

DP.422.6.2017
WYCH-88411/2017

Warszawa, dnia 14 czerwca 2017 roku

Odwołujący:
Caritas Diecezji Łomżyńskiej
ul. Rybaki 1
18-400 Łomża**Strony postępowania:**
według rozdzielnika**DECYZJA NR 6/2017/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 Caritas Diecezji Łomżyńskiej z siedzibą Łomży [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-17-000113/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 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 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej.

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 3 lutego 2017 roku Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie nr 07-17-000113/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 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 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie i opiece długoterminowej domowej na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2019 roku, wskazując na możliwość zawarcia maksymalnie trzech umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Wartość postępowania na okres rozliczeniowy od 1 lipca 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku wynosiła 288 118,24 złotych.

Na postępowanie wpłynęło trzynaście 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 roku sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1372 z późn. zm.) [dalej jako rozporządzenie kryterialne] tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny.

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 6 czerwca 2017 roku. Do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wybranych zostało trzech świadczeniodawców, którzy w rankingu końcowym otrzymali największą liczbę punktów rankingujących. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania oferta Odwołującego zajęła jedenaste 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 9 czerwca 2017 roku odwołanie od powyższego rozstrzygnięcia, tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie.

We wniesionym środku odwoławczym Odwołujący podniósł, że nie zgadza się z rozstrzygnięciem konkursu, wskazał na nieprecyzyjny sposób redakcji pytań ankietowych, która to okoliczność spowodowała brak przyznania punktów rankingujących, w konsekwencji niewybranie oferty Odwołującego

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, umożliwiając 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.

Odnosząc się natomiast 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.

Prawidłowe było działanie komisji konkursowej polegające na nieprzyznaniu punktów za pytanie ankietowe nr 1.1.4 dotyczące spełniania kryterium dodatkowo punktowanego – „Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu” w przypadku którego możliwe było wybranie jednej z dwóch odpowiedzi: „co najmniej 50%” lub „co najmniej 25%”. Należy wskazać, że sformułowanie „co najmniej 50%” lub „co najmniej 25%” zatrudnionych pielęgniarek w wymiarze równoważnika 1 etatu, w przypadku personelu pielęgniarskiego oznacza 37 godzin 55 minut tygodniowo – zgodnie z art. 93 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.). Treść pytania ankietowego nie pozwala na przyjęcie niedopuszczalnej interpretacji Odwołującego, sugerującej możliwość sumowania części etatów kilku pielęgniarek. Gdyby intencją autora rozporządzenia kryterialnego było sumowanie cząstek etatów pielęgniarek, nie wskazywałby

udziału pielęgniarek zadeklarowanych w ofercie na pełny etat w proporcji 50% lub 25% spośród wszystkich zatrudnionych.

Komisja konkursowa poinformowała Odwołującego o zmianie odpowiedzi na pytanie ankietowe w dniu 20.03.2017 r., nie zgłoszono uwag do tej czynności komisji, zatem podnoszenie w odwołaniu cyt. „z pewnością poszerzylibyśmy etaty zatrudnionych pielęgniarek w tymże zakresie do pełnych etatów” świadczy o nienależnym przygotowaniu Odwołującego do postępowania konkursowego.

Prawidłowe było działanie Komisji konkursowej polegające na nieprzyznaniu punktów za pytanie ankietowe nr 2.1.1. dotyczące spełniania kryterium dodatkowo punktowanego – „Zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie”.

Należy wskazać, że zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia kryterialnego oferent, który zadeklarował spełnianie dodatkowego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany spełniać go dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015, poz. 1658) – zwane dalej „rozporządzeniem koszykowym”. Należy bowiem mieć na uwadze, że założeniem przyznawania dodatkowych punktów rankingujących według obiektywnie określonych kryteriów było premiowanie świadczeniodawców zapewniających świadczeniobiorcom podwyższony standard opieki ponad minimum określone w rozporządzeniu koszykowym.

W celu oceny prawidłowości odpowiedzi twierdzącej nr 2.1.1., Komisja konkursowa badała sprawozdawczość świadczeniodawcy na podstawie danych zgromadzonych w systemie informatycznym. Wizyta u pacjenta scharakteryzowana jest w raportach statystycznych odrębnym kodem niż osobodzień. W raportach statystycznych zawarta jest także informacja o ocenie skalą Barthel. Analiza sprawozdawczości świadczeniodawcy pozwala zatem na obiektywną identyfikację zdarzeń polegających na zapewnieniu udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni w okresie wskazanym przez rozporządzenie kryterialne. Przy czym wskazać należy, że gotowość do udzielania świadczeń wskazana w harmonogramach pracy pielęgniarek nie stanowi dowodu zapewnienia fizycznego udzielenia tych świadczeń. Dowodem udzielenia świadczeń jest sprawozdanie w raportach statystycznych wizyty pielęgniarki.

