

Katowice, dnia 29 lutego 2012 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

WO-0212-44/322 - pm/12

DECYZJA Nr 81.../2012

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z 2008 r. z późn. zm.) zwanej dalej ustawą oraz art. 104 i 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. Nr 98, poz. 1071, z 2000 r. z późn. zm.) po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez: **Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o. o. prowadzącą NZOZ Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej, ul. Wincentego Lipa 2**, dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014, kod postępowania: **12-12-000771/LSZ/03/1/1**, w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06,

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanawia:

1. oddalić odwołanie **Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o. o. prowadzącej NZOZ Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej, ul. Wincentego Lipa 2**, od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert ogłoszonego w dniu 22.12.2011 r., kod postępowania: **12-12-000771/LSZ/03/1/1**, poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: okulistyka - hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, prowadzonego przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ w Katowicach,
2. nadać decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

UZASADNIENIE

W dniu 22.12.2011 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014 w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: okulistyka - hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, nr ogłoszenia: 12-12-000771/LSZ/03/1/1. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 05.01.2012 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. Ogółem złożono 15 ofert. W wyżej wymienionym postępowaniu podano wartość zamówienia nie większą niż 63 081 512,00 zł, a wartość rozstrzygnięcia wyniosła 63 079 242,00 zł. Odwołujący złożył ofertę w terminie. Nr oferty 12-12-000771/LSZ/03/1/1/8/0403.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert, jak również warunków wymaganych dla realizacji świadczeń objętych postępowaniem wynikających z obowiązujących przepisów. Po rozpatrzeniu ofert w części jawnej Komisja Konkursowa uznała, że oferta Odwołującego spełnia wszystkie warunki wymagane i nie podlega odrzuceniu. Oferta została zakwalifikowana do części niejawnej.

W części niejawnej postępowania konkursowego, w której działając na podstawie art. 148 ustawy oraz Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert, w wyniku której oferta Odwołującego nie została wybrana. Ranking końcowy obejmował 15 miejsc realizacji świadczeń. Wskazana w ogłoszeniu wysokość środków finansowych pozwoliła na wybór ofert od pozycji 1 do 11 w rankingu końcowym.

W dniu 24.01.2012 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie konkursu ofert w powyższym zakresie.

Oferent złożył w terminie odwołanie zgłaszając zastrzeżenia dotyczące nierównego traktowania świadczeniodawców wynikające z faktu iż, Jego oferta w postępowaniu konkursowym nie została wybrana, natomiast wybrano oferty innych podmiotów, które Jego zdaniem nie spełniają obowiązku posiadania umowy ubezpieczenia w zakresie jaki został wskazany w art. 17 pkt 4 Ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z 2011 r.).

Odwołujący stwierdza, że posiada takie ubezpieczenie od dnia 01.01.2012 r., a mimo to Jego oferta nie została wybrana. Zdaniem Odwołującego rozstrzygnięcie konkursu zostało dokonane z naruszeniem art.134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Odwołujący, został prawidłowo poinformowany o uprawnieniach wynikających z art. 10 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego i w dniu 13.02.2012 r. skorzystał z prawa wglądu do akt

sprawy, w uwagach podtrzymując zarzuty opisane w odwołaniu.

Odwołanie na uwzględnienie nie zasługuje.

Wskazać należy, że Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Nie powiela zatem czynności zarezerwowanych przez ustawę dla komisji powoływanej przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Dyrektor Oddziału bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego się.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, spełnić wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

- Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 46/2011/DSOZ z dnia 16 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Ogłoszenie o konkursie ofert zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu w tym powyższych zarządzeń. Nadto, treść ich była dostępna dla świadczeniodawców na stronach internetowych zarówno Centrali NFZ jak i Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Ocena ofert w postępowaniu była dokonywana w oparciu o Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe zarządzenie zostało wydane przez Prezesa NFZ w oparciu o delegację ustawową określoną w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy.

