

Katowice, dnia 25 czerwca 2019 r.

**DYREKTOR**Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w KatowicachZnak sprawy: **WOKS-I.422.68.2019**

Znak pisma: WOKS-I.W.276.MS.2019

**DECYZJA Nr 12-4516/OD-76/WOKS/2019**

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą oraz art. 104, 107 i 108 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2096 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez Prywatną Poradnię Wielospecjalistyczną dr n. med. Joanna Cichoń, ul. Sienkiewicza 43, 41-922 Radzionków, zwaną dalej „Odwołującą”, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.07.2019 r. do 30.06.2024 r., kod postępowania: 12-19-000451/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, w rodzaju świadczeń świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej, przy udziale stron:

1. Przychodnia Lekarska RAD-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 41-922 Radzionków, Gajdasa 1
2. Centrum Medyczne TOMMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 40-662 Katowice, Aleksandra Fredry 22
3. AwithD Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 41-922 Radzionków, Męczenników Oświęcimia 36
4. Niepubliczny Zakład Opieki-Zdrowotnej PROMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 42-624 Tapkowice, Zwycięstwa 15

5. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" Spółka Jawna Kowalska, Kubala, 42-660 Kalety, Gwoździa 2

**Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ orzeka:**

1. oddalić odwołanie,
2. nadać decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

**UZASADNIENIE**

W dniu 14.03.2019 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił prowadzone w trybie konkursu ofert postępowanie poprzedzające zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.07.2019 r. do 30.06.2024 r., kod postępowania: 12-19-000451/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, w rodzaju świadczeń świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej na obszarze obejmującym p. tarnogórski. W ogłoszeniu podano wartość zamówienia nie większą niż 1677.020,16 zł. Oferty w przedmiotowym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 29.03.2019 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. W postępowaniu ogółem złożono 11 ofert. Odwołująca ofertę nr 12-19-000451/SPO/14/1/14.2142.026.04/01/ złożyła w terminie.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert oraz wezwała oferentów do uzupełnienia braków formalnych w ofertach. W części niejawnej postępowania, działając na podstawie art. 148 ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 z późn. zm.), Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert, w wyniku której oferta Odwołującej nie została wybrana. W dniu 7.06.2019 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie postępowania, dokonując wyboru 5 ofert.

W dniu 12.06.2019 r., Odwołująca złożyła pismo, które zatytułowała „Protest”, w którym wniosła o wskazanie na jakiej podstawie Komisja Konkursowa przyznała jej ofercie 87,39 pkt oraz co składa się na końcową ocenę tej punktacji. Ponadto przedstawiła przebieg procesu negocjacji, w których wystąpił problem z systemem informatycznym, przez co Komisja Konkursowa musiała ponownie wpisać kwotę ustaloną w trakcie negocjacji. W związku z brakiem możliwości jednoznacznego określenia charakteru pisma, co uniemożliwiało jego rozpatrzenie we właściwym trybie, Organ zwrócił się do Odwołującej o wskazanie, czy przedmiotowe pismo ma zostać potraktowane jako odwołanie w rozumieniu art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a jeżeli tak to o wskazanie zarzutów dotyczących naruszenia przez Komisję Konkursową zasad postępowania, powodujących uszczerbek w interesie prawnym oferenta.

Odwołująca pismem z dnia 19.06.2019 r. potwierdziła, że złożone pismo stanowi odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Dodatkowo Odwołująca zarzuciła Komisji Konkursowej, iż miała możliwość wybrania w postępowaniu konkursowym 11 ofert, a dokonała wyboru zaledwie 5. Oferta Odwołującej zajęła 6 pozycję.

Do Stron niniejszego postępowania skierowano pismo informujące o wynikającym z art. 10 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego prawie wglądu do dokumentów i wypowiedzenia się co do zebranych dowodów, materiałów oraz zgłoszonych żądań. Odwołująca z uprawnienia tego nie skorzystała.

Rozpatrując odwołanie, należy podkreślić, że Dyrektor Oddziału bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez Komisję Konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy skutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego się. Odwołujący, jako uczestnik postępowania konkursowego o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, którego oferta nie została w tym postępowaniu wybrana, niewątpliwie posiada interes prawny we wniesieniu odwołania.

Oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, Oferenci przystępujący do postępowania winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, spełnić w szczególności wymagania określone m.in. w:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 1146 z późn. zm.),
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1372 z późn. zm),
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tj. Dz.U. z 2015 r. poz. 1658 z późn. zm.),
- Zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.),
- Zarządzeniu Nr 45/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (ze zm.).

