

Katowice, dnia 29 lutego 2012 r.**DYREKTOR**
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w KatowicachWO-0212-80/324 - am/2012**DECYZJA Nr 83 /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: **Specjalistyczno-Diagnostyczny Ośrodek Zdrowia w Częstochowie, ul. Waszyngtona 36** prowadzony przez Agatę Pawelczak reprezentowaną przez Pełnomocnika - radcę prawnego Katarzynę Fortak-Karasińską - partnera w spółce partnerskiej Fortak & Karasiński Radcowie Prawni z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 77a dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014, kod postępowania: 12-12-000775/LSZ/03/1/03.4450.032.02/1, w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie ginekologii - zespół chirurgii jednego dnia,

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanawia:

1. oddalić odwołanie złożone przez: **Specjalistyczno-Diagnostyczny Ośrodek Zdrowia w Częstochowie, ul. Waszyngtona 36** prowadzony przez Agatę Pawelczak reprezentowaną przez Pełnomocnika - radcę prawnego Katarzynę Fortak-Karasińską - partnera w spółce partnerskiej Fortak & Karasiński Radcowie Prawni z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 77a od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert ogłoszonego w dniu 22.12.2011 r., kod postępowania: 12-12-000775/LSZ/03/1/03.4450.032.02/1, poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie ginekologii - zespół chirurgii jednego dnia, 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: ginekologii - zespół chirurgii jednego dnia, nr ogłoszenia 12-12-000775/LSZ/03/1/03.4450.032.02/1. 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 5 ofert. W wyżej wymienionym postępowaniu podano wartość zamówienia nie większą niż 1 761 188,00 zł. Oferent złożył ofertę w terminie. Nr oferty 12-12-000775/LSZ/03/1/03.4450.032.02/1/4/0403.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert. Oferta została odrzucona decyzją Komisji Konkursowej w dniu 12.01.2012 r. z uwagi na niespełnienie warunków wymaganych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r., w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z późn. zm. oraz Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne z późniejszymi zmianami. Pismem z dnia 19.01.2012 r. Oferent wniósł protest. Komisja Konkursowa uznała protest za bezzasadny i postanowiła go nie uwzględnić, o czym poinformowała Oferenta pismem, znak: KK-4800-262/258/pm/12 z dnia 24.01.2012 r. W dniu 24.01.2012 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie konkursu ofert w powyższym zakresie. W dniu 02.02.2012 r. Oferent złożył odwołanie (data stempla pocztowego 31.01.2012 r.). Pełnomocnik Oferenta w treści odwołania wskazuje, że nastąpiło naruszenie następujących przepisów prawa:

1. art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej poprzez dokonanie wyboru ofert, które nie zapewniają należytej dostępności do świadczeń na obszarze objętym przedmiotowym konkursem,
2. art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej poprzez dokonanie wyboru ofert, które nie zapewniają kompleksowości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze objętym przedmiotowym konkursem,
3. art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zw. z art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy, 149 ust. 3 ustawy, 142 ust. 2 pkt 3 poprzez bezzasadne oddalenie protestu Skarżącej w sytuacji, gdy zachodziły przesłanki do jego uwzględnienia, a w konsekwencji wyłączenie oferty z etapu porównania ofert, co wpłynęło na naruszenie zasady uczciwej konkurencji oraz równego traktowania oferentów.

Odwolująca zarzuca Komisji Konkursowej pominięcie kryterium dostępności, uzasadniając swój zarzut faktem, że na terenie powiatów częstochowskiego, kłobuckiego, lublinieckiego, myszkowskiego oraz Częstochowy w toku postępowania wyłoniono zaledwie dwa zakłady - w Częstochowie i w Myszkowie.

Według Odwołującej pominięto również kryterium kompleksowości, a zakontraktowanie świadczeń z zakresu ginekologii w oderwaniu od innych postępowań konkursowych może powodować utrudnienia w procesie leczenia, także dla świadczeniobiorców.

Ze względu na niedopuszczenie oferty Zakładu do etapu porównania ofert Pełnomocnik Oferenta zarzuca Komisji Konkursowej nierówne traktowanie świadczeniodawców oraz naruszenie zasad uczciwej konkurencji.