Zgodnie z ww. zarządzeniem oceny ofert w rodzaju leczenie szpitalne w ww. zakresie dokonuje się według kryteriów ciągłości, kompleksowości, jakości, dostępności oraz ceny. Powyższe zarządzenie bardzo precyzyjnie określa przez pryzmat jakich okoliczności każde z kryteriów jest oceniane. Zawiera również szczegółowe parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładne wskazanie sposobu oceny oferty pod względem kryterium ceny.

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

W wymienionym postępowaniu zostało złożonych 15 ofert. Wszystkie oferty – w tym Odwołującego - zostały poddane jednakowej kontroli w części jawnej postępowania pod kątem spełniania wymogów formalno-prawnych, jak również spełniania pozostałych warunków wymaganych od świadczeniodawców, stwierdzając, że zarówno Oferent jak i oferta spełniają wymogi określone w ww. przepisach. 15 ofert spełniających wymagane warunki niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego świadczenia, w tym warunki określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146

ust. 1 pkt 3 ustawy (także oferta Odwołującego w całości), zostało zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania. Podkreślić należy, że fakt spełniania wszystkich warunków określonych przepisami prawa, w tym również tych określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, lecz pozwala na dokonanie na podstawie art. 148 ustawy oraz Zarządzenia Prezesa Funduszu Nr 54/2011/DSOZ jej oceny według powyżej wskazanych kryteriów. Zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy, z zachowaniem zasad określonych w art. 142 ust. 7 ustawy Komisja Konkursowa przeprowadziła negocjacje z oferentami, którzy przeszli część jawnego postępowania, podczas których ustalono stanowiska w zakresie ceny i liczby oferowanych świadczeń.

Komisja Konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich nieodrzuconych ofert. Oferta Odwołującego opiewała:

- dla zakresu świadczeń 03.4600.030.02 - okulistyka - hospitalizacja na wartość 379 600,00 zł (7 300 x 52,00 zł),
- dla zakresu świadczeń 03.4600.130.02 - okulistyka – hospitalizacja - B12,B13,B14,B15 na wartość 2 184 000,00 zł (42 000 x 52,00 zł)

i uplasowała się w rankingu końcowym na 14 pozycji z łączną liczbą punktów 37,000 (w tym za: cenę: 10 pkt, ciągłość: 5 pkt, kompleksowość: 4,5 pkt, jakość: 12,5 pkt, dostępność: 5 pkt).

W wyniku przeprowadzonego postępowania oferta nie została wyłoniona do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zawartej ze Śląskim OW NFZ. Oferta znalazła się pod tzw. linią odcięcia z uwagi na uzyskaną liczbę punktów oceny.

Wskazać należy, że podmioty uplasowane na pozycjach rankingu podlegających zakontraktowaniu uzyskały większą ilość punktów aniżeli Odwołujący. Najwyżej oceniona oferta uzyskała łącznie 86,034 pkt. Różnica punktowa pomiędzy oferentem, który zajął pierwsze miejsce w rankingu końcowym, a Odwołującym wyniosła 49,034 pkt. Oferta Odwołującego uzyskała mniejszą ilość punktów od oferty najkorzystniejszej w zakresie kryterium jakości, ciągłości oraz kompleksowości. Wpływ na taką liczbę punktów uzyskanych przez ofertę za jakość miał między innymi fakt, że w ofercie (Cz. VIII formularza ofertowego „Ankiety”, rozdział 1.1 Personel) na pytania ankietowe: „Czy oferent zapewnia dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista okulistyki?” oraz (Cz. VIII formularza ofertowego „Ankiety”, rozdział 1.2 Sprzęt i aparatura medyczna) „Czy oferent zapewnia witrektom – w lokalizacji?” Oferent udzielił odpowiedzi przeczącej. O ilości punktów w tym kryterium zdecydował również brak certyfikatów: ISO w zakresie usług medycznych oraz Centrum Monitorowania Jakości. Za kryterium kompleksowości oferta uzyskała 4.500 pkt. Większą ilość punktów w tym kryterium Oferent mógł uzyskać zapewniając między innymi realizację badań RM – w lokalizacji, badań angiografii i/lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) – w lokalizacji oraz badań histopatologicznych śródoperacyjnych – w lokalizacji. W kryterium ciągłości Oferent uzyskałby maksymalną ilość punktów, gdyby posiadał wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnię leczenia jaskry. Jeżeli chodzi o kryterium dostępności oferta uzyskała maksymalną liczbę punktów, tak jak pozostałe oferty podlegające ocenie

