

Kraków, dnia 3.04.2014

SCANMED MULTIMEDIS S.A.
ul. Armii Krajowej 18
30-150 KRAKÓW

Decyzja

z dnia 3 kwietnia 2014 r.

nr 7/POZ/2014

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. nr 267) oraz art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) zwaną dalej „ustawą”, w związku z odwołaniem złożonym przez SCANMED MULTIMEDIS SA, Ul. Armii Krajowej 18, 30-150 KRAKÓW, w dniu 20 marca 2014 roku – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-14-000048/POZ/0112/01.0000.156.16/1, prowadzonego w trybie konkursu ofert/rekwerst w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 100 000 osób – ryczałt miesięczny, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

~~uwzględnia~~ **uwzględnia/oddala* odwołanie**

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, działając na podstawie art. 139 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

* niepotrzebne skreślić

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) zwanej dalej także *Ustawą*, ogłosił postępowanie nr 06-14-000048/POZ/0112/01.0000.156.16/1 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 100 000 osób – ryczałt miesięczny, na okres od 1 kwietnia 2014 roku do dnia 31 marca 2019 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 957 600,00 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 kwietnia 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku. W postępowaniu zostały złożone 4 oferty. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy* rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 14 marca 2014 roku. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Stanowi to spełnienie dyspozycji zawartej w art. 151 ust. 2 *Ustawy*, który mówi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 *Ustawy*. W myśl art. 154 ust. 1 i 2 *Ustawy* Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W wyniku wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Oferenta odwołującego się o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi przedmiotowego postępowania i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 § 1 *ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. nr 267)*, zwaną w dalszej części k.p.a. Po zapoznaniu się z materiałami przez Oferenta i rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia jego

otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Od w/w decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Z wyżej cytowanych przepisów wynika, że przedmiotem rozstrzygnięcia organu jest badanie naruszenia interesu prawnego Odwołującego się na skutek naruszenia zasad postępowania. Organ rozpatrujący odwołanie winien zbadać, czy rozstrzygnięcie postępowania przez komisję konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego się – przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą wystąpić łącznie.

Zgodnie z treścią art. 154 ust. 6a ustawy określone zostały strony postępowania zainicjowanego złożonym odwołaniem. Stronami postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-6 ustawy, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1 tego przepisu lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4 tego przepisu oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie działając zgodnie z art. 61 § 4 w zw. z art. 61 § 1 k.p.a oraz w oparciu o art. 154 ust. 6a w zw. z art. 154 ust. 1 ustawy pismem z dnia 26 marca 2014 znak: WOKSII/442-o-34-BSG/2014 poinformował strony postępowania o jego wszczęciu.

Kolejno Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie pismem z dnia 26 marca 2014 o WOKSII/442-o-35-BSG/2014 poinformował strony postępowania o przysługujących im prawach wynikających z art. 10 § 1 k.p.a. Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie poinformował strony o zapewnieniu czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwieniu wypowiedzenia się strony co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Odwołujący zapoznał się z aktami sprawy w dniu 2 kwietnia 2014 roku. Odwołujący się zawnioskował o wydanie kopii materiałów z postępowania – dokumentacja ta została wydana. W następnej kolejności Strona zwróciła się z pytaniem, czy w dokumentacji postępowania prowadzonego przez komisję konkursową znajduje się pisemna opinia/stanowisko Działu Kontroli MOW NFZ, dotycząca złożonej przez SCANMED MULTIMEDIS oferty, w szczególności pytań ankietowych. Na powyższe udzielono negatywnej odpowiedzi z zastrzeżeniem, że w dokumentacji znajduje się wystąpienie pokontrolne – dotyczące przedmiotowej kwestii.

Dokonując oceny zasadności przedmiotowych zarzutów postawionych przez Odwołującego wymaga wskazania przebiegu postępowania o nr 06-14-000048/POZ/0112/01.0000.156.16/1.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 3 lutego 2014 roku na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-14-000048/POZ/0112/01.0000.156.16/1 w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń: nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 100.000 osób - ryczałt miesięczny na obszarze: 1261 - Kraków w dzielnicy V,VI oraz 1206162 - Zabierzów, na okres od dnia 1.04.2014 do dnia 31.03.2019 roku.