Pełnomocnik Skarżącej podkreśla, że interpretacja zapisów dotyczących harmonogramów pracy jest błędna, gdyż nie zachodzi konieczność jednoczesnej obecności lekarza specjalisty danego zakresu, lekarza anestezjologa, pielęgniarki oraz pielęgniarki anestezjologicznej w miejscu udzielania świadczeń przez cały czas dostępności. Twierdzi, że interpretacja zapisów dotyczących harmonogramów pracy przyjęta przez Komisję Konkursową jest sprzeczna z powszechnym celem wprowadzenia leczenia jednego dnia i oznacza wprowadzenie warunków rażąco wygórowanych w odniesieniu do przedmiotowego zakresu świadczeń, a ponadto warunki powyższe – ze względu na deficyt personelu medycznego w tym zakresie – byłyby możliwe do spełnienia jedynie przez część świadczeniodawców.

Odwołująca została prawidłowo poinformowana o uprawnieniach wynikających z art.10 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego i w dniu 22.02.2012 r. skorzystała z prawa wglądu do akt sprawy, nie wnosząc żadnych uwag.

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 Odwołującej 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 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,
- 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.

Określa ono bardzo precyzyjnie 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.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert stwierdzając, że Oferent nie spełnia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz przepisach określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy.

Nawiązując do zarzutu Pełnomocnika Odwołującej, jakoby został naruszony art. 97 ust.3 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 j.t. z późn. zm.) stwierdzić należy, że jest on bezpodstawny. Przedmiotowe postępowanie zostało ogłoszone dla obszaru – subregion północny. Tym samym a priori założono, że postępowanie ma na celu zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do całego subregionu, a nie w odniesieniu do poszczególnych powiatów, czy też gmin. Ogłoszone postępowanie jednoznacznie wskazywało jego wartość, czyli wysokość środków finansowych, jakie Śląski OW NFZ przeznaczył na zakontraktowanie z zakresu ginekologii – zespół chirurgii jednego dnia. Środki te zostały rozdysponowane w całości, zatem świadczenia zostały zakupione na zaplanowanym wcześniej poziomie. Nadto wskazać należy, że ocena złożonej oferty dokonuje się w sposób automatyczny przez system informatyczny w oparciu o kryteria zawarte w Zarządzeniu 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, a także w oparciu o dane przedstawione przez oferentów w złożonych ofertach. Wyboru ofert Komisja Konkursowa dokonuje spośród tych, które spełniły wszystkie warunki wymagane, a tym samym nie podlegały odrzuceniu.

Odnosząc się do zarzutów odnośnie ograniczenia pacjentom dostępności do leczenia refundowanego przez NFZ stwierdzić należy, w myśl obowiązujących przepisów zgodnie z art. 30 wyżej wymienionej ustawy: „Świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a

ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego". Tak więc w myśl obowiązujących przepisów nie może być mowy o naruszeniu praw pacjenta. Mają oni dostęp do świadczeniodawców, którzy w toku postępowania konkursowego okazali się być najlepiej spełniającymi stawiane przed nimi wymagania.

Dodatkowo należy wskazać, że odrzucenie oferty Odwołującej nie ogranicza dostępności do świadczeń. W ramach omawianego postępowania do zawarcia umowy zostali wybrani świadczeniodawcy, których oferty były najkorzystniejsze, uwzględniając przede wszystkim wartość finansową ogłoszonego postępowania, liczbę punktów, jaką uzyskały oferty w ocenie za kryteria niecenowe oraz łącznie, z uwzględnieniem kryteriów cenowych oraz miejsca ofert w rankingu. Komisja Konkursowa dokonała zakupu świadczeń na zaplanowanym wcześniej poziomie zabezpieczając tym samym dostęp pacjentów do omawianego zakresu świadczeń na terenie subregionu północnego województwa śląskiego.

