

Białystok, dnia 1 grudnia 2017r.

WOP.422.86.2017

Decyzja Nr 86/2017/AOS
Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1938 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017r. poz. 1257), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez **TMS Diagnostyka Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością**, ul. Wiertnicza 84, 02-952 Warszawa, zwaną dalej „Odwołującym”, od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000478/AOS/02/3/02.7220.072.02/01, w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie: badania tomografii komputerowej (TK), na obszarze powiatów: białostocki, Białystok, moniecki, sokólski

Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddala odwołanie.

Uzasadnienie

W dniu 18 października 2017r. Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ogłosił postępowanie o kodzie 10-17-000478/AOS/02/3/02.7220.072.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie na obszarze powiatów: białostocki, Białystok, moniecki, sokólski, w okresie od 1 grudnia 2017r. do 30 czerwca 2018r., świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie: badania tomografii komputerowej (TK).

W ogłoszeniu przedmiotowego postępowania podano wartość zamówienia nie większą niż 43 952,00 PLN, na okres rozliczeniowy od 1 grudnia 2017r. do 31 grudnia 2017r. oraz wskazano iż po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawarta maksymalnie 1 umowa. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 2 listopada 2017r.

Na przedmiotowe postępowanie wpłynęły 2 oferty, w tym oferta Odwołującego nr 10-17-000478[02/3]-0002/00.

Komisja konkursowa prowadząca niniejsze postępowanie działała na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. poz. 1980 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem o pracach komisji”.

Otwarcie ofert nastąpiło 6 listopada 2017r.

W części jawnej postępowania, w dniu 6 listopada 2017r. komisja konkursowa stwierdziła, iż oferta Odwołującego zawiera wszystkie dokumenty formalno-prawne.

Następnie dnia 8 listopada 2017r. komisja konkursowa wezwała Odwołującego do przedłożenia oświadczeń wykazanych w ofercie lekarzy potwierdzających doświadczenie w wykonywaniu i opisywaniu badań tomografii komputerowej u dzieci w wieku do 7 lat, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie oraz potwierdzonej za zgodność z oryginałem kopii Certyfikatu ISO 27001, w terminie do dnia 10 listopada 2017r. Stosowne oświadczenie wpłynęło do komisji konkursowej we wskazanym przez nią terminie. Jednocześnie, w piśmie z dnia 8 listopada Odwołujący oświadczył, iż omyłkowo zaznaczył w ankiecie, że posiada Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji. Następnie, w dniu 10 listopada 2017r. komisja konkursowa, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym, przeprowadziła weryfikację w miejscu udzielania świadczeń przez Odwołującego, podczas której zobowiązała Odwołującego do przedstawienia dokumentów i wyjaśnień na potwierdzenie danych przedstawionych w ofercie. Dnia 13 listopada 2017r. Odwołujący przedłożył dodatkowe dokumenty potwierdzające posiadanie odrębnej aplikacji służącej realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, decyzje Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora w Białymstoku na uruchomienie pracowni rentgenowskiej oraz stosowanie aparatów rentgenowskich, oświadczenie o posiadaniu sprzętu wraz z jego wykazem, umowę o udzielanie świadczeń medycznych z dnia 1 grudnia 2015r. zawartą z firmą Specjalistyczny Anestezjologiczny Zakład Opieki Zdrowotnej AnestMed Piotr Gałkin, wykaz pracowników oraz księgę Pracowni Diagnostycznej z wybranymi procedurami wg klasyfikacji ICD-9. W wyniku przeprowadzonej u Odwołującego weryfikacji w miejscu udzielania świadczeń, po dokonaniu analizy treści oferty, wyjaśnień oraz dokumentów przedłożonych przez Odwołującego, w związku ze stwierdzeniem, iż jego oferta zawiera nieprawdziwe informacje, na posiedzeniu w dniu 15 listopada 2017r. komisja konkursowa, podjęła decyzję o odrzuceniu oferty Odwołującego, zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach. O powyższym fakcie Odwołujący został poinformowany „Zawiadomieniem oferenta o odrzuceniu oferty” z dnia 15 listopada 2017r. W związku z powyższym oferta Odwołującego nie brała udziału w dalszej części postępowania.

