

DP.422.2.2018

Warszawa *26 lutego* 2018 r.

WYCH-34320/2018

ODWOŁUJĄCY:**BEATA OBERNIKOWICZ**

09-414 BRUDZEŃ DUŻY ul. MIŁA 8

STRONA POSTĘPOWANIA:**KAZIMIERZ PRZEPIÓRSKI,**

09-454 NOWE LUBKI 5A;

BRUDZEŃSKI OŚRODEK REHABILITACJI ANITA OSOWICZ,

09-414 BRUDZEŃ DUŻY, ul. JANA PAWŁA II 2;

DECYZJA NR 1/2018/ODW

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.) w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2017 r., poz. 1257 z późn. zm.):

ODD A L A M

odwołanie Beaty Obernikowicz od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-18-000061/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna

UZASADNIENIE

1. Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej ustawą, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia (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 ustawy.

W myśl art. 154 ust. 1, 2 i 3 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. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Stroną postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-3 ustawy, jest świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy, w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

2. W dniu 15 grudnia 2017 r. Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie nr 07-18-000061/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r. do dnia 30 czerwca 2022 r., wskazując na możliwość zawarcia maksymalnie dwóch umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Wartość postępowania wynosiła 289 872,00 zł.

Na postępowanie wpłynęło pięć ofert. Odwołujący złożył ofertę z zachowaniem terminu określonego w ogłoszeniu o postępowaniu.

Komisja konkursowa dokonała wszechstronnej analizy złożonych ofert, w szczególności pod kątem spełnienia przez oferentów kryteriów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016, poz. 1372 z późn. zm.), tj. ciągłości, kompleksowości, jakości, dostępności oraz ceny.

W wyniku rozstrzygnięcia postępowania w dniu 29 stycznia 2018 r. do udzielania świadczeń wybrano dwóch oferentów.

W dniu 5 lutego 2018 r. do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie Beaty Obernikowicz. Tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie.

W odwołaniu podniesiony zarzut naruszenia art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także zarzut odnoszący się do nieuprawnionego przyznawania punktacji za poszczególne elementy oferty, przedstawiony poprzez porównanie oferty Odwołującego z konkurencyjną ofertą, biorącą udział w kwestionowanym postępowaniu.

W oparciu o wskazane powyżej zarzuty, Odwołujący zażądał ponownej weryfikacji ofert i przyznania tym ofertom właściwej punktacji.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017, poz. 1257 z późn. zm.) zwanym dalej k.p.a., został poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

W dniu 22 lutego 2018 r. wpłynęło pismo stanowiące uzupełnienie odwołania. W piśmie powtórzone zostały zarzuty podniesione w odwołaniu od rozstrzygnięcia.

3. W ocenie Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ odwołanie Beaty Obernikowicz, nie zasługuje na uwzględnienie z następujących przyczyn.

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,

co kształtuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego (wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r., sygn. VII SA/Wa 2012/08). Poza ustaleniem samego faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany jest do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Skuteczne wniesienie odwołania jest zatem ściśle uzależnione od związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy naruszeniem zasad postępowania a uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy.

Należy zauważyć, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego, a wręcz, że ma on wprost charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 września, sygn. akt I SA 2326/00). Tak pojmowany interes prawny oferenta polega na tym, żeby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając przewidziany prawem zakres swobody komisji konkursowej, umożliwiający wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość oraz dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami.

4. Na wstępie należy wskazać, z jakich przyczyn oferta Odwołującego nie została wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Oferta Odwołującego nie została wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ w trakcie negocjacji Odwołujący zaproponował najmniej korzystną cenę. Ponieważ trzy oferty biorące udział w postępowaniu, w tym oferta Odwołującego, uzyskały jednakową liczbę 66 pkt oraz zachodził obiektywny brak możliwości zastosowania kryteriów niecenowych w procesie oceny ofert zgodnie z kolejnością wynikającą z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016, poz. 1372 z późn. zm.) zgodnie z którym *w przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny oferty przez co najmniej dwóch oferentów kryterium różnicującym oferty stanowi ocena uzyskana w kolejności*