w części niejawnej postępowania. Jak widać z przeprowadzonej powyżej analizy największy wpływ na miejsce oferty w rankingu miały uzyskane przez nią punkty za jakość, a także ciągłość i kompleksowość. Wskazuje to na fakt, iż w postępowaniu uczestniczyły jednostki, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy. W tym miejscu wskazać należy, że Komisja Konkursowa nie dokonuje gradacji elementów, które podlegają ocenie, uznając część z nich za ważniejsze lub mniej istotne w stosunku do pozostałych. To łączna ilość punktów decyduje o pozycji świadczeniodawcy w rankingu końcowym.

Komisja dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej wartości postępowania. Wskazać należy, że ocena złożonej oferty, jak również ranking końcowy ofert dokonuje się w sposób automatyczny przez system informatyczny w oparciu o kryteria zawarte w Zarządzeniu 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 z późniejszymi zmianami, a także dane przedstawione przez oferentów w złożonych ofertach.

Odnosząc się do uwagi Odwołującego, że w toku postępowania naruszony został art. 134 ustawy należy wskazać, że przepis ten zawiera podstawową zasadę postępowania, jaką jest równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców. Zgodnie z ww. art. Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest określona w art. 146 delegacja do wydania przez Prezesa dokumentu określającego kryteria oceny ofert. Celem realizacji dyspozycji tego przepisu Prezes Funduszu wydaje zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. W oparciu o wskazaną powyżej delegację ustawową określoną w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy Prezes NFZ wydał Zarządzenie Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe zarządzenie bardzo precyzyjnie określa przez pryzmat jakich okoliczności każde z kryteriów jest oceniane. Zawiera również szczegółowe parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładne wskazanie sposobu oceny oferty pod względem kryterium ceny. Określone przez Prezesa NFZ kryteria oceny i wymagania muszą być stosowane jednolicie przez Komisję Konkursową wobec wszystkich uczestników postępowania. Ich zmiana nie mieści się w żadnej mierze w sferze kompetencji zarówno Komisji Konkursowej jak i Dyrektora Oddziału, tym samym niemożliwe jest stosowanie zróżnicowanych wymagań wobec świadczeniodawców. Wskazać również należy, że wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej udostępnione zostały na takich samych zasadach wszystkim świadczeniodawcom. W związku z powyższym nie sposób zgodzić się z zarzutem Odwołującego o nierównym traktowaniu oferentów uczestniczących w postępowaniach konkursowych.

Jednocześnie wskazać należy, że zgodnie z treścią § 13 ust.1 Zarządzenia Nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późniejszymi zmianami, oferta w formie pisemnej zawiera kopię polisy lub innego dokumentu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy. Oferent może również złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. Tym samym, na etapie prowadzonego postępowania konkursowego, Komisja Konkursowa nie ma podstaw do żądania przedłożenia przez Oferenta dokumentów potwierdzających zawarcie umowy ubezpieczenia z innego niż wskazany powyżej tytułu. Stąd, brak jest podstaw do stwierdzenia, że działanie Komisji Konkursowej mające oparcie w wyżej wskazanej regulacji narusza zasadę równego traktowania określoną w art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto stwierdzić należy, że świadczeniodawca składając ofertę ponosi odpowiedzialność za dane w niej zawarte, a Fundusz weryfikuje prawdziwość tych danych w drodze postępowań kontrolnych.

