

WO/ZRP -DML/1837-D

Gdańsk, dnia 8 listopada 2013 r.

„SALUS” sp. z o.o.
ul. Zielona 8
76-200 Słupsk**DECYZJA nr 618/2013****z dnia 8 listopada 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 (Dz. U. z 2008 r, Nr 164; poz. 1027 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

Salus spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w Słupsku

od rozstrzygnięcia postępowania 11-13-000593/AOS/02/3/02.0000.079.02/1
w rodzaju: *Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna*
w zakresie: *Badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia*
dla obszaru: powiat słupski, Słupsk

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddała odwołanie **Salus sp. z o.o. w Słupsku**
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

Uzasadnienie

W dniu 25 lutego 2013 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w okresie

od 1 lipca 2013 r. do 30 czerwca 2016 r. w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – Ambulatoryjne Świadczenia Diagnostyczne Kosztochłonne (ASDK). W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Zgodnie z ogłoszeniem oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 13 marca 2013 r., jednak ze względu na zgłaszane przez oferentów problemy z dokonywaniem zmian w „Portalu Świadczeniodawcy” termin składania ofert przesunięto na dzień 18 marca 2013 r., a termin otwarcia ofert zmieniono z 15 marca 2013 r. na 20 marca 2013 r. Wartość postępowania na okres rozliczeniowy 1.07.2013 r. – 31.12.2013r. określono na kwotę nie wyższą niż 237140,50 zł.

Otwarcie ofert nastąpiło w siedzibie POW NFZ w dniu 20 marca 2013 r. W postępowaniu nr 11-13-000593/AOS/02/3/02.0000.079.02/1 wpłynęły trzy oferty na cztery miejsca udzielania świadczeń. Oferta odwołującego się wpłynęła w dniu 11 marca 2013 r.

Oferent został wezwany do uzupełnienia braku formalnego w postaci oświadczenia o przedłużeniu obowiązywania polisy OC na cały okres obowiązywania umowy. Brak formalny został uzupełniony w terminie.

Pismem z dnia 11 kwietnia 2013r. komisja konkursowa wezwała oferenta do wyjaśnienia czasu pracy pracowni dla zakresu świadczeń określonego w postępowaniu. W wyniku zapytania, oferent zmienił odpowiedź w ankiecie.

Oferent został wezwany wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu. Wyjaśnienia te złożył w terminie.

Nie przeprowadzano kontroli oferenta. Kontrole były przeprowadzane u oferentów, którzy nie mieli do tej pory zawartych w danym zakresie umów z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami, co do ilości świadczeń – zgodnie z treścią art. 142 ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W dniu 21 maja 2013 r., poprzez przekazanie odwołującemu się faksem protokołu z negocjacji zawierającego propozycję POW NFZ wraz z informacyjnym pismem przewodnim, oferent został zaproszony na negocjacje w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego - kolonoskopia. Negocjowane warunki zostały zawarte w protokole zawierającym klauzulę o treści: „Podpisanie protokołu negocjacyjnego **NIE** jest gwarancją wybrania oferty. Wynegocjowane warunki zostaną wzięte pod uwagę przy tworzeniu rankingu końcowego. Ranking tworzony jest na podstawie sumy punktów za kryteria niecenowe i punktów

wynikających z ceny punktu. Komisja dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu.”

Oferent przyjął ofertę POW NFZ w Gdańsku podpisując protokół z negocjacji oraz 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.” Negocjacje prowadzono z trzema oferentami.

Postępowanie rozstrzygnięto w dniu 31 maja 2013 r. Zamieszczony w ogłoszeniu termin rozstrzygnięcia w dniu 28 maja 2013 r został przesunięty na 31 maja 2013 r. z powodu przedłużających się negocjacji z oferentami.

Oferent otrzymał za kryteria cenowe 10,000 punktów, za kryteria niecenowe 29,875 punktów - łącznie 39,875 punktów. Jego oferta nie została wybrana. W postępowaniu zostały wybrane do realizacji świadczeń zdrowotnych od 1 lipca 2013 r. dwie oferty, z których ostatnia uzyskała za kryteria cenowe 20,000 punktów, za kryteria niecenowe 26,875 punktów, łącznie 46,875 punktów.