według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena, Komisja konkursowa podjęła decyzję o zaproszeniu tych oferentów na ostatnią turę negocjacyjną, w trakcie której zostali oni poinformowani, że kryterium decydującym o dokonaniu wyboru oferty będzie cena. Komisja konkursowa nie mogła zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze wszystkimi trzema oferentami, ponieważ w ogłoszeniu o postępowaniu wskazano możliwość zawarcia maksymalnie dwóch umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oferenci zostali zaproszeni na negocjacje w tym samym dniu na tę samą godzinę, a negocjacje prowadzone były przez trzy zespoły negocjacyjne w trzech oddzielnych pokojach. W trakcie spotkania negocjacyjnego Odwołujący zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej w wysokości 0,89 zł, podczas gdy pozostali oferenci zaproponowali odpowiednio 0,75 zł oraz 0,85 zł. Tym samym, Komisja konkursowa dokonała wyboru ofert najkorzystniejszych pod względem ceny, zgodnie z wymogami wynikającymi z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oferta Odwołującego nie została wybrana do udzielania świadczeń, ponieważ zaproponował on najwyższą cenę.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego, dotyczących przede wszystkim wyboru oferty Anity Osowicz - w ocenie Odwołującego gorszej od jego oferty, należy uznać, że są one całkowicie chybione. Proces oceny ofert dokonywany jest wyłącznie na podstawie ustawowych kryteriów oraz wymogów określonych w aktach wykonawczych, szczegółowo określających zarówno wymogi konieczne do udzielania świadczeń jak i dodatkowo punktowane. Komisja konkursowa dokonała wszechstronnej analizy złożonych ofert, w szczególności pod kątem spełnienia przez oferentów kryteriów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016, poz. 1372 z późn. zm.), tj. ciągłości, kompleksowości, jakości, dostępności oraz ceny. Dodać należy, że kryteria te, wynikające z w/w rozporządzenia, zostały również wyrażone przez ustawodawcę w art. 148 ustawy, zgodnie z którym porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją oraz ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów. Wynik porównania ofert w toku postępowania

w sprawie zawarcia umowy znajduje swoje odzwierciedlenie w rankingu końcowym. Należy wyjaśnić, że metodyka wyliczenia punktów składających się na ocenę zawartą w rankingu powstaje przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny. Powyższe narzędzie informatyczne służące do wyliczenia punktacji dokonuje go na podstawie danych przekazanych w ofercie przez biorących udział w konkursie świadczeniodawców. Uprawnione jest zatem twierdzenie, że to sam oferent determinuje ilość punktów które uzyska w omawianym tu rankingu końcowym. Podkreślenia wymaga, że postulat równego traktowania oferentów o którym mowa w art. 132 ustawy jest tutaj realizowany poprzez fakt jednolitego zastosowania powyższego narzędzia informatycznego służącego do sporządzenia rankingów, obiektywnie wykluczający uznaniowość członków Komisji konkursowej. Powyższe oznacza, że odpowiedzi udzielane na pytania ofertowe przez oferentów oraz poszczególne składowe oferty, skutkują taką samą ilością punktów w przypadku wyliczenia punktacji dla każdej oferty. Zestawienie powyższej punktacji składa się na ranking końcowy.

Oferent biorący udział w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna jest obowiązany spełniać warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013, poz. 1522 z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem koszykowym”. Wskazane rozporządzenie wyznacza minimalny standard udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, których spełnienie umożliwi oferentowi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym. Oferty nie spełniające warunków określonych w rozporządzeniu koszykowym podlegają odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy. W procesie oceny oferty nie przyznaje się punktów za spełnianie wymagań bezwzględnych (obligatoryjnych), określonych w rozporządzeniu koszykowym. Z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016, poz. 1372 z późn. zm.), wydane w oparciu o art. 148 ustawy, określa szczegółowe kryteria wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością punktową. Weryfikacja ofert pod kątem zapisów rozporządzenia kryterialnego ma na celu utworzenie rankingu ofert, pozwalającego komisji konkursowej na ich porównanie. Zadeklarowanie w ofercie spełnianie warunków realizacji świadczeń, za które przyznawane są dodatkowe punkty, jest dobrowolne (fakultatywne) i wpływa na korzystniejsze uplasowanie oferty w rankingu.

Bezwzględnie wymagane warunki udzielania świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, określone zostały w pkt. 1 lit. b Załącznika nr 1 do rozporządzenia koszykowego.

