

DP.422.8.2017

Warszawa 23. czerwca..... 2017 r.

WYCH-93918/2017

Odwołujący:SALUS Sp. z o.o.
ul. Rybna 11
05-503 Wola Gólkowska**Strona postępowania:**Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Sp. z o.o.
ul. Gąsiorowskiego 12/14
05-510 Konstancin JeziornaCentrum Zdrowia Adam Muszyński Spółka Jawna
ul. Czajewicza 5/7/49
05-500 PiasecznoMazowieckie Centrum Rehabilitacji Stocer Sp. z o.o.
ul. Wierzejewskiego 12
05-510 Konstancin JeziornaZdrowie To My s.c.
ul. Uroczą 14,
05-500 JózefosławSamodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarczynie
ul. Warszawska 42
05-555 TarczynMazowieckie Centrum Rehabilitacji STOCER Sp. z o.o.
ul. Wierzejewskiego 12
05-510 Konstancin Jeziorna**DECYZJA NR 7/2017/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. 2016 r., poz. 23 z późn. zm.):

ODD A L A M

odwołanie SALUS Sp. z o. o. od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-17-000275/REH/05/1/05.1300.207.02/01 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 lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna

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 marca 2017 r. Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie nr 07-17-

000275/REH/05/1/05.1300.207.02/01 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 lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r., wskazując na możliwość zawarcia maksymalnie siedmiu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Wartość postępowania wynosiła 271 968,84 zł.

Na postępowanie wpłynęło osiem 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 2 czerwca 2017 r. do udzielania świadczeń wybrano pięciu oferentów (jednego oferenta z dwoma miejscami udzielania świadczeń), których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów. Ranking końcowy postępowania został przedstawiony w załączniku do decyzji.

W dniu 8 czerwca 2017 r. do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie SALUS Sp. z o.o.. Tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie. W odwołaniu podniesiono zarzut naruszenia zapisów § 5 ust. 2 i załącznika nr 5 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 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.) poprzez dokonanie błędnej oceny kryteriów wyboru oferty i nieprzyznanie właściwej ilości punktów oraz naruszenia art. 134 ust. 1 i ust. 2 ustawy poprzez jego błędne zastosowanie, przejawiające się w wyborze ofert podmiotów, których przeprowadzona ocena była niepełna, nierzetelna i nieprawidłowa w kontekście zasad jej przeprowadzenia, co skutkowało zaniżeniem punktacji Odwołującego, w sytuacji, gdy inni oferenci reprezentujący niższy poziom świadczenia usług otrzymali wyższą punktację niż Odwołujący.

W oparciu o wskazane powyżej zarzuty Odwołujący wniósł o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016, poz. 23 z późn. zm.) 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 SALUS Sp. z o.o., 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, umożliwiając 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 oferta Odwołującego 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 5 pkt za ofertę cenową, 6 pkt za ciągłość, 15 pkt za kompleksowość, 0 pkt za jakość, 1 pkt za dostępność – łącznie 27 pkt. Kryterium decydującym o zajęciu przez Odwołującego odległego, siódmego miejsca w rankingu końcowym było przede wszystkim kryterium jakości, za które Odwołujący uzyskał zaledwie 0 pkt, co wiązało się z brakiem uzyskania dodatkowych punktów i ostatecznie niską oceną jego oferty.

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.

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. Oceniona w opisany powyżej sposób oferta Odwołującego znalazła się na siódmym miejscu w rankingu końcowym i nie została wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Odwołujący wskazuje, że spełnia wszystkie wymagane warunki świadczeń gwarantowanych z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, tj. zatrudnia lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, w poradni czynnej co najmniej 2 dni w tygodniu, co najmniej jeden dzień w przedziale czasowym 13-18, w wymiarze 11 godzin (czyli co najmniej $\frac{1}{4}$ etatu przeliczeniowego). W związku z powyższym, w ocenie Odwołującego jego oferta spełnia warunki dodatkowe za które powinna otrzymać 25 pkt a nieprzyznanie punktacji stanowi naruszenie jego interesu prawnego. Ponadto, zdaniem Odwołującego, żaden przepis nie stanowi, że obowiązek spełnienia przez oferenta dodatkowych wymagań musi wynosić jeszcze raz tyle, ile jest wymagane w podstawowych warunkach realizacji świadczeń.