Dnia 16 listopada 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania konkursowego, w wyniku którego do zawarcia umowy został wybrany Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

Dnia 24 listopada 2017r. (data nadania: 23 listopada 2017r.) do Podlaskiego OW NFZ wpłynęło odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000478/AOS/02/3/02.7220.072.02/01, w którym Odwołujący zarzucił naruszenie interesu prawnego poprzez bezzasadne odrzucenie jego oferty przez komisję konkursową, która nie wzięła pod uwagę wszystkich okoliczności sprawy i nie żądała od Odwołującego dodatkowych wyjaśnień co do podanych w ofercie oświadczeń. Uzasadniając powyższe i odnosząc się do poszczególnych kwestii, uznanych przez komisję konkursową za podanie informacji nieprawdziwych, Odwołujący przedstawił następującą argumentację:

- 1) oświadczył, iż posiada wszelką niezbędną infrastrukturę do udzielania kompleksowego świadczenia anestezjologicznego, w tym pokój przygotowania pacjenta/salę badań, aparat do znieczulania ogólnego wraz z monitoringiem, odpowiednie ciśnieniomierze, wenflony,

środki dezynfekcyjne, itp., natomiast udzielania świadczeń przez wskazanego w formie „samozatrudnienia” lekarza nie można traktować jako podwykonawstwa;

2) podniósł również, iż odrzucenie oferty z powodu nieprawdziwych informacji podanych w ofercie w zakresie kontroli Odwołującego było niezgodne ze stanem faktycznym, gdyż wystąpienie pokontrolne z dnia 13 stycznia 2015r. oceniało realizację umowy jako „pozytywnie z nieprawidłowościami”, które to nieprawidłowości miały charakter incydentalny, co skutkowało uznaniem niewielkich kwot za nienależne i odstąpieniem od ukarania Odwołującego, odrzucenie za nieprawidłowości sprzed ponad pięciu lat jest przejawem skrajnego formalizmu, który nie przyświecał Ministrowi Zdrowia przy ustalaniu zasad funkcjonowania komisji konkursowych;

3) zgłosił zastrzeżenia do oceny komisji konkursowej w zakresie stwierdzonego braku stanowiska do znieczulenia ogólnego, podnosząc, iż żądanie przedstawienia przez Odwołującego stanowiska znieczulenia stosownego do oddziałów intensywnej opieki szpitalnej było niewłaściwe, bowiem podczas usług ambulatoryjnych prowadzi się znieczulenie poprzez sedację i nie wykonuje się znieczuleń takich, jak dla świadczeń szpitalnych;

4) wskazał na nieprawidłową ocenę systemu informatycznego umożliwiającego prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), gdyż z oświadczenia producenta oprogramowania załączonego do odwołania jednoznacznie wynika, że oprogramowanie spełnia wymogi ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia zgodnie z art.11 ust. 1 tej ustawy.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W myśl art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach, stronami postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu. Tym samym w niniejszym postępowaniu stronami są:

- 1) TMS Diagnostyka Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Wiertnicza 84, 02-952 Warszawa;
- 2) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok.

Pismem z dnia 24 listopada 2017r. strony niniejszego postępowania zostały zawiadomione, że zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego, zwanym dalej „kpa”, przysługuje im prawo do czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji przez Dyrektora Oddziału w przedmiotowej sprawie istnieje możliwość wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Po rozpatrzeniu odwołania Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zważył co następuje:

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach - świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art.153 i 154.

W myśl art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu odwołanie w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

Wskazać należy, że Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umowy 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 powołanej przez dyrektora OW Funduszu. Dyrektor bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, winni byli spełnić wymagania wynikające z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym wymagania określone przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016r., poz. 357 ze zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem ambulatoryjnym”, a także wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

1. Zarządzeniu Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zmienionym Zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016r., Zarządzeniem Nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem", Zarządzeniem Nr 62/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017r., zwanym dalej „warunkami zawierania i realizacji umów”.

2. Zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionym Zarządzeniem Nr 19/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2017r., zwanym dalej „warunkami postępowania”.

Powyższe zarządzenia zostały wydane przez Prezesa NFZ w oparciu o delegację ustawową określoną w art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Ocena ofert w postępowaniu dokonywana była natomiast w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.), zwane dalej „kryteriami oceny ofert”.

