

DP.422.66.2017
WYCH-100013/2017

Warszawa, dnia 30 czerwca 2017 roku

Odwołujący:
Przychodnia Stomatologiczna
Joanna Maliszewska
ul. Czerska 5
05-604 Jasieniec**Strona postępowania:**
Danuta Bandel
ul. Modzelewskiego 40/11
02-679 Warszawa**DECYZJA NR 63/2017/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 2016 r. poz. 23, z późn. zm.) [dalej jako k.p.a.]:

ODD A L A M

Odwołanie wniesione przez Przychodnię Stomatologiczną Joanna Maliszewska z siedzibą w Jesieńcu [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-17-000530/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki w rodzaju leczenie ogólnostomatologiczne w zakresie świadczenia zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki w trybie konkursu ofert ogólnostomatologiczne.

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 5 kwietnia 2017 roku Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie nr 07-17-000530/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku.

Wartość postępowania na okres rozliczeniowy wynosiła nie więcej niż 45 900,00 złotych.

Na postępowanie wpłynęły dwie oferty, przy czym żadna nie podlegała 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. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.) tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny.

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 14 czerwca 2017 roku. Do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wybrany został jeden świadczeniodawca, który otrzymał najwyższą ilość punktów w rankingu końcowym. W ogłoszeniu wskazano bowiem, że planowana jest jedna umowa do zawarcia w wyniku tego postępowania. W rozstrzygnięciu postępowania oferta Odwołującego zajęła drugie miejsce w rankingu końcowym i tym samym Odwołujący nie został wybrany do udzielania świadczeń. Ranking końcowy z przeprowadzonego postępowania stanowi załącznik do niniejszej decyzji.

Odwołujący złożył w dniu 26 czerwca 2017 roku odwołanie od powyższego rozstrzygnięcia, z datą nadania 21 czerwca 2017 roku, tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie.

We wniesionym środku odwoławczym Odwołujący podniósł, że wadliwe było przyznawanie punktacji za personel oraz warunki dla osób niepełnosprawnych względem oferenta wybranego do realizacji umowy, ponadto Odwołujący wskazał, że komisja konkursowa w sposób nieuprawniony przyznawała punktację za spełnienie kryterium ciągłości, a ponadto postępowanie pozostawało w sprzeczności z Zarządzeniem nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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 2001r, 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.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że zgodnie z art. 152 ust. 2 pkt 2 ustawy środek odwoławczy jakim jest odwołanie nie przysługuje na niedokonanie wyboru świadczeniodawcy. Nie ulega wątpliwości, że jedynym zarzutem jaki został postawiony przez Odwołującego jest fakt niedokonania przez MOW NFZ wyboru jego oferty, co powoduje, że uzasadnione jest stwierdzenie, że skierowane odwołanie może być uznane za niedopuszczalne z uwagi na zacytowane powyżej unormowanie art. 152 ust. 2 pkt 2 ustawy. Odwołujący 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 środka odwoławczego. W treści odwołania został jedynie wskazany art. 134 ust. 1 ustawy, który statuuje zasadę równego traktowania, jednakże w ocenie Odwołującego oferenci w tym postępowaniu zostali potraktowani nierówno w tym sensie, że oferta Odwołującego nie została wybrana do realizacji umowy o udzielanie świadczeń, pomimo oczywistych faktów, że planowane było zawarcie 2 umów, a Odwołujący zajął drugie - ostatnie miejsce w rankingu. Należy w tym miejscu podkreślić, że Komisja konkursowa dokonała weryfikacji wszystkich złożonych ofert w jednolity sposób, a więc z poszanowaniem zasady równego traktowania oferentów. 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 12,98 pkt i tym samym zajął drugą pozycję. Należy podkreślić, że oferent, który zajął pierwszą pozycję otrzymał istotnie wyższą ilość: 23 pkt. W obliczu faktu, że zaplanowano zawarcie jednej umowy, dysproporcja punktacji w rankingu wyznaczyła wynik tego postępowania. 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. 132 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.

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.

Umowy zawierane są z tymi oferentami, którzy w rankingu końcowym otrzymali największą liczbę punktów, zgodnie z maksymalną ilością wskazanych w ogłoszeniu umów, planem finansowym oddziału i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. 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 wyznaczaniu realizatora umowy w oparciu o miejsce rankingowe.