Ocena ofert w postępowaniu była dokonywana w oparciu o wskazane wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ogłoszenie

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

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, oceny ofert dokonuje się według kryteriów: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny. Rozporządzenie wskazuje szczegółowo parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładny sposób oceny oferty pod względem kryterium ceny. Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 11 ofert. W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert, jak również przeprowadziła kontrole u 2 Oferentów biorących udział w postępowaniu. Podczas kontroli upoważnieni przedstawiciele Komisji Konkursowej dokonali porównania danych zawartych w ofertach, dotyczących personelu, miejsca wykonywania świadczeń i zasobów sprzętowych ze stanem faktycznym, co zostało odnotowane w załącznikach do protokołów kontroli. Do dalszego procedowania Komisja przyjęła 11 ofert.

Wszystkie oferty, jako spełniające wymagane warunki niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego świadczenia, zostały zakwalifikowane do części niejawnej postępowania. Podkreślić należy, że fakt spełniania wszystkich warunków określonych przepisami prawa, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, lecz pozwala na podstawie art. 148 ustawy na dokonanie jej oceny według powyżej wskazanych kryteriów. W wyniku oceny ofert uzyskały one następującą liczbę punktów z tytułu poszczególnych kryteriów:

Pozycja w rankingu	Nazwa świadczeniodawcy	Punkty za ofertę cenową	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Wybrano do negocjacji
1	AwithD Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	2,5	94	96,5	zbieżne ostateczne	T
2	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ESKULAP Spółka Jawna Kowalska, Kubala	5	91	96	zbieżne ostateczne	T
3	Przychodnia Lekarska RAD-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	4,229	91	95,229	zbieżne ostateczne	T
4	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PROMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	5	88	93	zbieżne ostateczne	T
5	Centrum Medyczne TOMMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	4,229	85	89,229	zbieżne ostateczne	T

6	dr n. med. Joanna Cichoń	3,813	84	87,813	zbieżne ostateczne	T
7	MEDICAL HEALTH Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	5	81	86		N
8	Andrzej Koralewski, Dominik Koralewski Renata Franke PRYWATNE CENTRUM MEDYCZNE AKO-MED S.C.	4,993	78	82,993		N
9	Andrzej Koralewski, Dominik Koralewski Renata Franke PRYWATNE CENTRUM MEDYCZNE AKO-MED S.C.	4,993	75	79,993		N
10	BETAMED S.A.	2,5	68	70,5		N
11	CARITAS Diecezji Gliwickiej	2,5	59	61,5		N
12	Barbara Pietrańska, Jerzy Słodczyk Spółka Cywilna Fam-Med	3,996	39	42,996		N

Określona w ogłoszeniu wartość postępowania 1677.020,16 zł pozwoliła na wybór 5 ofert, które to oferty wyczerpały wartość postępowania - po przeprowadzonych negocjacjach. Oferta złożona przez Odwołującą nie została wybrana ponieważ uzyskała łączną liczbę punktów w rankingu wynoszącą 87,813 pkt (w tym kryteria niecenowe 84,00 pkt, kryterium cenowe 3,813 pkt). Wskazać należy, że zgodnie z obowiązującymi przepisami Komisja Konkursowa dokonuje wyboru do ofert do zawarcia umowy w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, składającym się z ofert uszeregowanych w kolejności malejącej wynikającej z sumy uzyskanych punktów w procesie oceny do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu oraz maksymalnej liczby umów planowanych do zawarcia. Z kolei propozycja Komisji w zakresie liczby świadczeń ustalana jest w odniesieniu do struktury i zasobów oferenta w kontekście jego zdolności do wykonania zaoferowanej liczby świadczeń. Przeprowadzona przez Komisję Konkursową analiza zdolności wykonawczych oferentów wykazała, że potencjał wykonawczy ofert zajmujących pozycję od pierwszej do piątej pozwala na zrealizowanie świadczeń na wartość odpowiadającą kwocie zamówienia podanej w ogłoszeniu o konkursie ofert. W związku z wyczerpaniem wartości zamówienia przez oferty zajmujące pozycje od 1 do 5 w rankingu, oferta złożona przez Odwołującą zajmująca w nim 6 pozycję nie została zakwalifikowana do zawarcia umowy.

W odniesieniu do wniosku zawartego przez Odwołującą w odwołaniu, dotyczącego wyjaśnienia jakie parametry zostały przez Komisję Konkursową uwzględnione przy ocenie oferty Odwołującej oraz

co składa się na końcową ocenę punktacji, poniżej przedstawiam szczegółową punktację jaką uzyskała za kryteria niecenowe oferta Odwołującej.