W odpowiedzi na tak postawiony zarzut, należy przedstawić następujące wyjaśnienia. Oferent biorący udział w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna 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.

Zgodnie z wymaganymi warunkami udzielania świadczeń dotyczącymi personelu, określonymi w pkt. 1 lit. a Załącznika nr 1 do rozporządzenia koszykowego (warunki obligatoryjne), porady lekarskiej rehabilitacyjnej udziela lekarz:

- 1) specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, 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) ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
- 3) który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej lub
- 4) specjalista 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 $\frac{1}{4}$ etatu przeliczeniowego (równoważnik $\frac{1}{4}$ etatu przeliczeniowego).

Zgodnie z warunkami dotyczącymi personelu, określonymi w 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 wnika, że świadczeń udziela lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, w wymiarze:

równoważnik co najmniej 1 etatu - 54 pkt, równoważnik co najmniej ½ etatu - 40 pkt, równoważnik co najmniej ¼ etatu - 25 pkt. 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 spełnił bezwzględnie wymagane (obligatoryjne) warunki dotyczące minimalnego czasu pracy lekarzy, wynikające z rozporządzenia koszykowego, tj. ¼ etatu przeliczeniowego, dlatego też nie uzyskał dodatkowych punktów za kryterium jakości.

Odwołujący podnosi również zarzut dokonania przez Komisję konkursową niepełnej, nierzetelnej i nieprawidłowej oceny ofert złożonych w postępowaniu, co skutkowało zaniżeniem punktacji Odwołującego oraz przyznaniem zawyżonej liczby punktów pozostałym oferentom, reprezentującym niższy poziom świadczenia usług, co skutkowało naruszeniem zasady równego traktowania oraz zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Odwołujący zarzuca Komisji konkursowej, że nie wzięto pod uwagę faktu udzielania przez niego świadczeń nieprzerwanie od 15 lat, jak również kwalifikacji personelu, jego umiejętności oraz doświadczenia. Komisja konkursowa pominęła również fakt posiadania przez Odwołującego bardzo dobrych warunków lokalowych oraz zdobytego przez Odwołującego doświadczenia, zasług dla rozwoju rehabilitacji w terenie wiejskim oraz poprawy dostępności.

Przede wszystkim po raz kolejny należy wskazać, że Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert w oparciu o przepisy 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.). Kryteria, które zdaniem Odwołującego powinny być również oceniane, m.in. doświadczenie i umiejętności personelu, warunki lokalowe czy też zasługi dla rozwoju rehabilitacji, są kryteriami nieznanymi rozporządzeniu i ustawie, a zatem nie mogą być stosowane jako wiążące w procesie oceny ofert. Odwołujący stawia również niezrozumiały zarzut nieprzyznania punktów jego ofercie za kompleksowość oraz za realizowanie przez niego wieloletniej umowy. Oferta Odwołującego za kompleksowość otrzymała maksymalną możliwą do zdobycia liczbę 15 pkt. Z kolei fakt realizowania przez Odwołującego

wieloletniej umowy również został uwzględniony przez Komisję konkursową - Odwołujący otrzymał 6 punktów za ciągłość.