Odnosząc się do treści zawartych w dalszej części odwołania, należy wskazać, że zarzuty dotyczące punktacji za personel, które w ocenie Odwołującego zostały niesłusznie przyznane są bezprzedmiotowe w obliczu faktu, że oferent, który zajął pierwsze miejsce w rankingu nie otrzymał punktów z tytułu posiadanego personelu.

Fakt zadeklarowanych udogodnień w pomieszczeniach sanitarnych przez osoby niepełnosprawne skutkowało przyznaniem 2 pkt zarówno Odwołującemu jak i oferenta, który zajął pierwsze miejsce w rankingu na podstawie sposobu wypełnienia oferty. Niezależnie od powyższego należy stwierdzić, że różnica w punktacji pomiędzy Odwołującym a oferentem zajmującym pierwsze miejsce w rankingu wynosi 10,02 pkt, a zatem zróżnicowanie w wymiarze 2 pkt pozostaje obojętne dla lokalizacji w rankingu.

Podniesiony przez Odwołującego fakt naruszenia Zarządzenia nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie zasługuje na uwzględnienie, ponieważ ww. Zarządzenie utraciło moc w wyniku nowelizacji ustawy wprowadzonej ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, z późn. zm.), która nadała nowe brzmienie art. 146 ustawy, przepisowi prawa stanowiącego delegację ustawową wydania przez Prezesa NFZ ww. zarządzenia. Tym samym zarządzenie to przestało obowiązywać z dniem 1 lipca 2016 r. i w trakcie postępowania konkursowego nr 07-17-000530/STM/07/1/07.0000.218.02/01, ogłoszonego 5 kwietnia 2017 r. również nie obowiązywało.

Odnosząc się do zarzutu przyznania punktów za kryterium ciągłości należy wskazać, że fakt uprawnionego uwzględnienia tego kryterium wynika zarówno z brzmienia art. 148 ust. 1 pkt 4 ustawy: porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert m.in. ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, jak i utrwalonego orzecznictwa sądów administracyjnych. W uzasadnieniu do wyroku z dnia 2 lutego 2017 r. II GSK 5488/16 sygn. akt II GSK 5488/16, Naczelny Sąd Administracyjny zważył, co następuje: „Ciągłość” jest więc jednym z kryteriów porównania złożonych ofert świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Tak więc - skoro w świetle literalnego brzmienia kryterium "ciągłości", jako organizacji udzielania świadczeń, to zapewnienie kontynuacji procesu (diagnostycznego czy terapeutycznego) w szczególności przez ograniczenie ryzyka przerwania procesu leczenia realizowanego w dniu złożenia oferty - zasadne jest stwierdzenie, że najmniejsze ryzyko przerwania procesu leczenia pacjenta zapewnia świadczeniodawca prowadzący już to leczenie na podstawie uprzednio zawartej umowy.

Za przyjęciem takiego stanowiska przemawia też uzasadnienie projektu wprowadzonej zmiany.

Wskazano w nim, że skoro kryterium "ciągłości" należy rozumieć jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego oraz ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń - to kryterium to premiować będzie oferty świadczeniodawców realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyjaśniono bowiem, że każda zmiana świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Oferta nowego świadczeniodawcy powinna zatem być lepsza, aby uzasadniać związane z jej wyborem zmiany (por. Sejm RP VII kadencji, nr druku 1785).

Przedstawionego wyżej rozumienia kryterium "ciągłości" – w zgodzie z motywami wprowadzonych zmian ustawy o świadczeniach - w ocenie składu orzekającego Naczelnego Sądu Administracyjnego, nie podważa fakt, że ustawa o świadczeniach w art. 134 w ust. 1 nakłada na Fundusz obowiązek zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Sposób realizacji tej zasady określa ust. 2, zgodnie z którym, wszelkie 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.

Na gruncie powołanych regulacji przyjmuje się, że zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Naruszeniem omawianej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych

kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Taka sytuacja w rozpoznawanej sprawie nie miała miejsca. Ponadto wszystkie wymagania były znane wykonawcom w chwili przygotowywania ofert (por. I. Kowalska-Mańkowska, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sikorko, K. Urban – Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz; komentarz do art. 134, teza 1-3; publ. LEX/el., 2016, B. Łukasik, J. Nowak-Kubiak - Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz; komentarz do art. 134, publ. ABC 2006).

