

Szczecin, dnia 19 czerwca 2019 r.

WO.4210.5.2019
REH-485-1**Szanowny Pan**
Piotr Łoziński
Reha-Medica
Centrum Rehabilitacyjno
Medyczne
ul. Kościuszki 57
78-400 Szczecinek**DECYZJA****Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego**
Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) w związku art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 ze zm.) po rozpatrzeniu odwołania wniesionego w dniu 11 czerwca 2019 r. przez Piotra Łozińskiego Reha Medica Centrum Rehabilitacyjno Medyczne, ul. Kilińskiego 2A, 78-400 Szczecinek od rozstrzygnięcia postępowania nr 16-19-000485/REH/05/1/05.1310.209.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu 3215 szczecineckiego

oddalam odwołanie**Uzasadnienie**

Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w dniu 15 lutego 2019 r. ogłosił postępowanie nr 16-19-000485/REH/05/1/05.1310.209.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia domowa w tym fizjoterapia domowa dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze powiatu 3215 szczecineckiego. Wartość zamówienia wynosiła nie więcej niż 105 097,30 PLN na okres rozliczeniowy od 2019-07-01 do 2019-12-31. Okres obowiązywania umowy od 2019-07-01 do 2024-06-30. W wyniku postępowania możliwe było zawarcie 1 umowy.

Postępowanie prowadzone było zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwaną dalej ustawą. W postępowaniu mogli brać udział oferenci spełniający warunki zawarte w aktach prawnych, podanych w ogłoszeniu o postępowaniu tj.:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 06.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. 2018 r. poz. 465 ze zm.).
2. Zarządzenie nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.05.2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (ze zm.).
3. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 05.08.2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 r. poz. 1372 ze zm.);
4. Zarządzeniu nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14.03.2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.).

Na ogłoszone postępowanie oferty zostały złożone przez:

1. Szpital w Szczecinku Sp. z o. o. , ul. Kościuszki 38, 78-400 Szczecinek
2. Piotr Łoziński Reha Medica Centrum Rehabilitacyjno Medyczne, ul. Kilińskiego 2A, 78-400 Szczecinek.

Rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania nastąpiło na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy w dniu 4 czerwca 2019 r., komisja wybrała ofertę Szpitala w Szczecinku Sp. z o. o., ul. Kościuszki 38, 78-400 Szczecinek.

W dniu 11 czerwca 2019 r. do Zachodniopomorskiego OW NFZ wpłynęło odwołanie Piotra Łozińskiego Reha Medica Centrum Rehabilitacyjno Medyczne, ul. Kilińskiego 2A, 78-400 Szczecinek, zwanego dalej odwołującym, od rozstrzygnięcia postępowania nr 16-19-000485/REH/05/1/05.1310.209.02/01. Odwołanie wniesiono w terminie.

Oferta odwołującego została odrzucona w związku z niespełnieniem szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy przez Prezesa NFZ, obejmujących w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie.

Odwołujący zarzuca wadliwość przeprowadzonego postępowania poprzez naruszenie:

1. Art. 149 ust. 1 ustawy w związku z art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U nr 78, poz 483 z późn. zm.) i związku z art. 6 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.) poprzez odrzucenie oferty odwołującego bez podstawy prawnej. Zdaniem odwołującego komisja odrzucając ofertę na podstawie art. 146. ust. 1 pkt 2 ustawy w brzmieniu *z powodu niespełniania warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146. ust. 1 pkt 2 ustawy* powołała się na nieaktualny przepis, gdyż uległ on zmianie na podstawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 22 lipca 2014 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 1138) i obecnie ma następujące brzmienie *„szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia*

umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie.”

2. W wyniku błędnej interpretacji i niewłaściwego zastosowania załącznika nr 1 lp. 2 lit. a i b rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz 465 z późn. zm) w związku z załącznikiem nr 1 do zarządzenia nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23.05.2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (ze zm.) polegającego na niestosowaniu się do zapisów § 4 pkt 2 ww. rozporządzenia, które zdaniem odwołującego wyraźnie wskazują na możliwość realizacji świadczeń gwarantowanych w warunkach domowych albo w postaci porady lekarskiej rehabilitacyjnej, albo w postaci fizjoterapii domowej wykonywanej przez wizytę fizjoterapeutyczną, zabieg terapeutyczny. Zdaniem odwołującego, podobnie rozdzielone są inne zakresy wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, tj. określone w § 4 pkt 1, pkt 3 i pkt 4. Stąd złożenie oferty w zakresie fizjoterapii domowej bez wykazania *lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii, w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego)* było spełnieniem warunków, gdyż odwołujący zamierzał realizować jedynie zakres § 4 pkt 2 lit. b, bez § 4 pkt 2 lit. a.
3. Określenie przez Prezesa Funduszu nowych warunków realizacji umów w zakresie fizjoterapii domowej ze względu na wskazanie w załączniku nr 1 do ww. zarządzenia nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wymogu zapewnienia lekarza wykazanego w wymiarze co najmniej ¼ etatu przeliczeniowego (równoważnik ¼ etatu przeliczeniowego).
4. Art. 31d pkt 2 ustawy ze względu na dokonanie przez komisję dowolnej interpretacji przepisów wykonawczych w wyniku czego doszło do stworzenia nowych warunków realizacji zakresu fizjoterapii domowej.
5. Art. 134 ust. 1 ustawy poprzez naruszenie zasady równego traktowania wszystkich oferentów i prowadzenie postępowania w sposób niegwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji albowiem zdaniem komisji oferta dotycząca wyłącznie zakresu fizjoterapii domowej powinna spełniać wymóg zatrudniania lekarza w wymiarze co najmniej ¼ etatu przeliczeniowego (równoważnik ¼ etatu przeliczeniowego).
6. Art. 149 ust1 pkt 7 ustawy z uwagi na odrzucenie oferty pomimo spełniania wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz szczegółowych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy.

