należy podkreślić jedynie, że w analogiczny sposób jak opisano powyżej oceniono ofertę z punktu widzenia tego kryterium i uzyskano wynik 1,667 pkt.

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 niejawnego postępowania, tj. których oferty spełniają stawiane wymagania i nie zostały odrzucone.

Komisja konkursowa w dniu 8.12.2010 r. przeprowadziła z Odwołującym negocjacje, w wyniku których strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w wysokości 7,65 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 13 260 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 4 miejscu. Oferta uzyskała 53,555 pkt., w tym za poszczególne kryteria oceny:

#### Ocena oferty Odwołującego- ranking końcowy

LP.	Kryterium oceny	Uzyskana wartość punktowa
1.	Oferta cenowa	30
2.	Ciągłość	10
3.	Jakość	11,888
4.	Dostępność	1,667
5.	Kompleksowość	-

Komisja konkursowa na podstawie art. 142 ust. 5 ustawy dokonała wyboru ofert celem zawarcia umów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym. Komisja w rozstrzygnięciu uwzględniła wybrane oferty tj. oferty, które w rankingu końcowym zajęły miejsca od 1 do 2. 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 następnej/yh w rankingu końcowym oferty/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.

Fundusz dysponuje ograniczonymi środkami finansowymi, w taki sposób, aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty w zakresie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom. 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.

Nieprawdziwe są twierdzenia Odwołującego, że jego oferta spełnia wszystkie wymagania rankingujące. Warunki dodatkowo oceniane (tzw. rankingujące) w zakresie zostały określone w załączniku nr 3 część a) „Wymagania dotyczące świadczeniodawców realizujących świadczenia w poradniach specjalistycznych” do zarządzenia Prezesa NFZ 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. Tymczasem w cz. VIII formularza ofertowego Oferent udzielił odpowiedzi negatywnych lub ocenianych niżej niż maksymalnie na pytania ankietowe numer:

- 1.2.1.1. – dot. personelu
- 1.3.1.1- dot. czasu pracy poradni
- 1.4.1.3., 1.4.1.5., 1.4.1.6. – dot. sprzętu
- 1.5.1.1., 1.5.1.2. – dot. certyfikatów jakości
- 1.7.1.1., 1.7.1.2., 1.7.1.3. – dot. dostępu dla niepełnosprawnych

Niezasadny jest zarzut Odwołującego naruszenia art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem udostępnione zostały oferentom na takich samych zasadach. Przystępując do postępowania strony mogły zapoznać się z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz kryteriami oceny ofert, które były jednakowe dla wszystkich podmiotów biorących w nim udział. Ponadto dodać należy, że zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. z dnia 27 grudnia 2004r.) komisja konkursowa ma prawo przeprowadzenia kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, a także zażądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy. Komisja korzystając z w/w uprawnień zagwarantowanych jej na podstawie przepisów prawa nie naruszyła zasady równego traktowania świadczeniodawców. W celu zapewnienia równego traktowania świadczeniodawców komisja prowadziła postępowanie ściśle zgodnie z zapisami *Procedury*



konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązującej w NFZ, bez odstępowania od jej elementów. W szczególności weryfikacja danych przedstawionych w ofertach polegała na weryfikowaniu kwalifikacji personelu pod względem zgodności z odpowiednimi wymaganiami, weryfikacji harmonogramów personelu w celu wykluczenia ich nakładania się (tzw. konflikt personelu), weryfikacji udzielonych odpowiedzi ankietowych poprzez ich porównanie z innymi częściami formularza ofertowego oraz załącznikami do oferty, a w przypadkach wymagających wyjaśnień żądaniu przedłożenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane przez oferentów w toku postępowania. Wszystkie powyższe działania były wykonane w sposób jednolity w stosunku do wszystkich ofert. Fundusz we wszystkich powyższych działaniach dochował należytej staranności, przy przestrzeganiu zasady równego traktowania świadczeniodawców.

Niezasadny jest również wniosek Odwołującego o udostępnienie danych wszystkich złożonych w postępowaniu ofert, ponieważ porównanie ofert następuje – zgodnie z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy – w części niejawnej postępowania i związku z tym nie podlegają one ujawnieniu poszczególnym oferentom. Jednocześnie należy dodać, że przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpatrującego odwołanie jest badanie naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania. Przedmiot badania jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu (Odwołującego) i do określonych czynności komisji podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Kompletna dokumentacja sporządzona w toku postępowania konkursowego dotycząca oferty Odwołującego została mu przedstawiona w dniu 24 stycznia 2011r., na podstawie art. 10 kpa.

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 interesy prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania

*z up.*  
p.o. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Krakowie

*lek. med. Mirosław Gierka*

**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.