Kolejnym zarzutem stawianym przez Pełnomocnika Odwołującej jest dokonanie wyboru oferentów w oderwaniu od rozstrzygnięć innych postępowań. Uzasadniając powyższe Pełnomocnik wyraził przekonanie, że Komisja Konkursowa kierując się kryterium kompleksowości, winna była wybrać w postępowaniu w zakresie ginekologii – chirurgii jednego dnia tych oferentów, którzy zostali wybrani w rodzaju świadczeń AOS z zakresu ginekologii. Powyższa argumentacja jest chybiona i nie posiada oparcia w obowiązujących przepisach prawa. Wybór podmiotów do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dokonywany jest, co do zasady, w ramach postępowań konkursowych. Ustawodawca w żadnym przepisie nie nałożył na Fundusz obowiązku kontraktowania świadczeń w sposób opisany przez Pełnomocnika Odwołującej. Przeciwnie - ustawodawca określając kryteria oceny żadnego z nich nie wskazał jako najważniejszego czy kluczowego. Przyjmując tok rozumowania Pełnomocnika Skarżącej należałoby przyjąć, że zakontraktowanie jednego zakresu świadczeń u danego podmiotu rodzi obowiązek zakontraktowania u niego również innych świadczeń, co w sposób oczywisty naruszałoby zasadę równego traktowania świadczeniodawców i powodowałoby niemożność wyłonienia najlepszych oferentów do realizacji świadczeń. Przyjęcie założenia, że decydujące znaczenie przy wyborze oferty ma fakt posiadania kontraktu NFZ w tożsamym zakresie lecz innym rodzaju świadczeń byłoby zaprzeczeniem idei konkursu. W świetle powoływanego przez Pełnomocnika Skarżącej art. 142 ust. 5 pkt. 1 ustawy parametry, które Fundusz ma wziąć pod uwagę są równorzędne. Podkreślić należy, że oferta Skarżącej jako niespełniająca wymogów została odrzucona, a nie niewybrana. W konsekwencji - nie podlegała ona ocenie. Stąd zarzut Skarżącej jest bezprzedmiotowy.

Wyjaśnić należy również, że ocena ofert w części niejawnej postępowania została przeprowadzona w oparciu o kryteria określone w wydanym na podstawie delegacji ustawowej Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.). Również z tego powodu stawiany przez Pełnomocnika Skarżącej zarzut jest nietrafny.

Reasumując stwierdzić należy, że Komisja Konkursowa, wbrew twierdzeniom Pełnomocnika Oferenta, nie naruszyła zasad postępowania.

Odnosząc się do zarzutów Pełnomocnika Skarżącej dotyczących błędnej interpretacji wymogów odnośnie czasu pracy personelu wyjaśnić należy, że zgodnie z § 4 ust. 4 pkt. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143 z 2009 r. z późn. zm.) w przypadku udzielania świadczeń gwarantowanych w trybie jednego dnia, świadczeniodawca powinien w zakresie personelu spełniać następujące warunki:

- równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń,
- równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – pielęgniarka.

W myśl § 4 ust. 4 pkt. 2 ww. Rozporządzenia w przypadku udzielania świadczeń gwarantowanych – chirurgii jednego dnia lub dokonywania znieczulenia do zabiegów diagnostycznych w trybie leczenia jednego dnia, świadczeniodawca zapewnia dodatkowo następujące warunki:

- równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowany przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii,
- równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki.

Powyższego warunku Oferent nie spełnił, ponieważ wykazał harmonogram pracy komórki organizacyjnej (dostępność profilu medycznego/zakresu) na łączną liczbę 48 godzin tygodniowo, natomiast lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii – 16 godzin tygodniowo, a pielęgniarki anestezjologiczne – 12 godzin tygodniowo. Brak zapewnienia przez Oferenta stosownych harmonogramów pracy personelu anestezjologicznego został potwierdzony w odpowiedziach ankietowych.

Winno być poza sporem, że czas udzielania świadczeń gwarantowanych w danym zakresie jest determinowany harmonogramem czasu pracy komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa Oferenta wskazanym dla tego zakresu świadczeń. Powyższy harmonogram Oferent przedstawia w ofercie w cz. VI szczegóły oferty jako „harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu”. Nie może