Tym samym zarzut Odwołującego (podtrzymany w *Protokole z wglądu do akt sprawy* z 13.02.2012 r.) dotyczący naruszenia Jego interesu wynikający z nierównego traktowania jest bezzasadny.

Równocześnie wskazać należy, że uznanie przez Komisję Konkursową w części jawnej postępowania złożonej oferty za spełniającą wszystkie wymagania nie jest równoznaczne z obowiązkiem dokonania jej wyboru. Zgodnie bowiem z treścią art. 142 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z 2008 r. j.t. z późn. zm.) w części niejawnej konkursu ofert komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu postępowania.

W związku z powyższym stwierdzić należy, iż Komisja Konkursowa przyjmując ofertę jako spełniającą wymogi formalno-prawne oraz dokonując jej oceny według jednolitych kryteriów oceny określonych powyższym Zarządzeniem Prezesa, zasad postępowania nie naruszyła. Wskazać należy,

że punktacja w rankingu końcowym generowana przez system oparta jest na informacjach zawartych w ofercie z uwzględnieniem przeprowadzonych negocjacji dotyczących liczby i ceny proponowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Nie jest zatem możliwa sytuacja różnego punktowania przez Komisję Konkursową jednakowych odpowiedzi udzielonych przez oferentów. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 147 ustawy kryteria oceny oferty warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne, nie podlegały zmianie w toku postępowania i co ważne nie mógł ich zmienić ani oferent, ani zamawiający. Kryteria te są podstawą oceny wszystkich ofert i jakakolwiek ingerencja Komisji Konkursowej w wygenerowaną liczbę punktów jest niemożliwa. Wygenerowana punktacja stanowi podstawę końcowej listy rankingowej.

Należy mieć również na względzie, że konkurs ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to, że oferty nie podlegające odrzuceniu uszeregowywane są w ramach tzw. listy rankingowej od oferty najkorzystniejszej do oferty z najniższą liczbą punktów. Wyborowi podlegają oferty, które uzyskują określoną liczbę punktów, aż do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na dany zakres kontraktowanych świadczeń, wskazanych w ogłoszeniu postępowania jako wartość zamówienia.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na powyższe postępowanie uniemożliwiło wybranie wszystkich ofert, w tym również oferty składającego odwołanie. Wybranie oferty Odwołującego skutkowałoby niewybraniem jednej z ofert, która otrzymała wyższą ocenę punktową. W ten sposób Komisja Konkursowa naruszałaby zasadę równego traktowania stron.

W konsekwencji działania Komisji Konkursowej zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju w ramach zaplanowanych na ten cel środków, nie mają na celu prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu ofert zadaniem Komisji Konkursowej jest wybór ofert najkorzystniejszych. Oferta Odwołującego nie została wybrana, bowiem na przedmiotowy konkurs złożono oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

W świetle powyższych okoliczności stwierdzić należy, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron. Takie postępowanie Komisji Konkursowej było zgodne z przepisami ustawy oraz Regulaminem pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyjętym Uchwałą nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r.

W konsekwencji stwierdzić należy, że postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania dokonując sprawdzenia złożonych ofert, w tym oferty Odwołującego. Działanie Komisji w tym zakresie było prawidłowe i oparte na obowiązujących przepisach prawa. Stwierdzić zatem należy, że Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłoby spowodować uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego.

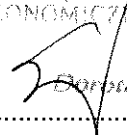
Wobec powyższego przy braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z 2008 r. z późn. zm.) należało je oddalić.

Decyzji na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

POUCZENIE

W oparciu o art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z 2008 r. z późn. zm.) od niniejszej decyzji stronie przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie ul. Grójecka 186. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Z upoważnienia Dyrektora
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
ZASTĘPCA DYREKTORA
DZ. EKONOMICZNO-FINANSOWYCH


Dorota Suchy

.....
Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Otrzymują:

- 1) Świadczeniodawca,
- 2) Wydział Organizacyjny a/a,
- 3) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
- 4) Wydział Ekonomiczno-Finansowy.