W ogłoszeniu postępowania o ww. nr zostały wskazane niżej wymienione akty prawne, które zawierały m.in. wymagania określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem NFZ”, w odniesieniu do oferentów przystępujących do postępowania, a także stanowiły formalną i merytoryczną podstawę do wyboru ofert i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego tj.:

1. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 217z późn. zm.),*
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U z 2004 r., nr 273, poz. 2719),*
4. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2011 r. nr 293 poz.1728),*
5. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r. nr 293 poz.1729),*
6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., nr 81, poz. 484),*
7. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 roku (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248),*

8. Zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm),
9. Zarządzenie nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013 r. roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
10. Zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.).

Jednocześnie, Komisja konkursowa działa w oparciu o regulamin pracy komisji konkursowej, prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przyjęty Uchwałą nr 36/2005/1 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r., zwany dalej *regulaminem*.

Wszyscy oferenci już w chwili ogłoszenia postępowania zapoznają się z określonymi przepisami będącymi podstawą do dokonania wyboru ofert i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

W załączniku nr 3 do zarządzenia nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013 r. roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wskazano zarówno warunki wymagane do realizacji świadczeń w zakresie nocna i świąteczna opieka zdrowotna jak i warunki dodatkowo oceniane.

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 4 oferty. Oferentami byli:

1. Aleksander Prokop, Monika Prokop-Franaszek
2. SCANMED MULTIMEDIS SPÓŁKA AKCYJNA
3. OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa
4. POLMED Spółka Akcyjna

Dnia 19 lutego 2014 r. Komisja Konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o w/w numerze. Komisja konkursowa stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zasad (Dz. U. z 2004 r., Nr 273, poz. 2719).

Wszyscy członkowie Komisji konkursowej podpisali oświadczenia o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac Komisji z punktu widzenia wymagań określonych w § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zasad (Dz. U. z 2004 r., Nr 273, poz. 2719).

Komisja konkursowa powołana zarządzeniem Dyrektora Oddziału, prowadząca przedmiotowe postępowanie podejmowała wszelkie niezbędne czynności mające na celu stwierdzenie zgodności oferty ze stanem faktycznym i prawnym, w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagań zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych. W części jawnej postępowania konkursowego komisja dokonała analizy przedmiotowej oferty ujawniając, iż odpowiedź w zakresie dwóch pytań ankietowych nie znajduje odzwierciedlenia w stanie faktycznym. Komisja konkursowa na posiedzeniu w dniu 27.02.2014 podjęła decyzję o odrzuceniu oferty Oferenta SCANMED MULTIMEDIS SPÓŁKA AKCYJNA w postępowaniu nr 06-14-000048/POZ/0112/01.0000.156.16/1 na podstawie art. 149 ust 1 pkt 2 ustawy.

W tym miejscu rozpatrując złożone przez Odwołującego zarzuty Dyrektor Małopolskiego OW NFZ w Krakowie zważył co następuje.

W dziedzinie prawa i postępowania administracyjnego przyjmuje się, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 19 stycznia 1995 r., I SA 1326/93), a wręcz, że interes prawny ma wprost charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 27 września 2001 r., I SA 2326/00).

W przypadku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguła ta znajduje zastosowanie jedynie odpowiednio, bądź na zasadzie analogii. Jakkolwiek bowiem postępowania wszczęte wskutek odwołania lub skargi niezadowolonego oferenta mają charakter administracyjny lub sądowno-administracyjny, samo postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej leży już poza sferą prawa administracyjnego, albowiem dotyczy cywilnoprawnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczególnego sposobu zawarcia tego rodzaju umowy, normowanego przepisami art. 132 i n. ustawy i, uzupełniająco, przepisami art. 66 i n. k.c. Mamy więc tutaj do czynienia z regulacją swoistą: na drodze administracyjnej i sądowno-administracyjnej ocenie podlegają takie stany faktyczne, które na gruncie prawa materialnego unormowane są przepisami prawa cywilnego – o umowie i sposobie jej zawarcia.

