

WO/ZRP – DML/596-D

Gdańsk, dnia 14 czerwca 2013 r.

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ETER-MED Sp. z o.o.
ul. Żabi Kruk 10
80-822 Gdańsk****DECYZJA nr 163/2013****z dnia 14 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 zmianami), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ETER-MED Sp. z o.o.**

od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1

w rodzaju: Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

w zakresie: Badania tomografii komputerowej dla obszaru powiatu gdańskiego, Gdańska, Sopotu

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED Sp. z o.o.**
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.

Otwarcie ofert nastąpiło w siedzibie POW NFZ w dniu 20 marca 2013 r. W postępowaniu nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 wpłynęły oferty 7 oferentów na 11 miejsc realizacji świadczeń. Oferta odwołującego się wpłynęła w dniu 18 marca 2013 r.

Oferta nie miała braków formalnych.

Pismem z dnia 19 kwietnia 2013 r. komisja konkursowa wezwała oferenta do wykazania dokładnej liczby badań tomografii komputerowej wykonywanych rocznie w pracowni. W wyniku zapytania oferent zmienił odpowiedź w ankiecie wyjaśniając iż: *„odpowiedź w ankiecie jest wynikiem omyłki pisarskiej i błędnej interpretacji osoby sporządzającej ankietę. Zamiast słowa realizuję zrozumiała zrealizuję”*. W wyniku wyjaśnień skorygowano odpowiedź w Ankiecie.

Oferent został również wezwany do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu. Wyjaśnienia te złożył terminowo.

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.

Oferent złożył wniosek o negocjacje ceny w zakresie badań tomografii komputerowej. Odbyły się one w dniu 28 maja 2013 r. Negocjowano ilość punktów i cenę. 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.” Zaproponowana przez oferenta w toku negocjacji cena świadczeń spowodowała, że otrzymał on za nią maksymalną do uzyskania liczbę punktów. Dalsze obniżanie przez niego ceny nie wpłynęłoby na wzrost liczby

uzyskanych za to kryterium punktów, a nawet nasunęłyby podejrzenia o oferowanie ceny rażąco niskiej.

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 20,000 punktów, za kryteria niecenowe 33,500 punktów - łącznie 53,500 punktów. Jego oferta nie została wybrana. W postępowaniu zostały wybrane do realizacji świadczeń zdrowotnych od 1 lipca 2013 r. cztery oferty (złożone przez dwóch świadczeniodawców), z których ostatnia uzyskała za kryteria cenowe 20,000 punktów, za kryteria niecenowe 57,667 punktów, łącznie 77,667 punktów.

Wartość postępowania nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 wynosiła 3 497 717,80 złotych. Planowana do zakupu liczba jednostek rozliczeniowych to 393 002. Ostatecznie zakupiono 424 711 jednostek rozliczeniowych na kwotę 3 397 688,00 złotych.

Świadczenia w tym zakresie zostały zabezpieczone.

W dniu 7 czerwca 2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania. Podnosi w nim, że wyniki postępowania konkursowego nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 są niezgodne z zasadami równego traktowania świadczeniodawców, uczciwej konkurencji, dbałości o dobro pacjenta, ekonomiki świadczeń, poszanowania interesów prawnych i finansowych świadczeniodawców oraz z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W dniu 11 czerwca 2013 r. odwołujący się złożył uzupełnienie do swojego odwołania wnosząc o zawieszenie postępowania odwoławczego do czasu przeprowadzenia kontroli u oferentów, których oferty zostały wybrane do udzielania świadczeń oraz o wykonanie przez komisję konkursową czynności uzupełniających postępowanie konkursowe.

W dniu 11 czerwca 2013 r., w trybie art. 10 kpa, odwołującemu się przedstawiono do wglądu dokumentację dotyczącą jego oferty oraz przebiegu postępowania nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1.

W dniu 13 czerwca 2013 r. odwołujący się złożył kolejne uzupełnienie do odwołania podważając po raz kolejny możliwość wykonania rankingującej liczby badań tomografii komputerowej przez jednego z wybranych w konkursie oferentów.

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, 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. Badając czy doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego się organ rozpoznający odwołanie zobowiązany jest ustalić czy na skutek naruszenia prawa nie nastąpił uszczerbek w możliwości uzyskania umowy nie zaś jakikolwiek uszczerbek w interesie prawnych oferenta. Oznacza to, że badaniu podlega czy naruszone zostały przez Komisję konkursową zasady postępowania, a więc konkretny przepis prawny, co mogłoby mieć wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń.

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 i 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 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 złożono łącznie siedem ofert na jedenaście miejsc 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 przedstawiała się następująco:

Tabela nr 1

	Pytanie	Pkt. MAX	UCK Smolucbowski	Euromedic Nowe Ogrody	Euromedic Polanki	UCK Dębinki	ETER-MED Jaskółcza
Jakość	JAKOŚĆ BADAŃ	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	0,000
	Czy oferent realizuje rocznie w pracowni co najmniej 5000 badań tomografii komputerowej (dotyczy badań wykonanych w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym, także poza umową z NFZ)?	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	0,000
Jakość	WYNIKI KONTROLI PRZEPROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,333	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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie 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	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 udzielanie 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	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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących?	0,000	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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieuzasadnioną odmowę udzielenia świadczenia świadczeniobiorcy?	0,000	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 udzielanie 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	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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń?	0,000	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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezasadne ordynowanie leków?	0,000	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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności?	0,000	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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezgodną z NFZ zmianę harmonogramu udzielania świadczeń?	0,000	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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie?	0,000	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 udzielanie 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	-0,333	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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udaremnienie lub utrudnianie kontroli?	0,000	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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych ?	0,000	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 udzielanie 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	0,000
Jakość	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	3,000	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	3,000
Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	5,000	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	1,667
	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667
	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji, dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667
Dostępność	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
Cena	CENA	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
Kompleksowość	ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	10,500
SUMA		78,000	78,000	78,000	78,000	77,667	53,500

Odnosząc się do zarzutu podniesionego w odwołaniu oraz w uzupełnieniu do odwołania należy zauważyć co następuje: wszyscy oferenci, którzy złożyli swoje oferty w niniejszym postępowaniu złożyli również oświadczenia dotyczące ilości świadczeń udzielonych rocznie. Oświadczenia te były składane pod rygorem odrzucenia oferty. Wyjaśnić należy, iż pytanie w Ankiecie dotyczyło ilości wszystkich świadczeń, które są rocznie udzielane przez oferenta w danym rodzaju. Ilość ta obejmowała zarówno badania wykonane w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i poza tą umową. Komisja konkursowa wzywała oferentów do określenia dokładnej liczby badań wykonywanych rocznie w pracowni. Pismo z takim wezwaniem otrzymał również odwołujący się. Komisja korzystała również z informacji zawartych w zasobach systemu informatycznego Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Organ nie znalazł również podstaw do zawieszenia postępowania w niniejszej sprawie. Zawieszenie postępowania zagraża interesowi społecznemu ze względu na fakt, że nierozstrzygnięte odwołania wstrzymują możliwość zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co uniemożliwia lub znacznie utrudnia dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom.

Świadczenia w tym zakresie zostały 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, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

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

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 zmianami), 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.