

Odwołujący:

„Marecki Ośrodek Zdrowia”
Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością
ul. Sportowa 3
05-270 Marki

Strony postępowania:

według rozdzielnika

DECYZJA NR 111/2017/ODW

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

O D D A L A M

Odwołanie wniesione przez „Marecki Ośrodek Zdrowia” Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością z siedzibą w Markach [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-17-000971/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki w trybie konkursu ofert rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia domowa.

UZASADNIENIE

1. Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy 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.

Stronami postępowania odwoławczego, o którym mowa w art. 154 ust. 1-3 ustawy, są 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 roku Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie nr 07-17-000971/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia domowa na okres od dnia 1 października 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 roku.

Wartość postępowania na okres rozliczeniowy od 2017-10-01 do 2017-12-31 r. wynosiła nie więcej niż 725 198,58 złotych.

W ogłoszeniu wskazano, iż maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogły zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 10.

Na postępowanie wpłynęło 35 ofert, w tym 8 podlegających odrzuceniu. 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. sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.) [dalej jako rozporządzenie kryterialne], tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny.

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 15 września 2017 roku. Do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wybranych zostało 10 świadczeniodawców, którzy w rankingu końcowym otrzymali kolejno największą liczbę punktów. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania oferta Odwołującego zajęła 11 miejsce w rankingu końcowym i tym samym Odwołujący nie został wybrany do udzielania świadczeń. Odwołujący złożył w dniu 21 września 2017 r. odwołanie od powyższego rozstrzygnięcia, tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie.

We wniesionym środku odwoławczym Odwołujący podniósł zarzut, iż postępowanie konkursowe przeprowadzono z naruszeniem w szczególności art. 134 ust. 1 i 2, 148 ust. 1 oraz 149 ust. 3 i przyznanie innym podmiotom zwiększoną ilość punktów za spełnienie kryteriów, których oceniane oferty w ocenie Odwołującego nie spełniały.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 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, 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 determinuje 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 jakość, 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.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż metodyka wyliczenia punktów składających się na ocenę zawartą w rankingu powstaje w jednolity sposób 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. Efektem powyższego wyliczenia był wcześniej wspomniany dokument pn.: Ranking końcowy, w którym Odwołujący, otrzymał 79 pkt i tym samym zajął 11 pozycję. Ranking ten utworzono na podstawie odpowiedzi udzielonych przez oferentów w nadesłanych formularzach ofertowych, których brzmienia nie kształtowała Komisja konkursowa. Formularze ofertowe są bowiem jednolite w skali kraju: opracowywane są w Narodowym Funduszu Zdrowia i importowane do systemów informatycznych w Oddziałach Wojewódzkich Funduszu do jednolitego zastosowania. Jest to typowy przykład realizacji postulatu jednolitego i równego traktowania oferentów w postępowaniach konkursowych. Powyższe narzędzie informatyczne służące do wyliczenia punktacji dokonuje jej na podstawie danych przekazanych w ofercie przez biorących udział w konkursie świadczeniodawców. Uprawnione jest zatem twierdzenie, że to sam oferent kształtując swoją ofertę, determinuje ilość punktów, które uzyska w omawianym tu rankingu końcowym. Podkreślenia wymaga, że postulat równego traktowania oferentów, o którym mowa w art. 134 ustawy, jest tutaj realizowany poprzez fakt jednolitego zastosowania powyższego narzędzia informatycznego służącego do sporządzenia rankingów. 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. Umowy zawierane są z tymi oferentami, którzy w rankingu końcowym otrzymali największą liczbę punktów, zgodnie z planem finansowym oddziału i planem zakupu świadczeń opieki

zdrowotnej. Wartość postępowania jest zatem wyczerpywana poprzez przyznawanie określonej wysokości środków względem lokalizacji w rankingu końcowym.

Ponadto odnosząc się do argumentacji Odwołującego, należy wskazać, że profesjonalny podmiot prowadzący działalność leczniczą biorący udział w postępowaniu o zawarcie umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej winien w sposób należyty przygotować się do udziału w postępowaniu, zaś składane przez niego oświadczenia mają charakter wiążący i nie mogą być modyfikowane i kształtowane w sposób dowolny w zależności od wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego.