zatem budzić wątpliwości, że nie chodzi tutaj o czas pracy komórki w ogóle, lecz czas dostępności w danym zakresie udzielanych świadczeń. Stąd Oferent winien udzielać świadczeń w czasie określonym w wyżej wskazanym harmonogramie. Wprawdzie w rozporządzeniu nie określono czasu udzielania świadczeń w leczeniu jednego dnia, wskazując wyłącznie, iż są to świadczenia gwarantowane udzielane z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, lecz dostępność ta została określona Zarządzeniem Prezesa, zgodnie z którym dostępność miejsca udzielania świadczeń winna wynosić co najmniej trzy razy w tygodniu po 5 godzin dziennie (...). Jednakże powyższy zapis nie pozbawia oferentów możliwości określenia dłuższego czasu pracy miejsca udzielania świadczeń. Oczywistym jest, że udzielanie świadczeń możliwe jest wyłącznie przy pomocy właściwego do tego personelu medycznego. Stąd nie powinno budzić jakichkolwiek wątpliwości interpretacyjnych, że personel medyczny (zgodny wymogami określonymi w ww. § 4 pkt. 1 i 2 Rozporządzenia) musi być dostępny w tych samych godzinach pracy jakie są określone dla dostępności miejsca udzielania świadczeń. Inne rozumienie byłoby nielogiczne. Skoro Oferent zapewnił czas pracy komórki zgodnie z harmonogramem pracy placówki przedstawionym w ofercie w części VI – Szczegóły oferty „Dostępność profilu medycznego/zakresu”, tj. 48 godzin tygodniowo, to w tym czasie musi w nim przebywać i udzielać świadczeń odpowiedni personel medyczny. Jego czas pracy nie może być krótszy, ponieważ oznaczałoby to de facto pozorność dostępności miejsca udzielania świadczeń, skoro mimo że jest ono „czynne”, to nie ma w nim personelu gotowego do udzielenia świadczenia. Podkreślić należy, że w przypadku chirurgii jednego dnia to do Oferenta należy określenie dostępności miejsca udzielania świadczeń. Jedyny warunek, który musi być spełniony, to powyżej wskazane minimum 3 razy w tygodniu po 5 godzin (...). Skoro zatem Oferent decyduje się określić dostępność miejsca udzielania świadczeń na czas dłuższy, to i na dłuższy czas musi zapewnić personel. Zauważyć należy również, że w zakresie określenia czasu pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w ust. 1 i 2 § 4 Rozporządzenia zapisy są jednobrzmiące. Wobec powyższego nie istnieje możliwość różnej ich interpretacji.

Odnosząc się do poruszonej przez Pełnomocnika Skarżącej kwestii pkt 1.2.2 Zarządzenia Prezesa wyjaśnić należy, że wymóg ten jest niezależny od określonego w § 4 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia i wynika z faktu, iż w przypadku leczenia jednego dnia w rozporządzeniu nie powtórzono rozwiązania przyjętego dla hospitalizacji, gdzie w definicji legalnej wprost wskazano obowiązek zapewnienia opieki od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu (§ 2 pkt. 2 Rozporządzenia). Powyższy wymóg określony w Zarządzeniu ma na celu zapobieżeniu sytuacji, w której personel medyczny formalnie wykazany na ilość godzin odpowiadającą harmonogramowi pracy miejsca udzielania świadczeń faktycznie udziela świadczeń w tym samym czasie. Inaczej mówiąc - powyższy zapis gwarantuje, że indywidualne harmonogramy pracy będą skonstruowane tak, by czas pracy lekarzy i pielęgniarek zabezpieczał opiekę nad świadczeniobiorcami przez cały okres ich pobytu.

W odniesieniu do zarzutu, jakoby interpretacja czasu pracy personelu przyjęta przez Komisję Konkursową stawiała zbyt wysokie wymagania dla podmiotów biorących udział w postępowaniu

Nie można zgodzić się z argumentem dotyczącym uchybienia Komisji Konkursowej polegającym na niewzwaniu Oferenta do usunięcia braków formalnych. Niedostosowanie harmonogramu komórki organizacyjnej i czasu pracy wymaganego personelu (niespełnianie warunków wymaganych obowiązującymi przepisami prawa) nie jest brakiem formalnym w rozumieniu art. 149 ust. 3 ustawy.

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 upoważnieniem Dyrektora

Z upoważnienia Dyrektora
Śląskiego Oddziału Literatury i Sztuki
Narodowego Instytutu Kultury w Katowicach

7-8-60

DS EK 3-2 KULTURY

Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Cherý mág

- 1) Podmiot składający ochotniczo
- 2) Wydział Organizacyjny
- 3) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej
- 4) Wydział Ekonomiczno-Finansowy