

DP.422.106.2017

Warszawa ..29.09.2017..... 2017 r.

WYCH-144966/2017

ODWOŁUJĄCY:**MARCIN OŻAREK**

08-400 GARWOLIN ul. NADWODNA 9

STRONA POSTĘPOWANIA:**"SANA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,**
08-400 GARWOLIN ul. KOŚCIUSZKI 49J;**TERESA PSZKIT-KAMOLA,**
08-430 ŻELECHÓW ul. DŁUGA 136F;**DOROTA PAŚNIK,**
08-450 ŁASKARZEW ul. ALEJOWA 5;**MEDI-SYSTEM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,**
00-838 WARSZAWA ul. PROSTA 69;**"SZPITAL MAZOWIECKI W GARWOLINIE" SPÓŁKA Z O.O.**
08-400 GARWOLIN ul. AL. LEGIONÓW 11;**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GARWOLINIE,**
08-400 GARWOLIN ul. LUBELSKA 50;**DECYZJA NR 98/2017/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):

ODDAŁAM

odwołanie Marcina Ożarka od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-17-000910/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 20 czerwca 2017 r. Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie nr 07-17-000910/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 października 2017 r. do dnia 22 czerwca 2022 r., wskazując na możliwość zawarcia maksymalnie sześciu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Wartość postępowania wynosiła 563 871,00 zł.

Na postępowanie wpłynęło dziesięć 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 13 września 2017 r. do udzielania świadczeń wybrano sześciu oferentów, których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów. Ranking końcowy postępowania został przedstawiony w załączniku do decyzji.

W dniu 19 września 2017 r. do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie Marcina Ożarka. Tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie. W odwołaniu podniesiony został zarzut niezaproszenia Odwołującego na negocjacje oraz niewybrania jego oferty. W oparciu o wskazany powyżej zarzut Odwołujący zażądał powtórzonego przeanalizowania jego oferty.

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

3. W ocenie Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ odwołanie Marcina Ożarka, 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. Odnosząc się do argumentacji przedstawionej przez Odwołującego, na wstępie należy wskazać, z jakich przyczyn jego oferta nie została wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Odwołujący nie został wybrany do udzielania świadczeń, ponieważ jego oferta otrzymała zbyt niską łączną liczbę punktów. Oferta Odwołującego uzyskała 9,55 pkt za ofertę cenową, 6 pkt za ciągłość, 0 pkt za kompleksowość, 30,5 pkt za jakość, 5 pkt za dostępność - łącznie 51,05 pkt. Kryterium decydującym o zajęciu przez Odwołującego ostatniego miejsca w rankingu końcowym było przede wszystkim kryterium jakości, za które Odwołujący otrzymał 30,5 pkt, w sytuacji, gdy pozostali oferenci biorący udział w kwestionowanym postępowaniu i wybrani do udzielania świadczeń, otrzymali za to kryterium od 46 pkt do 48,5 pkt.

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.

Weryfikacja ofert w zakresie liczby oferowanych świadczeń i przygotowanie propozycji do negocjacji dla oferentów Komisja konkursowa przeprowadzała w szczególności w oparciu o dane dotyczące pierwotnej i ostatecznej wysokości kontraktu, wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym. Ponadto Komisja konkursowa brała pod uwagę strukturę i zasoby świadczeniodawcy w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagania jakościowe zawarte w szczegółowych materiałach.

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

umożliwia 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 ½ etatu (12 pkt), specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej ½ 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 m.in. nie wykazał w swojej ofercie specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, za co mógł uzyskać dodatkowych 17 pkt, nie prowadzi elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, nie przedstawił certyfikatów jakości.

Tym samym, oferta Odwołującego uzyskała o ponad 10 pkt mniej, niż oferta oferenta zajmującego szóstą pozycję rankingową, uzasadniającą wybór oferty do udzielania świadczeń. Ponieważ w ogłoszeniu o postępowaniu wskazano na możliwość zawarcia maksymalnie sześciu umów, zawarcie umowy z Odwołującym, który zajął siódmą pozycję w rankingu końcowym, byłoby całkowicie nieuzasadnione, w sytuacji, gdy w rozstrzygnięciu postępowania wybranych zostało sześć najlepszych ofert i wyczerpane zostały środki przeznaczone na to postępowanie.