Zgodnie z kryteriami wyboru ofert w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, określonymi w pkt 2 Tabeli nr 1 Załącznika nr 5 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (warunki fakultatywne), dodatkowe punkty są przyznawane w sytuacji, gdy z oferty wynika, że świadczeń udziela: magister fizjoterapii z co najmniej 5 letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu (12 pkt), specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu (17 pkt) oraz gdy oferent zapewnia konsultację lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej (4 pkt). Z kolei w odniesieniu do sprzętu i aparatury medycznej lub pomieszczeń, dodatkowe punkty przyznawane są za: urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń (3 pkt), wannę do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji (3 pkt), zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń (2 pkt), salę gimnastyczną stanowiącą odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń (3 pkt) oraz za basen rehabilitacyjny zgodny z wymogami określonymi w rozporządzeniu (6 pkt), kriokomorę (4 pkt) i przebieralnię za świadczeniobiorców (2 pkt). Możliwe jest również uzyskanie 2 pkt za przeprowadzenie szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizjoterapii.

Na podstawie § 5 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oferent, który zadeklarował spełnienie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany spełniać ten warunek dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń, określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

Odwołujący wskazuje, które elementy jego oferty zostały ocenione nieprawidłowo i zarzuca, że posiada m.in.: większą niż oferent Anita Osowicz salę gimnastyczną, posiada również więcej sprzętu i aparatury, lepsze warunki lokalowe oraz doświadczony personel. W oparciu o tak sformułowany zarzut, Odwołujący oświadcza, że nie rozumie, jakimi kryteriami kieruje się Komisja konkursowa a także na jakiej podstawie przyznawana jest punktacja w sytuacji, gdy w ocenie Odwołującego oferta Anity Osowicz jest obiektywnie gorsza, a mimo to, została wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Zarzut

Odwołującego jest całkowicie nieuprawniony, ponieważ ocena ofert została dokonana przez Komisję konkursową wyłącznie w oparciu o wskazane powyżej kryteria, szczegółowo określone w ustawie, rozporządzeniu koszykowym i kryterialnym. Komisja konkursowa nie mogła stosować innych kryteriów oceny oferty niż ustawowe, tak, jak oczekuje tego Odwołujący, np. różnicujących punktację za salę gimnastyczną w zależności od jej wielkości albo za fakt posiadania bardziej doświadczonego personelu lub większej ilości sprzętu. Komisja konkursowa stosuje jednakowe kryteria do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym, a wszelkie odstępstwa w tym zakresie byłyby działaniem sprzecznym z ustawą i stanowiłyby naruszenie zasady równego traktowania. Zarzut Odwołującego jest o tyle niezrozumiały, że przed rozpoczęciem postępowania wszelkie informacje wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach. Odwołujący miał możliwość zapoznania się z warunkami postępowania i przyjęcia ich do stosowania, składał również w tym zakresie osobne oświadczenie. Również treść aktów prawnych stanowiących podstawę dokonania oceny ofert przez Komisję konkursową powinna być znana Odwołującemu, który jest przedsiębiorcą, a zatem podmiotem uznawanym w obrocie gospodarczym za profesjonalistę. Tym samym, wszelkie zarzuty Odwołującego związane z procesem dokonania oceny ofert w kwestionowanym postępowaniu są nieuprawnione.

Odwołujący nie podniósł żadnych zarzutów wskazujących na naruszenie przez Komisję konkursową przepisów postępowania w stopniu uzasadniającym uznanie, że doszło do naruszenia jego interesu prawnego. Tym samym, w ocenie organu nie ma podstaw do uznania, że oferta Odwołującego została oceniona nieprawidłowo, a Odwołujący nie został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku błędu Komisji konkursowej.

5. Mając powyższe na uwadze Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ uważa, że odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie.

Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem zasad, o których mowa w art. 134 ust. 1 ustawy i dokonując wyboru najlepszych ofert, nie naruszyła zasad postępowania, dlatego też nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

W konsekwencji brak jest podstaw do uwzględnienia odwołania wniesionego przez Odwołującego.

Wobec powyższego postanowiono jak w sentencji.


Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.) od decyzji Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin, do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

Otrzymują:

- 1 x adresat;
- 1 x strona postępowania;
- 1 x a/a.


z up. Dyrektora
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
ZASTĘPCA DYREKTORA
dś. Medycznych

Michał Dziegielewski