Odnosząc się do pierwszego i jak wynika z treści odwołania zasadniczego zarzutu Odwołującego dotyczącego obrazu zasad równego traktowania stron postępowania poprzez zaproszenie do zawarcia umowy jednego z dwóch oferentów – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Piastun” w Markach – w sytuacji uzyskania przez dwóch oferentów takiej samej łącznej ilości punktów w rankingu końcowym, należy wskazać, że zgodnie z dyspozycją § 8 rozporządzenia kryterialnego, 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. SPZOK „Piastun” w Markach uzyskał 65 pkt za kryterium jakości a Odwołujący 62 pkt. O wyborze oferenta, który zostanie zaproszony do realizacji umowy zadecydowała zatem ilość punktów uzyskanych za kryterium jakości – zgodnie z rozporządzeniem kryterialnym. W wyniku tego rozstrzygnięcia SPZOK „Piastun” w Markach zajął 10 i tym samym ostatnią pozycję w rankingu końcowym uprawniającą do zaproszenia do zawarcia umowy (jak już wyżej wspomniano, w ogłoszeniu wskazano, iż maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogły zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 10). Tym samym bez wpływu na rozstrzygnięcie postępowania konkursowego względem którego skierowane zostało odwołanie pozostaje zarzut Odwołującego wobec Komisji konkursowej, która działała na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. Kolejnym zarzutem Odwołującego jest zarzut wadliwego działania Komisji konkursowej polegającego na braku odrzucenia oferty podlegającej w ocenie składającego odwołanie odrzuceniu, a obowiązek odrzucenia oferty wywodzi z braku reakcji wzywanego do złożenia wyjaśnień oferenta SPZOK „Piastun” w Markach na wezwania Komisji. Postawiony zarzut jest bezpodstawny. Komisja konkursowa wzywała oferenta SPZOK „Piastun” w Markach wezwaniem z dnia 2 sierpnia 2017 r., 4 sierpnia 2017 r. oraz 23 sierpnia 2017 r., przy czym żadne z ww. wezwań nie zawierało rygору odrzucenia oferty i nie dotyczyły tych samych kwestii, choć wezwanie z dnia 23

sierpnia 2017 r. było związane z brakiem pełniej odpowiedzi na wezwanie z dnia 2 sierpnia 2017 roku. Jedynie w wezwaniu z dnia 4 sierpnia wskazano, iż brak odpowiedzi w określonym w wezwaniu terminie tj. do dnia 8 sierpnia 2017 r. będzie skutkował zmianą odpowiedzi udzielonych w ankiecie, skutkującej zmianą wyceny punktowej ankiety. Na każde z ww. wezwań oferent SPZOOZ „Piastun” w Markach udzielił odpowiedzi i na każde w terminie zakreślonym w wezwaniu. Co więcej również analogiczna sytuacja dotycząca potwierdzenia dostępności lekarza specjalisty miała miejsce u Odwołującego i Komisja konkursowa również 2 sierpnia 2017 r. wzywała go do złożenia wyjaśnień oraz 3 sierpnia 2017 r. (w innym przedmiocie).

Odnosząc się do zarzutu dotyczącego przyznawania przez Komisję konkursową punktów za prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, z późn. zm.) wskazać należy, iż Komisja konkursowa w ramach prowadzonego postępowania konkursowego, nie weryfikowała posiadania podpisów elektronicznych kwalifikowanych u żadnego z oferentów, tym bardziej nie weryfikowała, czy oferenci uposażyli wszystkich pracowników zgłoszonych do oferty w taki podpis. Natomiast § 12 ust. 1 Zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. (ze zm.), [dalej: Zarządzenie], na który powołuje się Odwołujący uzasadniając swoją argumentację dotyczącą obowiązku posiadania podpisu kwalifikowanego przez oferentów, dotyczy podpisu składanego przez świadczeniobiorcę (albo opiekuna), każdego dnia potwierdzając w ten sposób realizację zabiegów. Jeżeli więc przyjąć argumentację Odwołującego, wzmocnioną wyżej przywołanym warunkiem realizacji umów Zarządzenia, należałoby oczekiwać, iż Komisja konkursowa będzie, w ramach postępowania konkursowego (a w trakcie realizacji umowy na świadczenia opieki zdrowotnej płatnik), weryfikowała posiadanie podpisów elektronicznych kwalifikowanych przez uprawnionych do świadczeń pacjentów (lub ich opiekunów) i przyznawała za spełnienie tego wymogu dodatkowe punkty. Stwierdzić należy, że fakt spełniania rygoru składania podpisu przez pacjenta (lub opiekuna) w żaden sposób nie neguje faktu prowadzenia dokumentacji elektronicznej, nie zachodzi bowiem żadna przeszkoda, ażeby dokumentację prowadzoną elektronicznie wydrukować w celu pozyskania podpisu pacjenta (lub opiekuna).