Przepis art. 134 ust. 2 ustawy nakłada na Fundusz obowiązek, by wszelkie wymagania, wyjaśnienia, informacje oraz dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane były wszystkim świadczeniodawcom na takich samych zasadach. Realizując ten obowiązek Prezes Narodowego Funduszu określa w drodze zarządzeń wymagania i wzory dokumentów, które nie zostały określone przepisami prawa powszechnie obowiązującego, jak też może wskazać komisjom konkursowym w drodze aktów wewnętrznych właściwy sposób zachowania się na poszczególnych etapach postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wszystko to służy nadrzędnemu celowi, którym jest postępowanie jawne, równe oraz transparentne, prowadzące do wyboru ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość, a także dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, z zagwarantowaniem uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami.

Jak słusznie wskazano w piśmiennictwie, „*pojęciem fundamentalnym dla instytucji środka odwoławczego w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym przyznane przez normę prawa materialnego. Interes prawny – co istotne – musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili, indywidualny oraz obiektywnie weryfikowalny. Samo zaś ustalenie interesu prawnego to nic innego jako zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną*” (A. Paszkowski, *Środki odwoławcze w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*).

Jak wskazał też Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2012/08, LEX nr 533330), **do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług.** Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie zatem do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu.

Z kolei w wyroku z dnia 24 września 2008 r. (VII SA/Wa 1076/08, LEX nr 560207) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie podkreślił, iż świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może skutecznie wnieść środek odwoławczy w sytuacji, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia naruszy określone przepisami powszechnie obowiązującymi lub przepisami wydanymi na ich podstawie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zasady postępowania w rozumieniu materialnoprawnym (np. wymagania od świadczeniodawców) oraz proceduralnym (np. warunki prowadzonego postępowania).

Ostatnim warunkiem skutecznego wniesienia przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środka odwoławczego jest istnienie związku o charakterze przyczynowo-skutkowym pomiędzy uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy a naruszeniem zasad postępowania (A. Paszkowski, *op. cit.*).

Interes prawny świadczeniodawcy należy zatem oceniać zawsze na kanwie konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez danego świadczeniodawcę; posiadanie interesu prawnego związane jest zawsze z oceną, czy naruszenie określonych zasad postępowania powoduje to, że świadczeniodawca pozbawiony jest możliwości zawarcia umowy. Stanowisko to potwierdza wyrok WSA w Warszawie z dnia 11 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2013/08.): *„Pojęcie uszczerbku interesu prawnego nie występuje zasadniczo w prawie administracyjnym, gdzie mowa jest o naruszeniu interesu prawnego (a nie o jego uszczerbku). Skoro jednak podstawą żądania strony w kontrolowanym postępowaniu administracyjnym jest uszczerbek w interesie prawnym to istnieje potrzeba dokonania analizy różnic w wymienionych sformułowaniach, w szczególności czy różnice te sprowadzają się tylko do warstwy językowej. Określając warunki skorzystania ze środków odwoławczych, o których mowa w art. 152 ustawy, ustawodawca posłużył się pojęciem uszczerbku interesu prawnego. Pojęcie to jest używane również w ustawie o zamówieniach publicznych. Wprawdzie w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych (art. 138 ustawy), nie ma jednak przeszkód, aby w analizie pojęcia występującego na gruncie innej ustawy posłużyć się argumentacją wypracowaną przez piśmiennictwo prawnicze i orzecznictwo, w takim zakresie, w jakim może ono mieć zastosowanie w odniesieniu do stosowania przepisu art. 152, w zw. z art. 154 ustawy. Zgodnie z dyrektywą wykładni językowej, jeżeli określony termin należy do terminów specyficznych w określonej dziedzinie wiedzy, to należy przyjąć, iż termin ten ma takie znaczenie, jak w tych dziedzinach (domniemanie znaczenia specjalnego). Jak wynika z piśmiennictwa i judykatury odnoszącej się do zamówień publicznych istotą badania uszczerbku interesu prawnego jest ustalenie czy na skutek naruszenia prawa nie nastąpił uszczerbek w możliwości uzyskania zamówienia, nie zaś jakkolwiek uszczerbek w interesie prawnym wykonawcy. Por. M. Stachowiak, J. Jerzykowski,*