Wartość postępowania nr 11-13-000593/AOS/02/3/02.0000.079.02/1 wynosiła 237 140,50 złotych. Planowana do zakupu liczba jednostek rozliczeniowych to 26 645. Ostatecznie zakupiono 29 615 jednostek rozliczeniowych na kwotę 237 111,26 złotych. Świadczenia w tym zakresie zostały zabezpieczone.

W dniu 3 czerwca 2013 r. przedstawiono oferentowi do wglądu jego ofertę oraz ranking końcowy z postępowania. Po zawiadomieniu o możliwości zapoznania się z aktami sprawy w trybie art. 10 kpa, odwołujący się z w/w prawa nie skorzystał.

W dniu 10 czerwca 2013 r. (pismo nadane pocztą 7 czerwca 2013 r.) oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr **11-13-000593/AOS/02/3/02.0000.079.02/1**. W odwołaniu tym zarzuca komisji konkursowej, że prowadziła negocjacje w sposób nieprawidłowy, naruszając zasadę równego traktowania oferentów i uczciwej konkurencji. Wskazał, że cena podana przez niego w ofercie była ceną oczekiwaną przez NFZ a w trakcie negocjacji oferta NFZ również opiewała na kwotę 8,90 zł. Oferent w odwołaniu podkreślił, że NFZ nie negocjował obniżenia ceny za punkt jednostkowy a postulaty NFZ zmierzały, zdaniem odwołującego się, do zmniejszenia zakresu badań. Odwołujący się wskazał, że gdyby przekazano mu informację, że cena przez niego zaproponowana nie przystaje do oczekiwań NFZ z pewnością zaproponowałby cenę niższą. Odwołujący się zaznaczył, że w wyniku tak przeprowadzonego postępowania, jego

interes prawny doznał uszczerbku a brak kontraktu spowoduje utratę renomy Salus sp. z o.o. jako podmiotu leczniczego oferującego kompleksowy zakres usług medycznych wysokiej jakości.

W dniu 12 czerwca 2013 r. odwołujący się złożył wniosek o wgląd do protokołów negocjacyjnych z oferentami konkurencyjnymi w stosunku do odwołującego się. Jednocześnie złożył wniosek o zawieszenie niniejszego postępowania administracyjnego do czasu umożliwienia mu zapoznania się z żądanymi dokumentami. Oferentowi okazano w dniu 3 czerwca 2013 dokumenty obejmujące jego ofertę oraz ranking końcowy w postępowaniu konkursowym natomiast w dniu 20 czerwca 2013 odwołującemu udzielono odpowiedzi na jego wniosek o udostępnienie informacji publicznej. Odwołujący w trybie art. 10 kpa zaproszony został do zapoznania się ze zgromadzonym w sprawie materiałem ale nie skorzystał z tej możliwości. W dniu 20 czerwca 2013 organ I instancji decyzją nr 166/2013 oddalił odwołanie. Po rozpoznania odwołania od powyższej decyzji Prezes Funduszu uchylił zaskarżoną decyzję organu I instancji i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania uznając iż organ I instancji nie odniósł się do wniosku o zawieszenie postępowania administracyjnego przez co naruszył przepisy postępowania, w stopniu mogącym mieć wpływ na wynik sprawy. Rozpoznając zatem sprawę ponownie, organ I 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, zaś odwołujący się, w oświadczeniu załączonym do oferty, oświadczył iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy, 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 NFZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z późniejszymi zmianami, 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. Komisja ma za zadanie uzyskanie jak najkorzystniejszych warunków u oferentów spełniających wymagania.

Odwołujący się w treści odwołania nie poruszył w jakikolwiek sposób kwestii nieprawidłowej oceny oferty, ani nie wskazał na naruszenie przez komisję konkursową interesu prawnego, o którym mowa w art. 152 ustawy.

Przepis ten stanowi, 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 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. Natomiast sposobem gwarantującym prowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji jest prowadzenie postępowania w taki sposób, by nie dopuścić do przekazania, ujawnienia lub wykorzystania informacji stanowiących tajemnicę danego podmiotu - osobom trzecim. Należy dodatkowo mieć na uwadze, iż w myśl art. 138 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów ustawy o zamówieniach publicznych.

