

Odwołujący:

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Centrum Medyczne Medjana Janina Piasta
ul. Dionizego Czachowskiego nr 21A
26-600 Radom

Strony postępowania:

według rozdzielnika

DECYZJA NR 125/2017/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.]:

ODD A L A M

Odwołanie wniesione przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne Medjana Janina Piasta w Radomiu [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-17-000970/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 w 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 07-17-000970/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 440 416,62 złotych.

W ogłoszeniu wskazano, iż maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogły zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 6.

Na postępowanie wpłynęło 17 ofert, w tym 4 oferty zostały odrzucone. 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.), tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny.

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 13 września 2017 roku. Do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wybranych zostało 6 świadczeniodawców, którzy w rankingu końcowym otrzymali kolejno największą liczbę punktów. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania oferta Odwołującego zajęła siódme 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 20 września 2017 r. odwołanie od powyższego rozstrzygnięcia, tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie.

We wniesionym środku odwoławczym Odwołujący podniósł, że nie został zaproszony na negocjacje oraz podniósł zarzut naruszenia art. 134 ust. 1 ustawy poprzez przyznanie punktów innym oferentom za kryterium ciągłości.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 k.p.a., został poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. W dniu 28 września Odwołujący złożył dodatkowe oświadczenie do złożonego uprzednio odwołania.

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 68 pkt i tym samym zajął 7 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.

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 planem finansowym oddziału i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. Wartość postępowania jest zatem wyczerpywana poprzez przyznawanie określonej wysokości środków względem lokalizacji w rankingu końcowym. Oferta Odwołującego została sklasyfikowana na 7 pozycji rankingu końcowego uzyskując 68 pkt, podczas gdy Oferenci, którzy zostali wyłonieni do realizacji umowy otrzymali odpowiednio od 74,9 do 81,9 pkt. 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.

Podkreślić należy, iż fakt spełniania przez Odwołującego warunków koniecznych do realizacji umowy oraz bycie aktualnie stroną umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, 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.

Odnosząc się w tym miejscu do zarzutu naruszenia art. 134 ust. 1 ustawy poprzez przyznanie punktów innym oferentom 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."

Odnosząc się do treści zawartych w dalszej części odwołania, należy wskazać, że fakt niezaproszenia Odwołującego na negocjacje oparty był na obiektywnej przesłance braku celu zapraszania na negocjacje w relacji do konkurujących świadczeniodawców. Do negocjacji kwalifikowani byli oferenci, którzy w przypadku zmiany ceny mieli możliwość zmiany swojej pozycji w rankingu na tyle, aby wystąpiła możliwość znalezienia się w rozstrzygnięciu. Odwołujący uzyskał 68 pkt, przy czym za kryterium cenowe otrzymał 5 pkt, a więc nawet gdyby na spotkaniu negocjacyjnym przedstawił najniższą ofertę cenową i w sumie otrzymał maksymalną ilość punktów – 10 za to kryterium, łączna wartość punktów wynosiłaby 73, podczas gdy oferent z najniższą liczbą punktów wybrany do realizacji umowy otrzymał ich 74,9, a zatem i tak więcej od Odwołującego.

Odnosząc się zaś do zarzutu dotyczącego przeprowadzenia wizytacji przez Komisję konkursową tylko części oferentów biorących udział w konkursie, wskazać należy, iż zgodnie z § 17 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. poz. 1980, z późn. zm.), Komisja konkursowa przeprowadza weryfikację u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub z którymi rozwiązano uprzednią umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta. Nie może zatem zasługiwać na uwzględnienie zarzut wobec Komisji konkursowej, która działała na podstawie i w granicach obowiązującego prawa. Natomiast w dalszej części Odwołujący kieruje zarzuty wobec Komisji konkursowej wskazując, że oferty innych oferentów wybranych do zawarcia umowy z NFZ, w opinii Odwołującego nie spełniają wymaganych w konkursie wymogów. Odwołujący nie wskazuje jednak konkretnie które oferty budzą jego zastrzeżenia, co uniemożliwia analizę tak podniesionych zarzutów a tym samym odniesienie się do nich.