Ogłoszenie o konkursie ofert, zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 6 rozporządzenia o pracach komisji, zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, w tym powyższych zarządzeń.

Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie z dnia 31 października 2017r. zgodne z załącznikiem nr 3 do warunków postępowania, w którym w punkcie 1 stwierdził: „zapoznałem się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania”, oświadczając jednocześnie w pkt 13,

że „*dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym*”.

Zgodnie z zał. nr 2 do kryteriów oceny ofert, tj. „Wykazem szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna”, w przedmiotowym postępowaniu konkursowym w kryterium jakości oferenci mogli otrzymać dodatkowe punkty rankingujące ofertę m.in. za *Zapewnienie stanowiska znieczulenia ogólnego – w miejscu udzielania świadczeń (10 pkt)* oraz za *Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku (5 pkt)*.

Każdy z oferentów mógł otrzymać w tym kryterium również punkty ujemne, związane z realizacją dotychczasowej umowy, a wynikające z przeprowadzonych kontroli. Jednym z warunków skutkującym przyznaniem ofercie punktów ujemnych było m.in. *Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli (2 pkt ujemne)*.

Jednocześnie, dodatkowe punkty w kryterium kompleksowości przysługiwały w przypadku *Realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a pkt 3 rozporządzenia ambulatoryjnego (2 pkt)*.

W odniesieniu do powyższych warunków, Odwołujący w części ankietowej swojej oferty, złożył następujące oświadczenia:

- 1) na pytanie zawarte w rozdziale 2.4 – Sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia w VIII części formularza ofertowego – Ankiety: „2.4.2. *Stanowisko znieczulenia ogólnego - w miejscu udzielania świadczeń.*” udzielił odpowiedzi: „Tak”.
- 2) na pytanie zawarte w rozdziale 2.5 – Pozostałe warunki w VIII części formularza ofertowego – Ankiety: „2.5.3. *Prowadzenie dokumentacji medycznej*” udzielił odpowiedzi: „*Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.*”.
- 3) na pytanie zawarte w rozdziale 2.2 – Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości w VIII części formularza ofertowego - Ankiety: „2.2.10. *Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.*” udzielił odpowiedzi: „Nie”.
- 4) na pytanie zawarte w rozdziale 1.1 - Sposób wykonywania umowy w VIII części formularza ofertowego - Ankiety: „1.1.1. *Realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a pkt 3 rozporządzenia ambulatoryjnego.*” udzielił odpowiedzi: „Tak”.

W dniu 10 listopada 2017r. podczas weryfikacji Odwołującego, dokonując sprawdzenia czy zgodnie z danymi zawartymi w ofercie posiada stanowisko znieczulenia ogólnego w miejscu udzielania świadczeń, komisja konkursowa dokonała następujących ustaleń faktycznych. Osoba upoważniona przez Odwołującego nie okazała aparatu do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym w miejscu udzielania świadczeń – potwierdzając ustalenia komisji, iż nie posiadają aparatu do znieczuleń do TK, bowiem aparat do znieczuleń w tych badaniach przynosi anestezjolog. W pracowni TK znajdowały się inne elementy wyposażenia stanowiska znieczuleń – bez aparatu. Jedynym okazanym komisji aparatem był używany do badań MRI aparat DRAGER, znajdujący się w pracowni MRI (poza miejscem udzielania świadczeń TK) i używany tylko do badań rezonansu magnetycznego. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w załączniku do wyniku weryfikacji oferenta, potwierdzonym podpisem osoby upoważnionej przez Odwołującego.

W związku z powyższym nie ulega wątpliwości, iż skoro Odwołujący nie przedstawił podczas weryfikacji podstawowego elementu stanowiska do znieczulenia ogólnego, jakim jest aparat dedykowany do dokonywania takiego znieczulenia, to w rzeczywistości nie wykazał, iż jego odpowiedź ofertowa, iż zapewnia „stanowisko znieczulenia ogólnego - w miejscu udzielania świadczeń” była prawdziwa i zgodna ze stanem faktycznym.