W wyniku przeprowadzonego postępowania do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wybrani zostali oferenci, których oferty uzyskały najwyższą łączną liczbę punktów. Dlatego też 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 up. Dyrektora
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Medycznych
Michał Dereziński

Ranking końcowy

(malejąco wg łącznej liczby punktów oceny***)

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Adres miejsca udzielenia świadczeń	Dane z oferty końcowej (po negocjacjach)				Ocena oferty										
					Liczba świadczeń (jedn. rozlicz.)		Cena jednostki rozlicz. (zł)	Wartość świadczeń (zł)		Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostających kryteriów		Łączna liczba punktów oceny	Status pozycji oferty**	Decyzja o wybraniu oferty				
					w ofercie	narastająco		w ofercie	narastająco		jakosc swozosc	ciaglosc				inne	razem		
1	07-17-000275(05/1)-0002(4)	CENTRUM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI SPÓŁKA Z O.O.	05-510 KONSTANCIN-JEZIORNA ul. GĄSIOR	05-510 KONSTANCIN-JEZIORNA ul. GĄSIOR	72608	72608	1,17	84951,36	84951,36	5	58	15	0	6	2	81	86 Z	Tak	
2	07-17-000275(05/1)-0007(4)	CENTRUM ZDROWIA ADAMIUSZYŃSKI SPÓŁKA Z O.O.	05-500 PIASECZNO ul. CZAJEWICZA 57/49	05-500 PIASECZNO ul. CZAJEWICZA 57/49	38197	110865	1,17	44690,49	129641,85	5	56	15	1	6	0	78	83 Z	Tak	
3	07-17-000275(05/1)-0001(4)	MAZOWIECKIE CENTRUM REHABILITACJI STOCZKIENSKA SPÓŁKA Z O.O.	05-510 KONSTANCIN-JEZIORNA ul. WIERZE	05-510 KONSTANCIN-JEZIORNA ul. WIERZE	37026	147933	1,17	43322,76	172964,61	5	56,5	0	0	8	0	64,5	69,5 Z	Tak	
4	07-17-000275(05/1)-0003(4)	ZDROWIE TO MY SPÓŁKA CYWILNA	05-500 JÓZEFOSŁAW ul. UROCZA 14	05-500 JÓZEFOSŁAW ul. UROCZA 14	32936	160771	1,06	34914,28	207878,89	5	56	0	0	0	0	56	65,7 Z	Tak	
5	07-17-000275(05/1)-0003(4)	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDRÓWIA	05-555 TARCZYŃ ul. WARSZAWSKA 42	05-555 TARCZYŃ ul. WARSZAWSKA 42	21374	202145	1,06	22442,7	230321,59	10	29	15	1	4	0	49	59 Z	Tak	
6	07-17-000275(05/1)-0006(4)	MAZOWIECKIE CENTRUM REHABILITACJI STOCZKIENSKA SPÓŁKA Z O.O.	05-510 KONSTANCIN-JEZIORNA ul. WIERZE	05-510 KONSTANCIN-JEZIORNA ul. WIERZE	30305	232450	1,17	35456,85	265778,44	5	43	0	0	0	0	49	54 Z	Tak	
7	07-17-000275(05/1)-0006(4)	"SALUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	05-503 WOLA GÓLKOWSKA ul. RYBNA 11	05-503 WOLA GÓLKOWSKA ul. RYBNA 11	9689	242139	1,17	11336,13	277114,57	5	0	15	1	6	0	22	27 Z	Nie	
8	07-17-000275(05/1)-0005(4)	EMC PIASECZNO SPÓŁKA Z O.O.	05-500 PIASECZNO ul. MICKIEWICZA 39	05-500 PIASECZNO ul. MICKIEWICZA 39	9689	251828	1,17	11336,13	288450,7	5	2,5	15	0	4	0	21,5	26,5 Z	Nie	
9	07-17-000275(05/1)-0004(4)	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDRÓWIA	05-530 GÓRA KALWARIA ul. POR. JANA BIAŁEGO	05-530 GÓRA KALWARIA ul. POR. JANA BIAŁEGO	0	251828	0	0	288450,7	5	2	0	0	0	0	2	7	D	Nie