W dalszej części odwołania Odwołujący wskazuje na istotne wątpliwości dotyczące staranności oceny ofert w kontekście oceny certyfikatów jakości, w tym w szczególności ocena certyfikatu Arena Zdrowia Sp. z o.o. w Warszawie. Spółka (jak i części pozostałych oferentów) do złożonej oferty załączyła ważny od 29 czerwca 2017 r. do 29 marca 2020 r.

certyfikat jakości, wypełniając w ten sposób wymóg ofertowy. Certyfikat został wystawiony przez uprawnioną do tego profesjonalną firmę certyfikującą, która w ten sposób potwierdza zgodność systemów zarządzania jakością z określoną normą – w przypadku ww. Spółki z ISO/IEC 27001:2013 oraz ISO 9001:2015. Nie było rolą Komisji konkursowej i wykracza to poza zakres kompetencji Komisji badanie zasadności wystawiana certyfikatów przez profesjonalne firmy certyfikujące i ewentualne kwestionowanie ich wartości. Tym samym nieuprawniony jest zarzut Odwołującego.

Natomiast odnosząc się do zarzutu dotyczącego konfliktów personelu, który w trakcie trwania postępowania konkursowego wystąpił w przypadku „ALEXIS II” E i M Łukasik Spółka Jawna oraz Spółki Kriosonik, należy wskazać, iż w dniu 20.07.2017 r. Komisja konkursowa wezwała „ALEXIS II” E i M Łukasik Spółka Jawna do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu (konfliktów personelu). Dotyczyło to między innymi konfliktu dr M. Ch. – specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej w piątki w godzinach 18:30-20:00, czyli w wymiarze czasowym równym 1,5 godziny. Oferent ALEXIS II złożył wyjaśnienia w terminie wnosząc o uwzględnienie poprawki w harmonogramie poprzez zgłoszenie innego lekarza posiadającego takie same kwalifikacje czyli specjalistę II stopnia w dziedzinie rehabilitacji medycznej p. dr H. M. w tym samym wymiarze czasowym pracy (1,5 godziny) w piątki 14:30-16:00. Komisja konkursowa uznała wyjaśnienia ww. oferenta, gdyż w istocie zmiana ta pozostawała bez skutku dla wartości punktowej oferty, nie wpływało to na poprawienie sytuacji oferenta w konkursie. Taki sposób postępowania, w analogicznych sytuacjach, Komisja konkursowa przyjęła wobec wszystkich oferentów u których wystąpiły elementy sporne harmonogramu personelu. Wzywając wszystkich oferentów, u których wystąpiły konflikty personelu do wyjaśnień, komisja konkursowa przyjęła jednolity sposób rozpatrywania wyjaśnień oferentów czyli możliwość zamiany personelu medycznego posiadającego dokładnie takie same kwalifikacje i w tym samym wymiarze czasowym. Komisja przyjęła taką zasadę w stosunku do wszystkich oferentów kierując się koniecznością zapewnienia realizacji zasady równego traktowania oferentów oraz przyjęcia jednolitości w sposobie rozpatrywania ofert złożonych w postępowaniu.

W odniesieniu do zarzutu dotyczącego kwestii postępowania Komisji konkursowej związanego z wyjaśnieniem sytuacji z podwykonawcą u oferenta Arena Zdrowia, należy wskazać, iż z powodu rozbieżności we wskazanych podwykonawcach pomiędzy formularzem ofertowym a kopią umowy załączoną do oferty, Komisja konkursowa dnia 17 lipca 2017 r. wezwała oferenta do usunięcia braków formalnych i złożenia wyjaśnień w tej sprawie. Pismem z dnia 19 lipca 2017 r. oferent udzielił wyjaśnień, i wskazał, że właściwą umową w