Odwołujący podnosi zarzut, że nie został zaproszony na negocjacje i tym samym, nie otrzymał kontaktu. Odwołujący wskazuje, że posiada sprzęt i kadrę niezbędną do udzielania świadczeń. W tym miejscu należy zauważyć, że Komisja konkursowa na żadnym etapie postępowania nie kwestionowała walorów oferty Odwołującego. Komisja konkursowa dokonała rzetelnej i w pełni merytorycznej oceny oferty Odwołującego, przy zastosowaniu kryteriów określonych powyżej, mając na uwadze zachowanie obowiązku przestrzegania zasady równego traktowania oferentów. Treść oferty Odwołującego była dla Komisji konkursowej zrozumiała, Odwołujący otrzymał punktację za poszczególne kryteria zgodnie z zasadami i punktacją określoną w rozporządzeniu koszykowym i kryterialnym. Oferta Odwołującego nie została wybrana, ponieważ była obiektywnie mniej korzystna od innych ofert złożonych w postępowaniu.

Odwołujący nie został zaproszony do negocjacji, ponieważ byłoby to działanie całkowicie bezprzedmiotowe, a udział w negocjacjach nie zmieniłby ostatecznej pozycji Odwołującego w rankingu końcowym. Mając na uwadze fakt, że Komisja konkursowa może prowadzić negocjacje w celu ustalenia liczby świadczeń i ceny za świadczenia, Odwołujący w trakcie negocjacji teoretycznie mógłby obniżyć propozycję cenową i w ten sposób uzyskać

za kryterium ceny maksymalnie 10 pkt, a więc o 0,45 pkt więcej niż przed negocjacjami. Ewentualne zmniejszenie przez Odwołującego propozycji cenowej i uzyskanie za kryterium ceny maksymalnej możliwej do zdobycia liczby 10 pkt, spowodowałoby, że Odwołujący uzyskałby łącznie 51,5 pkt, a więc w dalszym ciągu byłoby to o 12,5 pkt mniej od oferty zajmującej kolejną, wyższą pozycję w rankingu końcowym. Dlatego też, Komisja konkursowa nie zaprosiła Odwołującego do wzięcia udziału w negocjacjach. Jednocześnie, należy zauważyć, że ustawa nie nakłada na Komisję konkursową obowiązku prowadzenia negocjacji ze wszystkimi oferentami biorącymi udział w postępowaniu.

Odwołujący wskazuje również, że od ponad 19 lat realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, a brak umowy spowoduje, że kilka osób z tego powodu straci zatrudnienie. Odnosząc się do powyższego argumentu należy uznać, że niemożliwe i nieuprawnione jest kształtowanie konkursu i dokonywanie wyboru oferentów na podstawie kryteriów pozaustawowych. Fakt posiadania długoletniej umowy nie stanowi gwarancji dla uczestnika postępowania konkursowego, że również w kolejnym konkursie jego oferta zostanie ponownie wybrana. Podobnie, możliwość utraty zatrudnienia przez pracowników Odwołującego z powodu braku umowy z Funduszem, nie może stanowić uzasadnienia dla dokonania wyboru jego oferty. Odwołujący, jako przedsiębiorca, ponosi ryzyko wynikające z faktu prowadzenia działalności gospodarczej i we własnym zakresie dokonuje oceny zasadności utrzymywania określonego poziomu zatrudnienia. Niezrozumiałe jest również określenie przez Odwołującego jako nieetycznych i niemoralnych działań związanych z procesem kontraktowania wobec pacjentów a także formułowanie zarzutu dotyczącego ogłoszenia przez Fundusz wyników konkursu 17 dni przed zakończeniem dotychczasowego kontraktu. Przede wszystkim należy zauważyć, że konkurs ofert ma doprowadzić do wyboru najlepszych ofert i zabezpieczenia dostępności do świadczeń na danym obszarze. Fakt niedokonania wyboru oferty Odwołującego nie przesądza o tym, że pacjenci będą musieli oczekiwać kilka miesięcy na uzyskanie świadczeń, a z całą pewnością nie stanowi naruszenia przepisów postępowania i nie stanowi zagrożenia dla realizacji uprawnień świadczeniobiorców. Ogłoszenie wyników konkursu 17 dni przed zakończeniem dotychczas obowiązujących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej również nie stanowi naruszenia przepisów, a ponadto stwarza bezpieczną granicę czasową do przygotowania umów z oferentami wybranymi w prowadzonym postępowaniu i zawarcia tych umów.

W wyniku przeprowadzonego postępowania do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wybrani zostali oferenci, których oferty uzyskały najwyższą łączną liczbę

punktów. Tym samym, nie ma podstaw do dokonywania ponownej oceny oferty Odwołującego.

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.