Należy jednocześnie zauważyć, że podawana przez Odwołującego kilkakrotnie okoliczność, iż na potrzeby usług ambulatoryjnych Odwołujący posiada odpowiednie stanowisko znieczulenia ogólnego, czyli personel oraz infrastrukturę – w tym aparat do znieczulania ogólnego wraz z monitoringiem, która nie znalazła potwierdzenia podczas weryfikacji w zakresie badań tomografii komputerowej (TK), być może jest prawdziwa, ale w zupełnie innym zakresie świadczeń ambulatoryjnych – badań rezonansu magnetycznego, skoro komisji konkursowej okazano jako aparat do znieczuleń aparat używany w badaniach RM. Nie zmienia to jednakże faktu, że Odwołujący nie okazał stanowiska znieczulenia ogólnego przeznaczonego dla badań TK w miejscu udzielania tych świadczeń – jak deklarował w ofercie.

W odniesieniu do zastrzeżeń Odwołującego, który podnosi że w przepisach dotyczących organizowania świadczeń zdrowotnych o charakterze diagnostyczno-ambulatoryjnym nie ma obowiązku posiadania stanowiska znieczulenia, stosownego do oddziałów intensywnej opieki medycznej, tym bardziej że nie ma w ankiecie specyfikacji tego stanowiska, stwierdzić należy, że użyta przez niego argumentacja nie znajduje odzwierciedlenia w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawnych. W celu spełniania warunków dodatkowo ocenianych, obowiązujących w postępowaniu konkursowym, niezbędna jest znajomość pojęć z zakresu prawa powszechnie obowiązującego, których definicje lub opisy znajdują się w innych aktach prawnych niż tylko kryteria oceny ofert i odpowiadające im pytania ankietowe.

Na wstępie przytoczyć należy, że zgodnie z art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016r. poz. 1638 ze zm.) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych). Warunki, jakie powinno spełniać stanowisko znieczulenia ogólnego dla świadczeń w ambulatorium wynikają z § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z dnia 29 grudnia 2016r. (Dz.U. poz. 2218), zgodnie z którym standardy określone w § 9 pkt 5 i 7-15 oraz wymagania

dotyczące wyposażenia stanowiska znieczulenia określone w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia o tytule „Warunki ogólne dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci oraz oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu”, stosuje się w:

- 1) ambulatorium lub zakładzie leczniczym, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne,
- 2) pomieszczeniach, w których jest wykonywana praktyka zawodowa - w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji.

W ww. załączniku, w tabeli określającej warunki wymagane, pod literą C, prawodawca podał obligatoryjne elementy wyposażenia stanowiska znieczulenia – które są zgodne z wykazem, jakim dysponowała komisja konkursowa podczas weryfikacji Odwołującego.

Punkt 1 tej części załącznika jako warunek wymagany dla stanowiska znieczulenia ogólnego wyraźnie określa „aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym”.

Jednocześnie przedmiotowe rozporządzenie dokonuje wyraźnego rozróżnienia pomiędzy sedacją, a anestezją.

„§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) anestezja - wykonywanie znieczulenia ogólnego lub regionalnego do zabiegów operacyjnych oraz do celów diagnostycznych lub leczniczych; (...)
- 8) sedacja - działanie mające na celu zniesienie niepokoju, strachu oraz wywołanie uspokojenia pacjenta. (...)

W związku z powyższym nieuprawnione jest również twierdzenie Odwołującego, iż podczas usług ambulatoryjnych prowadzi się znieczulenie przez sedację i nie wykonuje się znieczuleń takich, jak dla świadczeń szpitalnych.

Bezsprzeczne jest zatem, iż komisja konkursowa na podstawie kryteriów oceny ofert obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu oraz na podstawie przepisów określających standardy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla świadczeń ambulatoryjnych, jakimi są świadczenia badań tomografii komputerowej (TK), miała prawo żądać od Odwołującego okazania stanowiska znieczulenia ogólnego w miejscu udzielania świadczeń. W obliczu okoliczności, iż Odwołujący nie posiadał stanowiska znieczulenia ogólnego w miejscu udzielania świadczeń, pomimo deklarowania w ofercie tego warunku dodatkowo punktowanego, jego oferta zawierała informacje nieprawdziwe.