zakresie transportu sanitarnego jest umowa wskazana w formularzu ofertowym uwzględniona w portalu SZOI i załączył kopię tejże umowy. Komisja konkursowa przyjęła wyjaśnienia oferenta. Komisja konkursowa wyjaśniając rozbieżności skorzystała z mechanizmów przewidzianych przez prawodawcę w postępowaniu konkursowym i podejmowała tożsame czynności w analogicznych przypadkach. Nie zasługuje na uwzględnienie zarzut Odwołującego, którego oczekiwaniem jest, zgodnie z treścią zarzutu, jedynie negatywna weryfikacja ofert i składanych do nich wyjaśnień, choć działania Komisji mieszczą się w trybach i ramach przewidzianych prawem. Wychodząc na przeciw temu oczekiwaniu, mechanizm taki jak wezwanie do usunięcia braków formalnych i złożenia wyjaśnień mógłby przynosić jedynie skutek negatywny dla składających ofertę, a zatem w ogóle budzi uzasadnioną wątpliwość, co do sensu wykorzystywania przez Komisję tychże mechanizmów, choć – jak już wspomniano wcześniej - sam Odwołujący był w ramach jednego z takich narzędzi Komisji konkursowej - wezwania do złożenia wyjaśnień – Odwołujący był przez Komisję konkursową wzywany dnia 2 i 3 sierpnia 2017 r. i Komisja konkursowa przyjęła złożone wyjaśnienia Odwołującego.

Podkreślić należy, iż fakt spełniania przez Odwołującego warunków koniecznych do realizacji umowy, nie jest równoważny z dokonaniem wyboru jego jako realizatora umowy. Spełnianie warunków koniecznych oznacza jedynie, że oferta ta nie podlega odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy zgodnie z którą, odrzuca się ofertę jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, tj. Zarządzenia Prezesa Funduszu określających 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. Jeżeli oferta nie podlega odrzuceniu, poddawana jest ocenie przez pryzmat kryteriów ocen ofert wskazanych w art. 148 ustawy, a skutkiem tejże oceny jest konkretna lokalizacja w rankingu końcowym, o którym była mowa wyżej. Uzasadnione jest zatem twierdzenie, że bezpośrednim powodem faktu niewybrania oferty Odwołującego do realizacji umowy, był fakt oparcia przebiegu postępowania, przyznawania w jego ramach punktacji ofert i dokonania rozstrzygnięcia w ramach realizacji postulatu równego traktowania oferentów, oraz przyznawania środków w wymiarze adekwatnym do miejsca rankingowego.

Reasumując należy wskazać, że podniesione argumenty Odwołującego nie wywołują skutku w sferze rozstrzygnięcia postępowania konkursowego względem którego skierowane zostało odwołanie. Odwołujący zarówno w wywiedzionym środku odwoławczym nie wykazał jakie zasady postępowania o zawarcie umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostały przez Komisję konkursową naruszone, tym samym nie wykazał interesu prawnego we wniesieniu tego środka.

Skoro zatem Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem dyrektywy, wynikającej z art. 134 ust. 1 ustawy, dokonała prawidłowo rozstrzygnięcia postępowania, nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

4. Mając powyższe na uwadze Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ uważa, iż zarzuty podniesione w odwołaniu złożonym przez Odwołującego nie zasługują na uwzględnienie.

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 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 otrzymania decyzji Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Strona może wnieść skargę na tę 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.

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

Otrzymują:

1. "ALEXIS II" E I M ŁUKASIK SPÓŁKA JAWNA, ul. BODYCHA 97, 05-820 PIASTÓW;
2. "ARNICA" ADAM OLSZEWSKI I WSPÓLNIK SPÓŁKA JAWNA, ul. ARMII KRAJOWEJ 18A, 06-400 CIECHANÓW;
3. "KRIOSONIK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. WYSOCKIEGO 51, 03-202 WARSZAWA;
4. ANDRZEJ TADEUSZ SZELIGA, ul. IZY ZIELIŃSKIEJ 14/46, 96-300 ŻYRARDÓW;
5. ARENA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. WŁODARZEWSKA 69A, 02-384 WARSZAWA;
6. CENTRUM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. GAŚSIOROWSKIEGO 12/14, 05-510 KONSTANCIN-JEZIORNA;
7. EMILIA KOTIEWSKA – AVRAMEVA, ul. JANA BRZECHWY 64, 96-300 ŻYRARDÓW;
8. PRZYCHODNIA LEKARSKO STOMATOLOGICZNA "AMODENT" LUCYNA JOANNA KURPIEL, ul. DZIECI WARSZAWY 29/U.X, XI, XII, 02-495 WARSZAWA;
9. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PIASTUN, ul. MIKOŁAJA REJA 1, 05-820 PIASTÓW;
10. ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEGIONOWO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. SOWIŃSKIEGO 4, 05-120 LEGIONOWO.
11. aa.