Aby uznać odpowiedź twierdzącą oferenta – w raportach statystycznych dotyczących ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, codzienne wizyty przez co najmniej 90 dni winny być wykazane w przypadku wszystkich pacjentów, którzy uzyskali 0-15 punktów w skali Barthel.

Powyższe zasady weryfikacji odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.1.1. zostały zastosowane jednakowo wobec wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniach konkursowych w zakresie świadczeń realizowanych w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej zgodnie z zasadą równego traktowania oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym.

Prawidłowe było działanie Komisji konkursowej polegające na nieprzyznaniu punktów za pytanie ankietowe nr 2.1.2. dotyczące spełniania kryterium dodatkowo punktowanego „Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie”. W celu oceny

prawidłowości odpowiedzi twierdzącej wskazanej przez Odwołującego, komisja konkursowa zastosowała obiektywne narzędzie weryfikacji tj. zbadała sprawozdawczość świadczeniodawców na podstawie danych zgromadzonych w systemie informatycznym dotyczącą wszystkich świadczeń wykazanych przez wszystkie podmioty dla pacjentów wskazanych przez oferenta. W przypadku zaobserwowania przerw w ciągach wykazanych osobodni świadczeń pielęgniarstwa długoterminowego (zwanej dalej POD) badano obecność w systemie informatycznym innych świadczeń w szczególności z rodzaju leczenia szpitalnego wykazanych w okresie odpowiadającym przerwie POD dla danego pacjenta. Zatem w przypadku stwierdzenia choćby jednej przerwy w sprawozdawczości (z wyłączeniem sobót i niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy – pod warunkiem braku uzasadnionych medycznie przypadków), której nie pokrywa okres pobytu w szpitalu czyli tak zwana hospitalizacja – odpowiedź twierdząca była kwestionowana.

Powyższe zasady weryfikacji odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.1.2. zostały zastosowane jednakowo wobec wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniach konkursowych w zakresie świadczeń realizowanych w pielęgniarstwie długoterminowym domowym zgodnie z zasadą równego traktowania świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu konkursowym.

W trakcie postępowania dokonano oceny ofert z wykorzystaniem systemu informatycznego MOW NFZ w oparciu o jednolite kryteria oceny ofert dla wszystkich świadczeniodawców określone w powołanym wyżej rozporządzeniu kryterialnym.

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 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.

Umowy zawierane są z tymi oferentami którzy w rankingu końcowym otrzymali największą liczbę punktów, przy uwzględnieniu maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej określonej w ogłoszeniu o postępowaniu. Oferta Odwołującego została sklasyfikowana na pozycji jedenastej rankingu końcowego (oferent uzyskał 69,5 pkt). Ww. pozycja w rankingu postępowania przy uwzględnieniu okoliczności, iż organizator postępowania określił, że zamierza zawrzeć maksymalnie trzy umowy była bezpośrednim powodem niewybrania oferty Odwołującego.

Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem reguł, o których mowa w art. 134 ust. 1 ustawy, dokonała prawidłowo rozstrzygnięcia postępowania, dlatego też nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

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 z dnia 27 sierpnia 2004 roku 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 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 NFZ
Narodowego Funduszu Zdrowia
ZASTĘPCA DYREKTORA
d. Mazowieckich
Michał Dziegielewski

Otrzymują:

1. CARITAS DIECEZJI ŁOMŻYŃSKIEJ
18-400 ŁOMŻA
UL. RYBAKI
2. DOMINIKA SUTNIK
07-410 OSTROŁĘKA
ul. GEN. IGNACEGO PRĄDZYŃSKIEGO 14
3. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PIELEŃNIARSKA OPIEKA DOMOWA CENTRUM S.C. BOŻENA ROMANIK, GRAŻYNA SKIBNIEWSKA
07-300 OSTRÓW MAZOWIECKA
ul. SŁOWACKIEGO 6
4. PIELEŃNIARSKA OPIEKA DOMOWA "POMOCNA DŁOŃ" SPÓŁKA CYWILNA EDYTA I PAWEŁ SALAMUCHA I WSPÓLNICY
07-410 OSTROŁĘKA
ul. PŁK. CIEPLIŃSKIEGO "PŁUGA" 6/89