W. Dzierzanowski, Prawo zamówień publicznych, komentarz, LEX, 2007, wyd. III. Podobny, bardziej ogólny pogląd zaprezentował Europejski Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z dnia 11 stycznia 2005 r. w sprawie C-26/03 „ Możliwość zaskarżenia przysługuje każdemu podmiotowi, który ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia publicznego i w przypadku gdy taki podmiot dozna uszczerbku lub zagraża mu doznanie uszczerbku w wyniku zarzucanego naruszenia (...)”. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu dotyczącym zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania organu administracyjnego, do obowiązków którego będzie należało zbadanie okoliczności podnoszonych w odwołaniu, a następnie ocena, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie takiego uszczerbku (...).”

W stosunku do zarzutów formułowanych przez Odwołującego się należy wskazać:

1. Odnosząc się do pierwszego z przedłożonych zarzutów – naruszenia art. 134 ust 1 ustawy, art. 148, art. 142 ust 5 pkt 1 i ust 6 ustawy, naruszenia § 6 i 9 *Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz.U. z 2008, nr 81, poz.484) oraz postanowienia zarządzenia nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 stycznia 2014 roku w zakresie postanowień wiersza nr 13 i 16 tabeli nr 1 załącznika nr 1 do w/w zarządzenia należy wskazać, iż Komisja konkursowa dokonała wnikliwej analizy stanu faktycznego (tj. udzielonych odpowiedzi ankietowych w korelacji z stanem faktycznym i prawnym, związanym bezpośrednio wystąpieniem pokontrolnym nr MOW WSOZ IV/III 443-1-2/13/UK z dnia 20.06.2013) i ustaliła, iż twierdzenia Odwołującego się nie znajdują odzwierciedlenia w zgromadzonej dokumentacji kontrolnej. Świadczeniodawca nie wnosił zastrzeżeń do negatywnie ocenianych elementów wystąpienia pokontrolnego oraz uiszczył nałożoną przez Oddział Funduszu karę umowną dotyczącą konkretnych elementów nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli. W piśmie z dnia 5 lipca 2013 roku Świadczeniodawca określił sposób wykonania zaleceń pokontrolnych. Dla porządku należy przytoczyć najbardziej istotne elementy z przeprowadzanej kontroli.

Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Krakowie przeprowadził w dniach: 12-15.03, 21-22.03, 25-26.03, 28.03 i 15-18.04.2013 r., w miejscu udzielania świadczeń – w siedzibie spółki SCANMED MULTIMEDIS Spółka Akcyjna, ul. A. Bochenka 12 w

Krakowie, kontrolę prawidłowości realizacji umowy nr 061/200629/POZ/02/2011 z dnia 24.03.2011 r., w zakresie: świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 100 000 osób - ryczałt miesięczny.

Okres kontroli od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. obejmował:

- ✓ dostępność i organizacja udzielania świadczeń /2 zespoły lekarsko-pielęgniarskie/ 1 zespół dodatkowy lekarsko-pielęgniarski/ - zgodność z ofertą i harmonogramem – zasoby (załącznik nr 2 do umowy),
- ✓ kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń,
- ✓ sposób sprawozdania do MOW NFZ i dokumentowania porad ambulatoryjnych, wizyt domowych i porad telefonicznych udzielonych przez lekarzy oraz porad ambulatoryjnych i wizyt domowych udzielonych przez pielęgniarki, sposób prowadzenia dokumentacji medycznej.