Reasumując należy wskazać, że Odwołujący zarówno w wywiedzionym środku odwoławczym jak i w uzupełnieniu z dnia 28.09.2017 r., 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. Skarab Mundurowych
Anna Ludwiczak

Otrzymują:

1. "KRIOSONIK" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. WYSOCKIEGO 51, 03-202 WARSZAWA;
2. EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. ZGRZEBNIOKA 22, 43-100 TYCHY;

3. FIZIOLEK SPÓŁKA CYWILNA ANNA RAŻNIEWSKA, DARIUSZ KAPCIAK, ul. DĄBROWSKIEGO 36, 98-220 ZDUŃSKA WOLA;
4. FUNDACJA MONTIANA POLONIA, ul. ZGODNA 6, 26-600 RADOM;
5. REHA-COMPLEX S.C. JOANNA KILJANEK, RAFAŁ KRAMER, ul. SOBIESKIEGO 1, 26-600 RADOM;
6. SALUTE SPÓŁKA Z O.O., ul. ZBROWSKIEGO 63, 26-600 RADOM;
7. aa.

KONKURS OFERT NA ROK 2017		DATA: 2017-09-13
NAZWA RODZAJU ŚWIADCZEŃ: REHABILITACJA LECZNICZA		KOD POSTĘPOWANIA: 07-17-000970/REH/05/1/05.1310.209.02/01
NAZWA ZAKRESU: FIZJOTERAPIA DOMOWA		

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

Pozycja oferty w ranking u	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Adres miejsca udzielenia świadczeń	Liczba świadczeń (jedn. rozlicz.) w ofercie		Cena jednostki rozlicz. (zł)	Wartość świadczeń (zł)		Punktaacja za ofertę cenową	Punktaacja z tytułu pozostałych kryteriów				Łączna liczba punktów oceny	Status pozycji oferty**	Decyzja o wybraniu oferty lub nie
					narastająco	dekresem		w ofercie	dekresem		kompleksowość	ciągłość	linie	razem			
1	07-17-000970/05/1-0007/06	REHA-COMPLEX S.C. JOANNA KILJANEK, RAFAŁ KRAMER	26-600 RADOM ul. SOBIESKIEGO 1	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 26-600 RADOM ul. SOBIESKIEGO 1	92273	92273	0,92	84891,16	84891,16	9,9	62	4	0	0	72	81,9 Z	Tak
2	0015/06	SALUTE SPÓŁKA Z O.O.	26-600 RADOM ul. ZBROWSKIEGO 63	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 26-600 RADOM ul. ZBROWSKIEGO 63	40542	132815	0,91	36893,22	121784,38	10	64	3	4	0	71	81 Z	Tak
3	0001/06	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	43-100 TYCHY ul. ZGRZEBNIOKA 22	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 26-600 RADOM ul. 25 CZERWCA 81	90934	223749	0,91	82749,94	204534,32	10	61	3	4	0	71	81 Z	Tak
4	0012/06	FIZJOLEK SPÓŁKA CYWILNA ANNA RAŻNIEWSKA, DARIUSZ KAPCIAK	98-220 ZDUŃSKA WOLA ul. DĄBROWSKIEGO 36	FIZJOTERAPIA DOMOWA 26-610 RADOM ul. GŁÓWNA 12/1	76884	306633	0,92	70733,28	275267,6	9,9	62	0	4	0	66	75,9 Z	Tak
5	0014/06	"KRIOSONIK" SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	03-202 TARGÓWEK ul. WYSOCKIEGO 51	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 26-615 RADOM ul. PL. JANA ZIEMARSKIEGO 1A	89813	390446	1,02	91609,26	366876,86	5	63	3	4	0	70	75 Z	Tak
6	0008/06	FUNDACJA MONTIANA POLONIA	26-600 RADOM ul. ZGODNA 6	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 26-600 RADOM ul. MIKOŁAJA REJA 28	33543	423989	0,92	30859,56	397736,42	9,9	62	0	3	0	65	74,9 Z	Tak
7	0004/06	JANINA PIASTA	26-660 WISOLA ul. SPACEROWA 52H	FIZJOTERAPIA DOMOWA 26-615 RADOM ul. CZACHOWSKIEGO 21A	0	423989	0	0	397736,42	5	60	0	3	0	63	68 D	Nie
7	0010/06	VIVAMED SP. Z O.O.	26-600 RADOM ul. URODZAJNA 18A/2	FIZJOTERAPIA DOMOWA 26-615 RADOM ul. 11 LISTOPADA 80/77/7	0	423989	0	0	397736,42	5	60	0	3	0	63	68 D	Nie
8	07-17-000970/05/1-0011/06	USLUGI REHABILITACYJNE GROMED ELWIRA GROMEK	05-600 LESZNOWOLA ul. SOSNOWA 2	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 26-600 SZCZOLÓWIEC ul. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 2/2	0	423989	0	0	397736,42	7,45	50	0	3	0	53	60,45 D	Nie
9	0017/06	SMIĘDZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PNIEWACH	05-652 PNIEWY ul. PNIEWY 2A	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 05-652 PNIEWY ul. 2A	0	423989	0	0	397736,42	9,9	38	0	4	0	42	51,9 D	Nie
10	0016/06	CORTEN MEDIC TOMASZ SIKORA	05-600 NOWA WICZNA ul. KRASICKIEGO 29 N	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 26-600 RADOM ul. BELINY PRAZMOWSKIEGO 33 A	0	423989	0	0	397736,42	9,9	32	0	4	0	36	45,9 D	Nie
11	0009/06	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA LEKARZY I STOMATOLOGOW SC "STOMMED"	26-600 RADOM ul. ZEROMSKIEGO 50	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 26-600 RADOM ul. CZYSTA 7	0	423989	0	0	397736,42	5	36	0	4	0	40	45 D	Nie
12	0013/06	ANETA GRABOWSKA	26-600 RADOM ul. GEODIOTÓW 16	ZESPÓŁ REHABILITACJI DOMOWEJ 26-600 RADOM ul. CZARNOLESKA 19	0	423989	0	0	397736,42	10	29	0	3	0	32	42 D	Nie