Ponadto odwołujący dodaje, że zaproponował rozszerzenie zatrudnienia lekarza w wymiarze co najmniej ¼ etatu przeliczeniowego ale komisja odrzuciła te propozycję.

Naruszenie interesu prawnego, zadaniem odwołującego przejawia się przede wszystkim w fakcie bezzasadnego odrzucenia oferty wobec niespełniania warunków określonych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy przez Prezesa Funduszu, co w konsekwencji spowoduje brak kontraktu na kolejne 5 lat.

W celu rozpatrzenia przedmiotowego odwołania organ przeanalizował podniesione zarzuty i stwierdził, co następuje.

Zgodnie z art. 146 ust. 1 ustawy Prezes Funduszu określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie.

Zgodnie z art. 31 d ustawy Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

- 1) poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33 i art. 41, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1;
- 2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Z powyższego wynika, że przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej określa Prezes Funduszu, a warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, określa Minister Zdrowia na podstawie art. 31 d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z § 5 ust. 1 ww. zarządzenia nr 42/2018/DSOZ Prezesa Funduszu przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju m.in. rehabilitacja lecznicza jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom w zakresach świadczeń określonych w załączniku nr 1n do zarządzenia. Zgodnie z § 6 ust. 1 zarządzenia świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Załącznik nr 1n do zarządzenia obejmuje katalog zakresów świadczeń:

- kody i nazwy zakresów świadczeń (podstawowych i skojarzonych),
- warunki realizacji zakresu świadczeń – odsyła do warunków określonych w rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej
- nazwę i kod produktu rozliczeniowego,
- jednostki rozliczeniowe zakresu świadczeń,
- wagę punktową produktu rozliczeniowego.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 06.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w załączniku nr 1 zawierającym wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w pkt 2 dotyczącym realizacji świadczeń w warunkach domowych, zawarte są dwa punkty a i b, które dokładnie określają nazwę świadczeń gwarantowanych wchodzących w ten zakres tj.:

- a) porada lekarska rehabilitacyjna,
- b) fizjoterapia domowa.

Fizjoterapia domowa, nie została wydzielona przez Ministra Zdrowia jako samodzielny zakres do realizacji:

§ 4 Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

2) domowych, które obejmują:

a) poradę lekarską rehabilitacyjną,

b) fizjoterapię domową realizowaną przez:

- wizytę fizjoterapeutyczną,

- zabieg fizjoterapeutyczny;

Fizjoterapia domowa jest, jak porada lekarska rehabilitacyjna, równorzędnym elementem zakresu rehabilitacji leczniczej realizowanej w warunkach domowych. Aby realizować ten zakres należało spełniać wymagania dotyczące personelu poprzez wykazanie:

- 1) lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub,
- 2) lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
- 3) lekarza, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
- 4) lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii, w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego).

Odwołujący, jak sam podaje, nie wykazał żadnego z powyższych błędnie przyjmując, że może realizować świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach domowych jedynie w zakresie fizjoterapii domowej. Prezes Funduszu wskazując w załączniku nr 1n do zarządzenia nr 42/2018/DSOZ właściwe postanowienia rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji nie określa nowych warunków realizacji umów w zakresie fizjoterapia domowa, a jedynie wskazuje, że dla realizacji świadczeń w ramach tego zakresu jest wymagane zarówno zapewnienie porady lekarskiej rehabilitacyjnej jak i zabiegów i wizyt fizjoterapeutycznych. Należy zwrócić uwagę na część załącznika nr 1 n do zarządzenia jest oznaczenie znajdujące się pod nim „* *wykonanie i rozliczenie produktu rozliczeniowego nie jest obligatoryjne*”. W przypadku zakresu: fizjoterapia ambulatoryjna oznaczenie (**wykonanie i rozliczenie produktu rozliczeniowego nie jest obligatoryjne*) dotyczy produktu rozliczeniowego: wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych oraz zabieg fizjoterapeutyczny w warunkach domowych, natomiast w przypadku zakresu fizjoterapia domowa brak jest tego oznaczenia przy poszczególnych produktach rozliczeniowych, w związku z powyższym ich realizacja jest obligatoryjna.