Okres kontroli: od 1 stycznia 2013 r. do dnia kontroli obejmował:

- ✓ warunki lokalowe;
- ✓ postanowienia PIS,
- ✓ certyfikat ISO,
- ✓ wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
- ✓ dostępność i organizacja udzielania świadczeń /2 zespoły lekarsko-pielęgniarskie/1 zespół dodatkowy lekarsko-pielęgniarski/ - zgodność z ofertą i harmonogramem –zasoby (załącznik nr 2 do umowy),
- ✓ kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń,
- ✓ sposób dokumentowania porad ambulatoryjnych, wizyt domowych i porad telefonicznych udzielonych przez lekarzy oraz porad ambulatoryjnych i wizyt domowych udzielonych przez pielęgniarki,
- ✓ sposób prowadzenia dokumentacji medycznej.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli MOW WSOZ IV/III 443-1-2/13, podpisanym przez Świadczeniodawcę 24.05.2013 r., Małopolski OW NFZ w Krakowie na podstawie art. 64 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przekazał Świadczeniodawcy wystąpienie pokontrolne. W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 20 czerwca 2013 roku negatywnie oceniono działania świadczeniodawcy w zakresie aktualizacji danych przekazywanych do Małopolskiego OW NFZ (niezgodność personelu udzielającego świadczeń z *Harmonogramem-zasoby* - załącznikiem nr 2 do umowy), ponieważ:

- W okresie 01.01.2013 r. do dnia kontroli, tj. 12.03.2013 r. świadczeń nie udzielali wykazani w załączniku nr 2 do umowy Harmonogram- zasoby – lekarze;
- Świadczeń udzielał personel niezgłoszony w załączniku nr 2 do umowy Harmonogram-zasoby do MOW NFZ, w zakresie lekarzy i pielęgniarek.

Świadczeniodawca wnioskami portalowymi ww. personel medyczny zgłosił dopiero 11.03.2013 r. oraz w trakcie czynności kontrolnych w dniu 13.03.2013 r.

- W okresie 01.01.2012 r. do 31.12.2012 r. świadczeń udzielał personel medyczny niewykazany w załączniku nr 2 do umowy Harmonogram-zasoby, zarówno lekarski jak i pielęgniarski.

Naruszało to przepis § 6.ust 1 i 2. załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz.484), zwanego dalej OWU oraz przepis § 2. ust. 1. i 2. oraz § 8 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Ponadto Małopolski OW NFZ negatywnie ocenił sprawozdawanie świadczeń do MOW NFZ, ponieważ stwierdzono:

- W roku 2012
 - a. brak sprawozdawczości: porad lekarskich ambulatoryjnych za grudzień 2012 r., wizyt pielęgniarskich udzielonych w trybie wyjazdowym w okresie: listopad, grudzień 2012 r. (z wyjątkiem sprawozdania po 5 wizyt w/w miesiącach).
 - b. błędy w sprawozdawczości dotyczące daty udzielonego świadczenia
- niezasadnie sprawozdano świadczenie
- W roku 2013 - brak sprawozdawczości: porad lekarskich wyjazdowych w okresie 1 - 10.01. 2013 r., wizyt pielęgniarskich udzielonych w trybie wyjazdowym w lutym 2013 r. (z wyjątkiem sprawozdania 5 wizyt).

We wskazanym wystąpieniu pokontrolnym negatywnie oceniono także sposób dokumentowania wizyt pielęgniarskich udzielonych ambulatoryjnie i w trybie wyjazdowym w 2012 r. i 2013 r., odnotowanych w dokumentacji zbiorczej pielęgniarskiej - przedłożonych Księgach zabiegów oraz prowadzenie księgi Wizyty Domowe – jednakże te zagadnienia nie odnoszą się w sposób bezpośredni do zarzutów stanowiących przedmiot odwołania.

W następstwie powyższego Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu w zaleceniach pokontrolnych dotyczących w/w zakresu uchybień wezwał Świadczeniodawcę do:

- Udzielanie świadczeń przez personel wskazany w załączniku do umowy oraz informowanie Małopolski OW NFZ o wszelkich zmianach związanych z działalnością Świadczeniodawcy objętą umową.
- Prowadzenie indywidualnej i zbiorczej dokumentacji zgodnie z wymogami.

- Sprawozdawanie świadczeń do MOW NFZ za dany okres sprawozdawczy podlegający rozliczeniu w ramach umowy oraz uzupełnienie brakującej sprawozdawczości za okres kontrolowany oraz korektę błędnie sprawozdanych świadczeń.