** Status pozycji oferty:

- Z - podpisano protokół końcowy z negocjacji ze zbliżonymi stanowiskami,
- N - podpisano protokół końcowy z negocjacji z rozbieżnymi stanowiskami,
- P - nie przeprowadzono negocjacji z oferentem pomimo zaproszenia - oferta zbliżona,
- R - nie przeprowadzono negocjacji z oferentem pomimo zaproszenia - oferta rozbieżna,
- D - nie zaproszono do negocjacji.

KOMISJA NR 07-17-000970 [1331] W SKŁADZIE:

1. Magdalena Sakańska-Pawlaczyk	przewodniczący Komisji	.....	(podpis)
2. Sylwester Eljałkowski	wiceprzewodniczący	.....	(podpis)
3. Katarzyna Poklećkowska	wiceprzewodniczący	.....	(podpis)
4. Elżbieta Śadowska	wiceprzewodniczący	.....	(podpis)
5. Izabela Miłkowska	wiceprzewodniczący	.....	(podpis)
6. Aurelia Bruździak	protokolant	.....	(podpis)
7. Ewa Górecka	protokolant	.....	(podpis)
8. Elżbieta Grusiewicz-Wasilewska	protokolant	.....	(podpis)
9. Joanna Tłoczkow	protokolant	.....	(podpis)
10. Marzenna Zebzda-Smycz	protokolant	.....	(podpis)
11. Jacek Brzeziński	członek Komisji	.....	(podpis)
12. Andrzej Ciedlik	członek Komisji	.....	(podpis)
13. Marzenna Fyzalowska	członek Komisji	.....	(podpis)
14. Renata Grzyb	członek Komisji	.....	(podpis)
15. Łukasz Kozłowski	członek Komisji	.....	(podpis)
16. Janusz Pietrowski	członek Komisji	.....	(podpis)
17. Monika Rychnik	członek Komisji	.....	(podpis)
18. Barbara Sobczak	członek Komisji	.....	(podpis)
19. Agnieszka Uciekła	członek Komisji	.....	(podpis)

* niepotrzebne skreślić

*** dotyczy tylko ofert ze wynikiem negocjacji innym niż N i R