Wskazać należy, że już ustalenie tej jednej niezgodności pomiędzy stanem rzeczywistym, a stanem wykazanym w ofercie determinowało konieczność odrzucenia oferty Odwołującego na podstawie art. 149 ust.1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje. Wbrew twierdzeniom Odwołującego tego faktu nie zmieniałyby dodatkowe wyjaśnienia, bowiem konstrukcja tego przepisu obliguje komisję do odrzucenia oferty, nie pozostawiając jej żadnej dowolności w tym zakresie.

Kolejną informacją nieprawdziwą okazała się odpowiedź ankietowa, potwierdzająca realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a pkt 3 rozporządzenia ambulatoryjnego. Została ona dodatkowo potwierdzona w ofercie oświadczeniem Odwołującego z dnia 31.10.2017r. iż „(...) TMS Diagnostyka Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, będzie wykonywała umowę samodzielnie bez zlecenia podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy Ambulatoryjna

Opieka Specjalistyczna Badania Tomografii Komputerowej (TK); kod postępowania 10-17-000478/AOS/02/3/02.7220.072.02/01". Z uwagi na fakt, iż w dniu 10 listopada 2017r. w czasie weryfikacji stanowiska znieczulenia ogólnego w miejscu udzielania świadczeń komisja konkursowa pozyskała informację, że „anestezjolog przychodzi w razie potrzeby z pełnym wyposażeniem (vide: wynik weryfikacji oferenta) oraz że „aparat do znieczulenia w badaniach CT przynosi anestezjolog” (vide: załącznik do wyniku weryfikacji oferenta), a następnie 13 listopada 2017r. wpłynęła potwierdzająca to umowa z podwykonawcą, po ustaleniu tych okoliczności okazało się, że oferta jest w tym zakresie niezgodna ze stanem faktycznym.

W odpowiedzi na zarzuty Odwołującego, podnoszącego, iż komisja konkursowa nie powinna traktować samozatrudnienia anestezjologa jako podwykonawstwo, stwierdzić należy, iż pozyskane podczas weryfikacji w miejscu udzielania świadczeń informacje o tym, że aparat do znieczulenia ogólnego, będący podstawowym elementem opisanego wyżej stanowiska znieczulenia ogólnego przynosi anestezjolog, jak i zawarta z nim umowa o udzielaniu świadczeń medycznych z dnia 01.12.2015r. wskazują na pełne podwykonawstwo tej usługi medycznej, którą zgodnie z oświadczeniem o samodzielnej realizacji umowy powinien zapewnić Odwołujący. Zgodnie z zapisami przedmiotowej umowy zawartej pomiędzy Odwołującym a firmą Specjalistyczny Anestezjologiczny Zakład Opieki Zdrowotnej AnestMed Piotr Gałkin, przyjmujący zamówienie zobowiązał się do kompleksowych świadczeń anestezjologicznych dla pacjentów udzielającego zamówienia, mających wykonywane badania z zakresu tomografii komputerowej oraz wymagających zastosowania procedury znieczulenia ogólnego w trakcie wykonywania tych badań. W § 1 ust. 1 lit b umowy wskazano wyczerpujący katalog czynności, będących elementami kompleksowego świadczenia anestezjologicznego, w tym również zabezpieczenie pielęgniarki anestezjologicznej oraz zabezpieczenie własnych środków farmaceutycznych, materiałów medycznych oraz sprzętu medycznego niezbędnych do zastosowania w trakcie świadczenia. Skoro Odwołujący nie posiadał własnego sprzętu niezbędnego do udzielania znieczulenia ogólnego i zawarł umowę zobowiązującą inny podmiot do udzielania kompleksowego świadczenia anestezjologicznego, bez wątpienia nie zapewniał wykonania przedmiotu zamówienia samodzielnie. W kontekście oceny samodzielnego wykonywania umowy przez Odwołującego nie ma znaczenia akcentowana przez niego okoliczność, iż dysponował niektórymi elementami stanowiska znieczulenia ogólnego, bowiem powodem zlecenia całości usługi podwykonawcy był fakt, że nie zabezpieczał świadczenia anestezjologicznego wchodzącego w zakres przedmiotowy przysiężnej umowy korzystając z własnych zasobów osobowo-sprzętowych, których nie posiadał.