Jednocześnie Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na podstawie § 30 ust. 1 pkt. 3 lit. a i e *Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz.U. z 2008, nr 81, poz.484) nałożył na Odwołującego się karę umowną, za stwierdzone w czasie kontroli nieprawidłowości i tak odpowiednio do wskazanych uchybień obejmujących zakresem przedmiotowe odwołanie:

- za udzielanie świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadającym wymogom określonym w obowiązujących przepisach i umowie, tj.:
 1. za udzielanie świadczeń przez personel lekarski inny niż wykazany w umowie w roku 2013)
 2. za udzielanie świadczeń przez personel pielęgniarski inny niż wykazany w umowie w roku 2013)
 3. za udzielanie świadczeń przez personel lekarski inny niż wykazany w umowie w roku 2012)
 4. za udzielanie świadczeń przez personel pielęgniarski inny niż wykazany w umowie w roku 2012)
- za gromadzenie informacji, lub prowadzenie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa, tj.:
 1. za brak oraz błędy w sprawozdawczości w roku 2012;
 2. za brak sprawozdawczości w roku 2013.

Odwołujący się w złożonym odwołaniu wskazuje w odniesieniu do pytania dotyczącego „Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń?”, że „W tym wystąpieniu stwierdzono jedynie brak sprawozdawczości porad lekarskich ambulatoryjnych za grudzień 2012, wizyt pielęgniarskich udzielonych w trybie wyjazdowym w okresie listopad, grudzień 2012, błędy w sprawozdawczości dotyczące daty udzielonego świadczenia oraz niezasadnego udzielenia jednego świadczenia, w roku 2013 brak sprawozdawczości porad lekarskich wyjazdowych w okresie 1-10 styczeń oraz wizyt pielęgniarskich w lutym. A zatem wymienione błędy w sprawozdawczości nie mówią o nieprawidłowym

*kwalifikowaniu świadczeń i nie mogą być tak rozumiane. Kwalifikacja świadczenia to przyporządkowanie danego rzeczywiście wykonanego świadczenia do jednostki rozliczeniowej (punktu umownego) określonego w umowie łączącej nas z NFZ". W ocenie komisji konkursowej zakres przedmiotowy pytania mieści się w skali uchybień realizowanej przez Świadczeniodawcę. Ponadto kara umowna obejmowała konkretne elementy stwierdzonych nieprawidłowości – w tym wypadku nie znalazł zastosowania tryb zgodny z § 28 *Ogólnych warunków umów* o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż za powyższe uchybienia Świadczeniodawca obciążony już został karą umowną, która uiszczył. Kwestionowane świadczenie – którego opis znajduje się na str. 64, tabela nr 13 l.p. protokołu kontroli – opisane jest w ten sposób, że data wykonania świadczenia jest późniejsza niż data zgonu pacjenta wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Odwołujący się nie kwestionuje wystąpienia uchybienia w zakresie sprawozdania świadczenia które sprawozdaniu nie powinno podlegać, podnosi jedynie odmienną interpretację kwalifikacji tego uchybienia w kontekście pytania ankietowego. Innymi słowy ocena stanu faktycznego w ocenie komisji konkursowej i Odwołującego się jest różna i nie znajduje punktu styczności. Nie zmienia jednak postaci rzeczy fakt, iż świadczenie zostało sprawozdawane – mimo że nie było ku temu podstawy prawnej, a zatem przypisano mu błędną kwalifikację. Ponadto Odwołujący się nie wnosił w tej materii umotywowanych zastrzeżeń, godząc się tym samym z przypisaną kwalifikacją uchybienia oraz jego wykładnią opisaną w punkcie dotyczącym nieprawidłowości oraz sankcji za ich wystąpienie (określenie wysokości kary umownej i podstawy prawnej jej naliczenia). A zatem zarzut odwołującego się w tym zakresie nie zasługuje na uwzględnienie.*