Jeżeli zaś chodzi o obowiązek przygotowania i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji, to zasadniczo chodzi o to, aby nie eliminować z udziału w postępowaniu określonej grupy wykonawców bądź nie stwarzać określonej grupie wykonawców uprzywilejowanej pozycji. Uznać należy, że zachowanie konkurencji nie może jednak stanowić celu samego w sobie i nie każde uprzywilejowanie musi oznaczać naruszenie uczciwej konkurencji. Ocena zróżnicowania sytuacji podmiotów wymaga oceny, czy zróżnicowanie to można uznać za uzasadnione, w szczególności czy pozostaje w związku bezpośrednim z celem przepisów, wagą interesu, dla którego zróżnicowanie jest wprowadzone, czy pozostaje w proporcji do interesów naruszanych (por. wyrok SN z dnia 5 maja 2010 r., sygn. akt I PK 201/09 i wyroki NSA z dnia 18 maja 2011 r., sygn. akt II GSK 490/10 oraz z dnia 11 stycznia 2013 r., sygn. akt II GSK 2331/11).

Jak już wskazano ustawodawca cel kryterium "ciągłości" wiąże z ograniczeniem ryzyka przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów. Zatem ma na uwadze dobro pacjentów. Wagę tego interesu pacjentów trzeba uznać za proporcjonalną do pewnego uprzywilejowania świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej już świadczących te usługi.

Zdaniem składu orzekającego NSA istotne jest i to, że interpretowanie kryterium "ciągłości" tylko jako ryzyka przerwania świadczeń "na przyszłość" przez biorącego udział w konkursie w istocie pokrywałoby się z kryterium kompleksowości, która w myśl art. 5 pkt 7a ustawy o świadczeniach oznacza możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie. Podkreślenia wymaga również, że - jak wskazano w powołanym wcześniej uzasadnieniu nowelizacji ustawy - celem doprecyzowania kryteriów wyboru oferty było zapobieżenie interpretacjom rozbieżnym lub

pokrywającym się. Trzeba nadto uznać, że konieczność zapewnienia realizacji świadczeń przez cały czas trwania umowy, o zawarcie której konkurują zainteresowani świadczeniodawcy, jest oczywista, stąd tego wymogu nie można utożsamiać z wymogiem spełnienia kryterium "ciągłości" w rozumieniu art. 148 pkt 1 i art. 5 pkt 2a ustawy o świadczeniach."

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

Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem dyrektywy, wynikającej z art. 134 ust. 1 ustawy, dokonała prawidłowo rozstrzygnięcia postępowania, z tego powodu 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 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 up. Dyrektora
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia,
ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Finansowych
Milosz Anczakowski

KONKURS OFERT NA ROK 2017	DATA: 2017-06-26
NAZWA RODZAJU ŚWIADCZEŃ: LECZENIE STOMATOLOGICZNE	KOD POSTĘPOWANIA: 07-17-000530/STM/07/1/07.0000.218.02/01
NAZWA ZAKRESU: ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE	

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

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferty	Adres oferty	Adres miejsca udzielenia świadczeń	Liczba świadczeń (jedn. rozlicz.)		Cena jednostki rozlicz. (zł)	Wartość świadczeń (zł)		Punkcja za ofertę cenową	Ocena oferty					Łączna liczba punktów oceny	Status pozycji oferty**	Decyzja o wybraniu oferty tak/nie	
					w ofercie	narastająco		w ofercie	narastająco		jakość	kompleksowość	dotętność	ciężkość	inne				razem
1	107-17-000530/07/1-0002/1	DANUTA BANDEL	02-879 WARSZAWA ul. MODZELLEWSKIEGO	GABINET STOMATOLOGICZNY 05-604 JASIE	45000	0	1,02	45000	0	5	2	0	5	11	0	0	18	23 D	Tak
2	107-17-000530/07/1-0001/1	PRZYCHODNIA STOMATOLOGICZNA JOANNA MA	05-604 JASIEŃC ul. CZERSKA 5	PORADNIA STOMATOLOGICZNA JOANNA M	45000	0	0	45000	0	5,98	0	0	7	0	0	0	7	12,98 D	Nie