Pytanie	Lp.	Odpowiedź	pkt
<b>JAKOŚĆ</b>			
<b>PERSONEL</b>			
Pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: 1)opieki długoterminowej lub 2)pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3)pielęgniarstwa zachowawczego, lub 4)pielęgniarstwa internistycznego, lub 5)pielęgniarstwa rodzinnego, lub 6)pielęgniarstwa środowiskowego, lub 7)pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub 8)pielęgniarstwa pediatrycznego, lub 9)pielęgniarstwa geriatrycznego, lub 10)pielęgniarstwa opieki paliatywnej - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.	1.1.1.1	Tak	<b>18</b>
Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.	1.1.1.2	Tak	<b>9</b>
Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.	1.1.1.3	Tak	<b>9</b>
Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu:	1.1.1.4	- co najmniej 25% pielęgniarek.	<b>10</b>
<b>WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI</b>			
W Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	1.1.2.1	Nie	<b>0</b>
W Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	1.1.2.2	Nie	<b>0</b>
W Brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli.	1.1.2.3	Nie	<b>0</b>
W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	1.1.2.4	Nie	<b>0</b>
W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	1.1.2.5	Nie	<b>0</b>
W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	1.1.2.6	Nie	<b>0</b>
W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.	1.1.2.7	Nie	<b>0</b>
W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	1.1.2.8	Nie	<b>0</b>
SPO_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	1.1.2.9	Nie	<b>0</b>
<b>POZOSTAŁE WARUNKI</b>			
W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	1.1.3.1	Tak	<b>3</b>
<b>DOSTĘPNOŚĆ</b>			
Udzielanie świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej	1.2.1.1	Nie	<b>0</b>

raz w trakcie opieki, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie.			
Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 10%.	1.2.1.2	Tak	3
Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 20%.	1.2.1.3	Tak	3
<b>CIĄGŁOŚĆ</b>			
Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.	1.3.1.1	Tak	7
W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.	1.3.1.2	Tak	9
W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	1.3.1.3	Nieprzerwanie od 10 lat.	13
<b>WARUNKI WYMAGANE</b>			
W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu prezesa narodowego funduszu zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.	1.4.1.1	TAK	0
<b>INNE</b>			
Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c-ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	1.5.1.1	Nie	0
<b>SUMA</b>			<b>84</b>

Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie oraz wskazanych wcześniej aktach wykonawczych Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ. Komisja Konkursowa w ramach postępowania konkursowego stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Zgodnie z art. 134-ust. 2 ustawy wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim oferentom na tych samych zasadach, dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Taki sposób udostępnienia materiałów umożliwił

zapoznanie się z nimi przez wszystkich Oferentów. W świetle powyższych okoliczności należy uznać, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron.

W konsekwencji stwierdzić należy, że postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania nie dokonując wyboru oferty Odwołującej. 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 mogłyby 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 należało je oddalić jak w sentencji decyzji.

Ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego w związku z koniecznością zapewnienia świadczeń w obszarze zabezpieczenia i zawarcia umowy w tym względzie, decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego.

#### **POUCZENIE**

W oparciu o art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), od niniejszej decyzji Stronom przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, który wnosi się do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji.

Alternatywnie, na podstawie art. 127a, w zw. z art. 127§ 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego stosowanym odpowiednio stronie przysługuje: prawo zrzeczenia się prawa wniesienia do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy; Oświadczenie o zrzeczeniu należy złożyć do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna; albo na podstawie art. 52 § 3, art. 53 § 1 i art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1302 z późn. zm.) stronie przysługuje prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach, z pominięciem wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia. Na podstawie art. 211, art. 212 § 1, art. 214, art. 219 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi oraz na podstawie § 2 pkt 6 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości oraz szczegółowych zasad pobierania wpisu w postępowaniu przed sądami



administracyjnymi (Dz. U. z 2003 r., Nr 221, poz. 2193 z późn. zm.) strona jest zobowiązana uiścić wpis stały od skargi w wysokości 200 złotych bezpośrednio na rachunek bankowy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach lub uiścić gotówką do kasy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach. Końcówki opłat zaokrągla się wzwyż do pełnych złotych. Jeśli strona spełnia ku temu przesłanki, może ubiegać się o zwolnienie od kosztów albo przyznanie prawa pomocy.

Z upoważnienia Dyrektora  
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach  
ZASTĘPCA DYREKTORA  
DS. SŁUŻB MUNDUROWYCH  
I ŚCIEŻENIOWYCH

Bożena Gil  
Dyrektor Śląskiego OW  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Katowicach

**Otrzymują:**

1. dr n. med. Joanna Cichoń, 41-922 Radzionków, Henryka Sienkiewicza 43
2. Przychodnia Lekarska RAD-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 41-922 Radzionków, Gajdasa 1
3. Centrum Medyczne TOMMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 40-662 Katowice, Aleksandra Fredry 22
4. AwithD Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 41-922 Radzionków, Męczenników Oświęcimia 36
5. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PROMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 42-624 Tapkowice, Zwycięstwa 15
6. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" Spółka Jawna Kowalska, Kubala, 42-660 Kalety, Gwoździa 2
7. Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w miejscu
8. Wydział Ekonomiczno-Finansowy i Współpracy Międzynarodowej w miejscu
9. Wydział Organizacyjny, Kadr i Szkoleń w miejscu a/a