Załącznik:

- ranking końcowy postępowania

z upoważnienia Dyrektora
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
NACZELNIK
Wydziału ds. Służb Mundurowych
Anna Ludwiczak

KONKURS OFERT	
DATA:	2017-09-13
NAZWA RODZAJU ŚWIADCZENI:	
REHABILITACJA LECZNICZA	
KOD POSTĘPOWANIA:	
07-17-000910/REH/05/105.13.10.208.02/01	
NAZWA ZAKRESU:	
FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	

Ranking końcowy

(malejąco wg łącznej liczby punktów oceny****)

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Liczba świadczeń (jedn. rozlicz.)		Cena jednostki rozlicz. (zł)		Wartość świadczeń (zł)		Punktacja za ofertę cenową	Ocena oferty				Status pozycji oferty**	Decyzja o wybraniu ofert tal/nie	
					w ofercie	narastająco	w ofercie	narastająco	jakość	kompleksowość		dotętność	ciągłość	inne	razem			Łączna liczba punktów oceny
1	07-17-000910(05/1)-0007006	"SANA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	08-400 GARBOLIN ul. KOŚCIUSZKI 48J	NZOS "SANA" PRACOWNIA FIZJOTERAPII 08-400 GARBOLIN ul. KOŚCIUSZKI 48J	117139	117139	0,99	115967,61	115967,61	10	48,5	4	6	6	0	64,5	74,5 Z	Tak
2	07-17-000910(05/1)-0004006	TERESA PSZYT-KAMOLA	08-430 ŻELECHÓW ul. DŁUGA 138F	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 08-430 ŻELECHÓW ul. DŁUGA 138F	114384	231523	1	114384	230351,61	9,55	49	4	6	4	0	63	72,55 Z	Tak
3	07-17-000910(05/1)-0008006	DOROTA PAŚNIK	08-450 ŁASKARZEW ul. ALEJOWA 5	PRACOWNIA FIZJOTERAPII, KINEZYTERAPII, HYDROTHERAPII 08-450 ŁASKARZEW ul. ALEJOWA 5	104430	335953	0,99	103385,7	333737,31	10	47,5	0	6	4	0	57,5	67,5 Z	Tak
4	07-17-000910(05/1)-0005006	MEDI-SYSTEM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	00-638 WARSZAWA ul. PROSTA 69	DZIAŁ FIZJOTERAPII 08-404 WOLKA OSTROZEŃSKA ul. 15A	88875	422828	1,1	95562,5	429299,81	5	44	6	6	4	2	62	67 Z	Tak
5	07-17-000910(05/1)-0002006	"SZPITAL MAZOWIECKI W GARBOLINIE" SPÓŁKA Z O.O.	08-400 GARBOLIN ul. AL. LEGIONÓW 11	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 08-400 GARBOLIN ul. ALEJA LEGIONÓW 11	563	423391	1	563	429662,81	9,55	48	2	5	0	0	55	64,55 Z	Tak
6	07-17-000910(05/1)-0010006	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GARBOLINIE	08-400 GARBOLIN ul. LUBELSKA 50	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 08-400 GARBOLIN ul. LUBELSKA 50	68728	492119	0,99	68040,72	497903,53	10	46	2	5	0	0	53	63 Z	Tak
7	07-17-000910(05/1)-0001006	OZAREK MARCIN CENTRUM MEDYCZNO-DIAGNOSTYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	08-400 GARBOLIN ul. ZARZECZE 17	NZOS CENTRUM MEDYCZNO-REHABILITACYJNE RELAX 08-400 GARBOLIN ul. NADWODNA 9	0	492119	0	0	497903,53	9,55	30,5	0	5	6	0	41,5	51,05 D	Nie
8	07-17-000910(05/1)-0009006	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FIZJOMIX DOROTA NIEMIEC-ŁOŹWICKA	08-110 SIEDLCE ul. NIKŁOWA 9	DZIAŁ (PRACOWNIA) FIZJOTERAPII 08-400 GARBOLIN ul. KORCZAKA 35/3	0	492119	0	0	497903,53	7,27	29	2	5	6	0	42	49,27 D	Nie
9	07-17-000910(05/1)-0003006	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ FIZJOMIX DOROTA NIEMIEC-ŁOŹWICKA	08-440 PILAWA ul. K. K. BACZYŃSKIEGO 7A	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 08-440 PILAWA ul. K. K. BACZYŃSKIEGO 7A	0	492119	0	0	497903,53	9,55	26	0	5	0	0	31	40,55 D	Nie