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

Dokonując zatem porównania ofert, w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta odwołaniem do organu I instancji, należy wskazać co następuje:

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 czy będzie spełniał w przyszłości, tj. od początku obowiązywania umowy, wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych 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 11-13-000593/AOS/02/3/02.0000.079.02/1 złożono łącznie trzy oferty na cztery miejsca udzielania świadczeń. Każda z ofert (także odwołującego się) oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką samą ilość punktów.

Ocena ofert wybranych i odwołującego się przedstawiała się następująco:

Tabela nr 1

	Pytanie	Pkt. MAX	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka	FALCK MEDYCYNNA Sp. z o.o.	„Salus” Sp. z o.o.
Jakość	JAKOŚĆ BADAŃ	20,000	20,000	20,000	20,000
	Czy oferent wykonuje co najmniej 800 badań endoskopowych przewodu pokarmowego zrealizowanych rocznie w pracowni (dotyczy badań realizowanych w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym, także poza umową z NFZ)?	20,000	20,000	20,000	20,000
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących?	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieuzasadnioną odmowę udzielenia świadczenia świadczeniobiorcy?	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy?	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń?	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezasadne ordynowanie leków?	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności?	0,000	0,000	0,000	0,000

	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezgodność z NFZ zmianę harmonogramu udzielenia świadczeń?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielenie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielenie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udaremnienie lub utrudnienie kontroli?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym wykazano stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Jakość	ZEWNIĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667
	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667
	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielenia świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenia techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667
Dostępność	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	15,000	15,000	15,000	15,000	1,875
	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	15,000	15,000	15,000	15,000	1,875
Cena	CENA	20,000	20,000	20,000	20,000	10,000
SUMA		63,000	63,000	63,000	46,875	39,875

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji w zakresie liczby punktów (świadczeń) i wysłała wszystkim oferentom protokoły z negocjacji zawierające cenę zawartą przez nich w ofercie i zmniejszoną w stosunku do oferty liczbę punktów (świadczeń). Jeden z oferentów z własnej inicjatywy podejmując negocjacje zwrócił się o przyjęcie przez NFZ niższej ceny za punkt przy jednoczesnym zwiększeniu liczby punktów w stosunku do zaproponowanej przez NFZ. Komisja konkursowa taką ofertę jako korzystną dla NFZ przyjęła. Odwołujący się natomiast nie przejawiał żadnej inicjatywy, co do dalszych negocjacji i zaakceptował przesłany protokół.

Podkreślić należy, że na każdym etapie postępowania oferenci traktowani byli w sposób jednakowy. W momencie wysyłania przez NFZ protokołów z negocjacji mieli równe szanse na uzyskanie takiej ilości punktów za kryterium cenowe, która pozwoliłaby im na zawarcie kontraktu z NFZ.

W trybie art. 10 Kpa organ w dniu 20.10.2013 r. zawiadomił odwołującego się o prawie do zapoznania się z dokumentacją postępowania ale nie skorzystał on z przysługującego mu uprawnienia.

Oferenci zostali wybrani do realizacji umowy w kolejności zgodnej do pozycji w rankingu końcowym aż do wyczerpania wartości zamówienia.

W niniejszej sprawie nie zachodziły przesłanki do zawieszenia postępowania z urzędu tj. w trybie art. 97 kpa. Dyrektor Oddziału postanowieniem z dnia 6 listopada 2013 oddalił wniosek o zawieszenie postępowania bowiem wniosek ten zagrażał interesowi społecznemu. Dodatkowo organ oddalając wniosek uznał, że nie zachodzi konieczność zawieszania postępowania bowiem wniosek o udostępnienie informacji publicznej, który stanowił uzasadnienie dla wniosku o zawieszenie postępowania został załatwiony w dniu 20.06.2013 r.

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, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

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

Pouczenie

Tadeusz Jędrzejczyk

W oparciu o art. 154 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 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.