Rozpatrując kolejną przesłankę, która była powodem odrzucenia oferty, czyli podanie nieprawdziwych informacji odnoszących się do kontroli realizowanej przez Odwołującego umowy, przede wszystkim należy przywołać zapisy zawarte w kryteriach oceny ofert.

W załączniku nr 2 do kryteriów oceny ofert, w tabeli nr 2 „AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AOS) – część wspólna – część I „Jakość – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości” zostały podane poszczególne nieprawidłowości, których wystąpienie powinno być zostać ujawnione podczas udzielania odpowiedzi w części ankietowej oferty, a skutkowałoby przyznaniem oferentowi punktów ujemnych:

1. Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli. (1 punkt ujemny)

2. Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli. *(1 punkt ujemny)*
3. Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie – tylko na podstawie kontroli. *(1 punkt ujemny)*
4. Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty. *(1 punkt ujemny)*
5. Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym. *(2 punkty ujemne)*
6. Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach. *(2 punkty ujemne)*
7. Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy. *(2 punkty ujemne)*
8. Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli. *(1 punkt ujemny)*
9. Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową. *(2 punkty ujemne)*
10. Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli. *(2 punkty ujemne)*
11. Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego. *(2 punkty ujemne)*
12. Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych. *(2 punkty ujemne)*
13. Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach. *(2 punkty ujemne)*
14. Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli. *(2 punkty ujemne)*

Szczegółowe określenie nieprawidłowości, za które oferentowi przysługują punkty ujemne, wyraźnie wskazuje, że intencją prawodawcy nie była całościowa ocena kontroli realizacji umowy, ale kontrola każdej ze stwierdzonych nieprawidłowości oddzielnie.

Na podstawie § 8 kryteriów oceny ofert kryterium "jakość - wyniki kontroli" jest spełnione, jeżeli nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z wystąpieniem pokontrolnym z dnia 13 stycznia 2015r., które zostało doręczone Odwołującemu w dniu 16.01.2015r. - Postępowanie kontrolne nr: 10-WSOZK-0943-083-9/2014 dotyczyło prawidłowości realizacji w latach 2010 – 2013 trzech umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: badania tomografii komputerowej, zawartych przez Odwołującego z Podlaskim OW NFZ: umowy nr 10-00-02649-09-02-02/03 zawartej w dniu 31 grudnia

2008r.(ze zm.), umowy nr 10-00-02649-09-03-02/03 zawartej w dniu 8 maja 2009r. (ze zm.), oraz umowy **nr 10-00-02649-12-04-02/03 zawartej w dniu 30 grudnia 2011r.** (ze zm.), która jest nadal realizowana i realizowana była w dniu złożenia oferty.

Pomimo całościowej oceny aktualnie obowiązującej umowy (określonej jako pozytywnie z nieprawidłowościami) Odwołujący został oceniony **negatywnie** pod względem kryterium legalności, rzetelności i celowości działań podmiotu kontrolowanego, w przedmiocie kwalifikacji świadczeń do poszczególnych kodów określonych w zał. nr 1 część b do Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o numerach 81/2011/DSOZ (ze zm.) oraz 71/2012/DSOZ (ze zm.), w tym świadczeń wykonanych w Pracowni Tomografii Komputerowej nr 1 w Białymstoku przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A w 2012r., co skutkowało przekazaniem nienależnych środków finansowych. (vide: wystąpienie pokontrolne - strona 25 i następne). Z powyższego wystąpienia pokontrolnego (vide: str. 33) jednoznacznie wynika, że w związku ze stwierdzonymi w powyższym zakresie nieprawidłowościami na Odwołującego została nałożona kara umowna na podstawie § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c) oraz pkt 3 lit a) załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81 poz.484).

Biorąc pod uwagę jawność kryteriów oceny ofert oraz szczegółową zawartość pytań ankietowych nie budzi wątpliwości, że w przedstawionym stanie faktycznym na pytanie ankietowe „2.2.10. Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.” Odwołujący powinien udzielić odpowiedzi twierdzącej, podczas gdy odpowiedział „Nie”, tym samym podając informacje nieprawdziwe.