Propozycja rozszerzenia zatrudnienia lekarza, podana w proteście, w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego w trakcie postępowania była zbyt późna i gdyby została przyjęta przez komisję byłoby to niezgodne z zasadami równego traktowania oferentów. Natomiast personel który odwołujący zadeklarował zgodnie z § 5 ust. 2 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 podlega ocenie dopiero po spełnieniu warunków koniecznych określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji. Jeśli warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach są spełnione, możliwa jest ocena oferty pod względem warunku dodatkowo ocenianego wskazanego przez oferenta. Odwołujący wykazał warunek dodatkowo oceniany tj. konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Aby jednak spełnić warunek konieczny oferent powinien wykazać lekarza spełniającego wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji m.in. zatrudnienie lekarza w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego) oraz dodatkowo udokumentować zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Odwołujący uzupełnienie oferty mógł wnieść w terminie wyznaczonym na składanie ofert w ogłoszeniu o postępowaniu. Po upływie terminu oferent związany jest ofertą. Stąd komisja nie mogła przyjąć tej propozycji.

Co do pozostałych świadczeń gwarantowanych, zawartych w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia, odnośnie których odwołujący również podaje, że mogą być realizowane oddzielnie należy stwierdzić, że brzemienne tego przepisu jest jednoznaczne i nie powinno budzić wątpliwości:

§ 4 Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

1) ambulatoryjnych, które obejmują:

- a) lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną przez poradę lekarską rehabilitacyjną,
- b) fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez:
 - wizytę fizjoterapeutyczną,
 - zabieg fizjoterapeutyczny;

3) ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację:

- a) ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów,
- b) dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
- c) osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy,
- d) osób z dysfunkcją narządu wzroku,
- e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
- f) pulmonologiczną z wykorzystaniem metod subterraneoterapii,
- g) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego;

4) stacjonarnych, które obejmują rehabilitację:

- a) ogólnoustrojową,
- b) neurologiczną,
- c) pulmonologiczną,
- d) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
- e) kardiologiczną lub kardiologiczną telerehabilitację hybrydową w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

Akty prawne stanowiące podstawę do przeprowadzenia niniejszego postępowania zostały wskazane w ogłoszeniu nr 16-19-000485/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia

umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oferenci zanim złożą ofertę zawsze mogą się konsultować z Oddziałem Funduszu w kwestiach budzących wątpliwości co do aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu. Odwołujący złożył oświadczenie, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania. Komisja konkursowa oceniła oferty na podstawie tych aktów.

W związku z powyższym zasadnym było odrzucenie oferty odwołującego wobec niespełnienia warunków o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy. Przesłanka odrzucenia oferty z powodu niespełnienia warunków ww. przepisu zawarta jest w art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy. Nowelizacja art. 146 ust. 1 pkt 2 dotyczy tej samej materii tj. określenia szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i wciąż stanowi delegację ustawową dla Prezesa Funduszu do wydania zarządzeń określających te warunki, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie. Zatem komisja odrzucając ofertę niespełniającą warunków o których mowa w art. 146 ust 1 pkt 2, co jest zgodne z art. 149 ust 1 pkt 7 ustawy działała na podstawie przepisów prawa, więc również zgodnie z art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i art. 6 Kpa.

Powyzsza ocena skutkuje uznaniem, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania.

W tym stanie rzeczy należało orzec jak w rozstrzygnięciu.

DYREKTOR
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Dariusz Ruczyński

Pouczenie

1. Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do dyrektora Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ul. Arkońska 45, 71-470 Szczecin w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji.
2. Na podstawie art. 127a Kpa w trakcie biegu terminu do wniesienia odwołania strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję, poprzez doręczenie oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania, co skutkuje ostatecznością i prawomocnością decyzji.

3. 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1302 z późn.zm), strona nie chcąc skorzystać z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy może wnieść skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie (adres: ul. Staromłyńska 10, 70-561 Szczecin). Skargę, za pośrednictwem Dyrektora Zachodniopomorskiego OW NFZ, wnosi się w terminie 30 dni od daty doręczenia decyzji. Wpis od skargi wynosi 200 zł, które należy wnieść na rachunek bankowy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie.

Otrzymują:

1. Adresat,
2. Szpital w Szczecinku sp. z o. o., ul. Kościuszki 38, 78-400 Szczecinek
3. a/a.

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych centralnie jest Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie przy ul. Grójeckiej 186, a w zakresie danych osobowych przetwarzanych przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ działający z upoważnienia Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Szczecinie, przy ul. Arkońskiej 45.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Zachodniopomorskim OW NFZ
▪ telefonicznie: 91-425-11-22, ▪ e-mailem: iod@nfz-szczecin.pl.

Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej obowiązków Administratora - Dyrektora Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dostępna jest w siedzibie Oddziału oraz zamieszczona jest na stronie internetowej, w zakładce RODO.