Odwołujący się w złożonym odwołaniu wskazuje w odniesieniu do pytania dotyczącego „Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezgodność z NFZ zmianą harmonogramu udzielania świadczeń?”, że „uzgodnieniu z NFZ podlega wyłącznie zmiana czasu świadczenia usług (zmiana warunku określonego w umowie wymagająca zgody obu stron umowy), natomiast zmiany personelu są jedynie zgłaszane przez Świadczeniodawcę a nie uzgadniane przez strony umowy (NFZ może odmówić uwzględnienia w harmonogramie danej osoby, jeśli nie spełnia ona warunków wymaganych dla danego zakresu świadczeń” oraz „O ile zatem można twierdzić, że nie zostały zgłoszone zmiany w wykazie personelu, to nie można w tym przypadku mówić o niezgodności z NFZ zmiany harmonogramu udzielania świadczeń”

W tym miejscu należy podkreślić, że wystąpienie pokontrolne wyraźnie wskazuje na niezgodność personelu udzielającego świadczeń z harmonogramem-zasoby

(załącznikiem nr 2 do umowy), zarówno w zakresie nieudzielania świadczeń przez osoby wykazane w załączniku nr 2 do umowy jak i udzielania świadczeń przez personel niewykazany w przedmiotowym załączniku (dotyczy zarówno 2012 jak i 2013 roku). Ponadto trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że załącznik nr 2 do umowy Harmonogram-zasoby obejmuje zarówno skonkretyzowanie personelu (imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, specjalizacje, etc), z przyporządkowaniem dostępności tygodniowej/miejsc udzielania świadczeń poszczególnego personelu wykazanego do umowy jak i wykaz posiadanego sprzętu. Każdorazowa zmiana czy to dotycząca godzin udzielania świadczeń czy zmiana personalna osób wykazywanych w rzeczonym załączniku wymaga zgodnie z § 6 ust 2 *Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz.U. z 2008, nr 81, poz.484), zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia – ten fakt nie nastąpił i został potwierdzony w wystąpieniu pokontrolnym – trudno jest więc zgodzić się z twierdzeniem Odwołującego się negującym każdorazowo wystąpienie uchybień. W ślad za zgłoszeniem przez Świadczeniodawcę zmian w harmonogramie-zasoby zmiany te znajdują odzwierciedlenie poprzez sporządzenie przez Oddział Funduszu stosownego aneksu do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, sankcjonującego dokonane zmiany, który podpisany jest przez obydwie strony umowy tj. przez Świadczeniodawcę i Oddział Funduszu. Tak więc dla potwierdzenia zaistniałego stanu faktycznego wymagana jest akceptacja Dyrektora Oddziału dla dokonanych zmian, gdyż jak to podkreśla sam Odwołujący się – zmiana może obejmować wyłącznie personel o stosownych kwalifikacjach, niezbędnych w przedmiocie udzielanych świadczeń. Ponadto do Oddziału Funduszu w terminie określonym w art. 64 ust 8 ustawy nie wpłynęły umotywowane zastrzeżenia co do treści zawartych w wystąpieniu pokontrolnym, a jedynie informacja o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, a także co ważne - Świadczeniodawca uiścił karę umowną. Odwołujący się w złożonym odwołaniu enumeratywnie określa przesłanki nałożenia kary umownej, wskazując jednocześnie, iż nie dotyczyły one bezpośrednio czy pośrednio odpowiedzi na pytania ankietowe, gdy tymczasem wystąpienie pokontrolne stanowi tego wyraźne zaprzeczenie.

2. Odnosząc się do zarzutu naruszenia przez komisje konkursową art. 149 ust 1 pkt 2 ustawy należy wypunktować, iż, Odwołujący się podnosi argumentację „wskazaliśmy w proteście, że znane nam są przypadki z poprzednich postępowań konkursowych w