Zarzuty Odwołującego, oparte na tym, że ogólna ocena kontroli realizacji umowy była pozytywna z nieprawidłowościami są bezpodstawne z uwagi na fakt szczegółowych zapisów zawartych w kryteriach oceny ofert i pytaniach ofertowych, jak i zapisów wystąpienia pokontrolnego, umożliwiających identyfikację poszczególnych nieprawidłowości. Trudno również nie zauważyć obciążenia za nieprawidłowości karą umowną, pomimo, iż Odwołujący podaje że takiej kary nie otrzymał. Nie ma również znaczenia okoliczność, że nieprawidłowości dotyczyły realizacji umowy sprzed pięciu lat, skoro warunkiem przyznania się do tych nieprawidłowości w pytaniach ankietowych jest realizowanie tej umowy w chwili złożenia oferty – a taka umowę posiadał i posiada Odwołujący.

Tym bardziej nie można uznać stanowiska Odwołującego, który dokonywanie przez komisję konkursową oceny zgodnie z zapisami obowiązującego prawa kwalifikuje jako przejaw skrajnego formalizmu, przypisując prawodawcy inne intencje, niż zostały przez niego określone kryteriami oceny ofert.

W odniesieniu do odpowiedzi ankietowej, w której Odwołujący zagwarantował „Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku”, należy zauważyć, że w toku postępowania konkursowego, pomimo wezwania komisji konkursowej do złożenia dokumentów potwierdzających prowadzenie takiej dokumentacji, nie zostały one przez Odwołującego przedłożone.

Zgodnie z kryteriami oceny ofert w przedmiotowym postępowaniu konkursowym

dodatkowo punktowane były dwie formy prowadzenia dokumentacji medycznej:

1. *Prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku - 3 punkty*
2. *Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które są wystawiane co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku. – 5 punktów.*

Do drugiego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2017r. poz. 1845), zwanej dalej „ustawą o systemie informacji”. Należy zauważyć, że z chwilą wejścia w życie ustawy z dnia 20 lipca 2017r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1524) tj. od dnia 25 sierpnia 2017r., zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy o systemie informacji elektroniczną dokumentacją medyczną są dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP:

- a) umożliwiające usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, z wyłączeniem zleceń na wyroby medyczne,
- b) określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13a.

Oznacza to, że powyższy warunek należy uznać za spełniony, gdy prowadzona dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 11 ust. 1 ustawy o systemie informacji, opatrywania jest kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP przez wszystkie osoby dokonujące wpisów w dokumentacji medycznej.

Dokumenty i wyjaśnienia, które przedstawił Odwołujący dnia 13 listopada 2017r., odnoszące się tylko do sprzętu i oprogramowania, nie potwierdziły spełniania warunku, zadeklarowanego przez Odwołującego w ofercie, zatem również w tym przypadku zaistniała przesłanka podania przez Odwołującego informacji nieprawdziwych.

Nie można zatem uznać zarzutu Odwołującego o nieprawidłowej ocenie posiadanego przez TMS systemu informatycznego, bowiem powodem uznania, że Odwołujący podał informacje nieprawdziwe było nieudowodnienie prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w sposób wskazany w ustawowym kryterium oceny. Dołączone do odwołania pismo firmy Pixel Technology Sp. z o.o. z dnia 14 listopada 2017r., dotyczące tylko i wyłącznie oprogramowania, oprócz faktu, iż zostało przedstawione po zakończeniu konkursu i nie może być uznane jako dowód znany komisji konkursowej w czasie prowadzenia postępowania, nie potwierdza również, iż Odwołujący prowadzi elektroniczną dokumentację medyczną w sposób wymagany przez ustawę o systemie informacji.

Dokumentacja zgromadzona w postępowaniu konkursowym jednoznacznie wskazuje, iż udzielone przez Odwołującego cztery odpowiedzi ankietowe zawarte w ofercie nie były zgodne ze stanem faktycznym, ustalonym przez komisję konkursową, zatem spełniały przesłankę podania przez Odwołującego informacji nieprawdziwych.