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

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres oferty	Adres siedziby/ul. siedziby	Liczba świadczeń (jedn. rozlicz.) w ofercie	Cena jednostki (zł)	Wartość świadczeń w ofercie	Punkty za ofertę	Ocena oferty						Liczba punktów oceny	Stanie pozycji oferty	Decyzja o wyznaczeniu			
									zawieszka	zawieszka	zawieszka	zawieszka	zawieszka	zawieszka				zawieszka	zawieszka	zawieszka
1	07-17-0001131(41)-10004/09	DOMINIKA SUTNIK NIEPIELICZY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PIELEGNIARSKA OPIEKA DOMOWA CENTRUM S.C. BOŻENA ROMANIK, GRZEŻYNA SMBIENIWSKA	07-410 OSTROLEKA UL. GEN. IGNACEO PRADZYŃSKIEGO 14	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 07-410 OSTROLEKA UL. HALUBKA 13 PRADZYŃSKIEGO 14	0072	0072	23 89	145090,08	4,9982	57	0	5	19	0	0	0	85	89,99 Z	Tak	
2	07-17-0001131(41)-10009/06	PIELEGNIARSKA OPIEKA DOMOWA -POMOCA DŁUG. BRÓKA CYNILANA EDYTA I PAMEL SALAMUCHA I WSPOLNICY	07-380 OSTROW MAZOWIECKA UL. SŁOWACKIEGO 6	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA OSTROLEKA 07-410 OSTROLEKA UL. HALUBKA 13	3980	9732	23,88	87379,4	5	60	0	9	14	0	0	0	83	89 Z	Tak	
3	07-17-0001131(41)-10013/09	PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOLWIŃSKA, SAŁA	07-410 OSTROLEKA UL. PRUK. CIEPLIŃSKIEGO "PLUGA" 6/88	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 07-410 OSTROLEKA UL. PRUK. LUKASZA CIEPLIŃSKIEGO 6/88	2206	11980	23,89	67249,12	4,9982	62	0	6	14	0	0	0	82	66,99 Z	Tak	
4	07-17-0001131(41)-10003/09	ELŻBIETA MICHAŁOWSKA	17-300 SIEMĄTYCZE UL. J. SŁOWACKIEGO 26	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA OSTROLEKA 07-410 OSTROLEKA UL. GEN. JADWISZA KOŚCISZKI 49	0	11980	0	265687,6	5	62	0	0	0	0	0	0	80	88 D	Nie	
5	07-17-0001131(41)-10002/06	ROMAN DĄBROWSKI	07-410 OSTROLEKA UL. DALIGOWA,6	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA OSTROLEKA 07-410 OSTROLEKA UL. PRUK. LUKASZA CIEPLIŃSKIEGO "PLUGA" 1	0	11980	0	265687,6	4,9982	80	0	6	14	0	0	0	80	84,9987 D	Nie	
6	07-17-0001131(41)-10001/09	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA MARCJAŁA PODBIELSKA	07-410 OSTROLEKA UL. OBRONCÓW 24	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 07-410 OSTROLEKA UL. GEN. JADWISZA HALUBKA 13	0	11980	0	265687,6	4,9982	62	0	3	5	0	0	0	70	74,9987 D	Nie	
7	07-17-0001131(41)-10001/06	JANINA WYDŁO-POLNIEWSKA	07-410 OSTROLEKA UL. PAPIERNICZA 210	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W OSTROLECE 07-410 OSTROLEKA UL. KOŚCISZKI 49	0	11980	0	265687,6	5	62	0	3	4	0	0	0	69	74 D	Nie	
8	07-17-0001131(41)-10002/06	STYLIWA FIGURA-MIRONSKA MEDIKA S.C. GRAZYNA ELŻBIETA PIETRZYŃKOWSKA, KRZYSZTOF SŁAWOMIR TOBIASZ	07-410 OSTROLEKA UL. GOWORSKI 24	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 07-410 OSTROLEKA UL. LAWA 26	0	11980	0	265687,6	4,9982	50	0	9	10	0	0	0	69	73,9987 D	Nie	
10	07-17-0001131(41)-10001/06	CARIATAS DIECEZJI ŁOMŻYŃSKIEJ	16-001 ŁOMŻA UL. RYBAKI 1	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 07-410 OSTROLEKA UL. GOWORSKA 49	0	11980	0	265687,6	4,9982	62	0	0	4	0	0	0	66	70,9987 D	Nie	
11	07-17-0001131(41)-130003/06	ELŻBIETA RAWA	07-410 DZIEBININ UL. 5E	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 07-410 OSTROLEKA UL. GOWORSKA 207	0	11980	0	265687,6	5	60	0	0	4	0	0	0	64	69 D	Nie	
13	07-17-0001131(41)-130006/06	AGNIESZKA CHOMOŃSKA-PIELEGNIARSKA OPIEKA DOMOWA	07-410 OSTROLEKA UL. WESOŁA 11	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 07-410 OSTROLEKA UL. WESOŁA 11	0	11980	0	265687,6	4,0446	50	0	0	4	0	0	0	54	69,0446 D	Nie	