MOW NFZ w Krakowie, gdzie w sytuacjach takich jak w naszym przypadku, komisję konkursową MOW NFZ w Krakowie dokonywały jedynie zmiany błędnej odpowiedzi ankietowej, nie kwalifikując podobnych sytuacji jako „oferta zawierająca informację nieprawdziwą”. Jest to fakt niewątpliwy, któremu zapewne nie sposób zaprzeczyć”. Komisja konkursowa w swoich działaniach jest niezależna i suwerenna, w szczególności w kontekście odejmowanych decyzji. Zasadniczym zadaniem komisji konkursowej w takiej sytuacji jest zweryfikowanie stanu faktycznego - ściśle wg zapytania ankietowego w powiązaniu z dokumentacją będącą w posiadaniu Funduszu, dotyczącą konkretnego postępowania kontrolnego. W przypadku dotyczącym kontroli Świadczeniodawcy mamy do czynienia z sytuacją, w której kontrola się odbyła i zakończyła się wystąpieniem pokontrolnym - w którym stwierdzono określone nieprawidłowości. Zatem Oferent nie powinien zatajać tego oczywistego faktu, gdyż właśnie taka niezgodna z prawdą odpowiedź poskutkowała podjęciem przez komisję konkursową decyzji o odrzuceniu oferty na podstawie art. 149 ust 1 pkt 2 ustawy. Natomiast udzielenie odpowiedzi ankietowej zgodnej ze stanem faktycznym i prawnym (w kontekście przeprowadzonych skutecznie i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym kontroli Świadczeniodawcy) skutkowałoby jedynie niewielkim obniżeniem liczby punktów, jakie oferent może otrzymać w toku postępowania konkursowego, w zakresie pytań ankietowych o których mowa powyżej.

Ponadto w przypadku przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających istotny wpływ na zawarcie umowy w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia (§ 36 ust 1. pkt 7 *Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*). Stan faktyczny zakończonego postępowania kontrolnego jest jasny i nie budzi wątpliwości formalno-prawnych. Nadto komisja konkursowa jest suwerenna i niezależna w podejmowaniu decyzji związanych z prowadzonym postępowaniem konkursowym w każdym jego aspekcie.

Świadczeniodawca pomimo przeprowadzonych postępowania kontrolnych i stwierdzonych nieprawidłowości, zakończonych wystąpieniami pokontrolnymi udzielił negatywnych odpowiedzi na wskazane powyżej pytania ankietowe, co nie odzwierciedla stanu faktycznego i prawnego. Tak sformułowana przez Oferenta odpowiedź ankietowa ma bezpośredni wpływ na wynik prowadzonego postępowania i pozostaje w związku z dokonywaną przez komisję oceną punktową oferty. Stąd też analiza informacji zawartych w ofercie oraz stan faktyczny i prawny nie pozostawiają komisji konkursowej wątpliwości, iż w

zakresie tych dwóch pytań ankietowych Oferent podał nieprawdziwe informacje. W tym miejscu należy wskazać, że jeżeli Świadczeniodawca w toku realizacji umowy nie wywiązał się z tego obowiązku prawidłowej realizacji umowy, a powyższe zostało stwierdzone w wyniku kontroli przeprowadzonej przez OW NFZ (na tej podstawie została nałożona kara umowna, którą świadczeniodawca uiścił), wówczas należy przyjąć, iż Fundusz negatywnie ocenił realizację umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podnieść należy, iż powyższa kwestia dotyczy konkretnego świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku kontroli przeprowadzonej przez Fundusz stwierdzone zostały bowiem nieprawidłowości po stronie świadczeniodawcy realizującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, odniósł się powyżej do wszystkich elementów kwestionowanych przez Odwołującego. Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ zbadał wszystkie okoliczności istotne dla prawidłowego i pełnego rozstrzygnięcia oraz dokonał oceny dowodów, z uwzględnieniem wszystkich twierdzeń i zarzutów Odwołującego się. Organ ustalił w sposób jednoznaczny, że nie doszło do naruszenia przepisów prawa w tym zakresie obowiązujących, w tym w szczególności zasady równego traktowania Oferentów biorących udział w postępowaniu.

Powyższe stanowi o tym, że komisja konkursowa nie naruszyła zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ocena ta skutkuje uznaniem, że nie doszło do naruszenia interesy prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

p.o. DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie
Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska

Decyzje otrzymują:

1. SCANMED MULTIMEDIS SA, ul. Armii Krajowej 18, 30-150 KRAKÓW
2. OPC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ KRAKÓW SPÓŁKA KOMANDYTOWA, ul. Kordylewskiego 4, 31-542 Kraków
3. a/a

Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek składa się do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszej decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.