Postępowanie komisji konkursowej, która w drodze odrzucenia oferty wyeliminowała z uczestnictwa w przedmiotowym postępowaniu konkursowym Odwołującego z powodu podania przez niego informacji nieprawdziwych należy uznać za prawidłowe. Nie ulega

wątpliwości, że każdy z oferentów, składając oświadczenia w części ankietowej oferty, powinien dysponować dowodami na faktyczne potwierdzenie tych deklaracji. Komisja konkursowa miała pełne uprawnienie do traktowania złożonych przez Odwołującego oświadczeń ankietowych za wiarygodne, co np. w przypadku nieprzeprowadzania weryfikacji oferenta w miejscu udzielania świadczeń (która nie jest obligatoryjna), zagwarantowałoby mu otrzymanie nienależnych punktów rankingujących. Zatem nie ulega wątpliwości, iż po ustaleniu, że informacje, w oparciu o które Odwołujący rankingował swoją ofertę w konkursie okazały się nieprawdziwe, oferent ten powinien ponieść negatywne skutki w postaci odrzucenia jego oferty w całości.

Z dokumentacji konkursowej wynika, że komisja konkursowa stosowała jednolite zasady obu ofert biorących udział w postępowaniu konkursowym, zatem w pełni zastosowała zasady równego traktowania oferentów określone w art. 134 ustawy o świadczeniach. Oferta kontroferenta - SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, została sprawdzona pod względem sprawdzenia wymogów formalnych, co potwierdziło, iż zawierała wszelkie niezbędne dokumenty. W dniu 10 listopada 2017r. odbyła się u niego również weryfikacja oferty w miejscu udzielania świadczeń, w czasie której komisja konkursowa potwierdziła m.in. posiadanie przez tego oferenta stanowiska do znieczulenia ogólnego w pracowni TC (vide: załącznik do wyniku weryfikacji oferenta). W związku z powyższym nie znajduje potwierdzenia w stanie faktycznym informacja podana przez Odwołującego, że wybrany oferent nie posiada w pracowni TK stanowiska znieczulania ogólnego, a korzysta wyłącznie ze stanowiska na OIOM. Dnia 14 listopada 2017r. komisja konkursowa otrzymała pozostałe wyjaśnienia kontroferenta w zakresie złożonej oferty, które potwierdziły prawdziwość złożonych przez niego oświadczeń ofertowych, co ostatecznie w związku z odrzuceniem oferty Odwołującego, przesądziło o wyborze do zawarcia umowy SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

Po przeprowadzeniu analizy akt sprawy Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ stwierdził, iż postępowanie konkursowe było prowadzone zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach, warunkach postępowania i warunkach zawierania umów. Oferta Odwołującego została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców zasad określonych w przepisach prawa. Należy przy tym podkreślić, iż Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust.1 ustawy o świadczeniach był uprawniony do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, zaś Odwołujący w oświadczeniu załączanym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz że przyjmuje je do wykonania.

Reasumując, należy podkreślić, iż Odwołujący nie wykazał, aby Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadzając postępowanie konkursowe naruszył jego zasady wynikające z ustawy o świadczeniach, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie lub dokumentów wydanych przez Prezesa Funduszu. W szczególności nie wykazano naruszenia podstawowych zasad takich jak równe traktowanie świadczeniodawców, niezmienność warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania oraz przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur. W związku z tym nie został naruszony interes prawny Odwołującego.

Wobec powyższego, przy braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach należy stwierdzić, jak w sentencji.

Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust. 4 i ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1938 ze zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji.

W trakcie biegu powyższego terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec organu, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia organowi oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna, co oznacza, iż decyzja podlega natychmiastowemu wykonaniu i brak jest możliwości zaskarżenia decyzji do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Nie jest możliwe skuteczne cofnięcie oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Na podstawie art. 52 § 3, 53 § 1, 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2017r. poz. 1369 ze zm.) jeżeli strona nie chce skorzystać z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, może wnieść do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku (ul. H. Sienkiewicza 84, 15-950 Białystok) skargę na niniejszą decyzję w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok. Wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu.

Z up. DYREKTORA
Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Adam Robert Wiński
Zastępca Dyrektora ds. Medycznych

Otrzymują:

1. TMS Diagnostyka Sp. z o. o., ul. Wiertnicza 84, 02-952 Warszawa.
2. SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok.
3. a/a.