

WO/ZRP – 426/PS-D

Gdańsk, dnia 11 lipca 2014 r.

**ALAB PLUS Sp. z o.o.**  
**ul. Stępińska 22/30**  
**00-739 Warszawa****reprezentowana przez**  
**Tomasza Łaskiewicza****DECYZJA nr 52/2014****z dnia 11 lipca 2014 r.****Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 267) – po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

**ALAB PLUS Sp. z o.o., ul. Stępińska 22/30, 00-739 Warszawa**

dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 30.06.2014 r.

postępowania: **11-14-000200/PRO/10/1/10.7000.156.02/01**

w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne

w zakresie: program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny

na obszar: województwo pomorskie

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddała odwołanie;
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

## Uzasadnienie

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ogłosił w dniu 30.05.2014 r. konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 01.08.2014 r. do 30.06.2017 r. w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny na obszar województwa pomorskiego. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 138.176,00 zł na okres rozliczeniowy od 01.08.2014 r. do 31.12.2014 r.

W ogłoszeniu wskazano, na podstawie których przepisów prawa zostało ogłoszone i prowadzone przedmiotowe postępowanie oraz przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęły w terminie 2 oferty. Wartość złożonych ofert wynosiła 282.176,00 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 138.760,00 zł.

Odwołujący się złożył ofertę na kwotę 144.000,00 zł przewyższającą wartość ogłoszonego postępowania.

Wszystkie oferty zostały sprawdzone pod względem spełniania warunków formalnych. Komisja konkursowa wezwała Odwołującego się do uzupełnienia następujących braków formalno-prawnych:

- brak oświadczenia oferenta stwierdzającego, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na cały okres obowiązywania umowy;
- brak oświadczenia, że Oferent będzie wykonywał umowę samodzielnie bez zlecania podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem postępowania;
- oferta elektroniczna na nośniku elektronicznym nie została opisana zgodnie z § 11 pkt. 2 Zarządzenia nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odwołujący się uzupełnił braki formalne w wyznaczonym terminie.

Komisja konkursowa przeprowadza kontrolę oferentów w celu porównania informacji zawartych w ofercie ze stanem faktycznym, obligatoryjnie u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na który została złożona oferta. W związku z powyższym Komisja konkursowa podjęła decyzję o nieprzeprowadzeniu kontroli oferenta Baltic Medical S.A.

W przypadku Odwołującego się złożono wniosek o odstąpienie od Procedury i dokonanie kontroli Alab Plus Sp. z o.o. w terminie późniejszym, po ewentualnym zawarciu umowy w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny.

Następnie Odwołujący się pismem z dnia 23.06.2014 r. znak: WSOZ-S/ASZ-S1965/199/06/14 został wezwany do wyjaśnienia rozbieżności danych wykazanych w ofercie. W wezwaniu wskazano punkty ankiety, co do których Komisja Konkursowa nie uzyskała potwierdzenia spełnienia warunków wymaganych lub dodatkowo ocenianych w danych wykazanych w ofercie.

Jednym ze wskazanych do wyjaśnień pytań ankietowych, odnoszącym się do warunków wymaganych, było pytanie nr 1.6.1.1 „Czy osoby (co najmniej 2) dokonujące oceny mikroskopowej preparatów są lekarzami specjalistami patomorfologii lub anatomii patologicznej lub diagnostami laboratoryjnymi posiadającymi tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadającymi udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych, z których każda wykonuje co najmniej 7 000 badań cytologicznych, w tym 4 000 badań cytologicznych - ginekologicznych rocznie?”, na które Odwołujący się udzielił odpowiedzi: „Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy”.

W złożonej ofercie w części dotyczącej personelu Odwołujący się wykazał samych lekarzy patomorfologów (pięciu lekarzy). W ofercie nie wykazano diagnostów laboratoryjnych. Natomiast spośród wykazanych lekarzy patomorfologów, tylko dwóch posiadało tytuł specjalisty patomorfologii (2 stopień specjalizacji): B. M. i P. B. Ponadto po zweryfikowaniu wymaganego doświadczenia powyższych dwóch lekarzy, potwierdzenie spełnienia warunku wykonywania co najmniej 7 000 badań cytologicznych, w tym 4 000 badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie uzyskano jedynie w przypadku pana P. B. Odwołujący się w ofercie nie wykazał diagnosty laboratoryjnego, zatem nie został spełniony warunek wymagany wobec świadczeniodawców określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U.2013.1505).

Ponadto w złożonych wyjaśnieniach nie potwierdził odpowiedniego doświadczenia wykazanej w ofercie Pani B. M., tym samym udzielił odpowiedzi na pytanie 1.6.1.1. niezgodnej z danymi wykazanymi w formularzu ofertowym.

Wobec niespełnienia warunków wymaganych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów

zdrowotnych oraz w Zarządzeniu Nr 81/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, Komisja konkursowa odrzuciła ofertę ALAB PLUS Sp. z o.o., ul. Stępińska 22/30, 00-739 Warszawa, podając powód odrzucenia niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt. 3 ustawy.

W dniu 30.06.2014r. ogłoszone zostało rozstrzygnięcie postępowania 11-14-000200/PRO/10/1/10.7000.156.02/01. Komisja konkursowa dokonała wyboru oferty Baltic Medical S.A. z siedzibą w Gdyni.

W dniu 04.07.2014 r. oferent wniósł pismo zatytułowane „protest”, w którym zarzucił naruszenie przez Komisję Konkursową przepisów prawa określonych w:

1. Art. 149 ust. 1 pkt. 7 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
2. Art. 147 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Odwołujący wniósł o uwzględnienie odwołania w celu unieważnienia postępowania konkursowego i przeprowadzenie z Odwołującym postępowania w przedmiocie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń.

Z uwagi na wniesienie pisma już po rozstrzygnięciu, ale w ustawowym terminie do złożenia odwołania- pismo z dnia 04.07.2014r. zostało uznane za odwołanie złożone przez ALAB Plus Sp. z o.o. od rozstrzygnięcia postępowania 11-14-000200/PRO/10/1/10.7000.156.02/01.

Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego Odwołujący się został poinformowany o tym, że posiada prawo do czynnego udziału na każdym etapie postępowania, a przed wydaniem decyzji przez Dyrektora Oddziału w przedmiotowej sprawie, istnieje możliwość wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Odwołujący skorzystał z uprawnienia i w dniu 8.07.2014 r. udostępniono mu do wglądu dokumenty z postępowania objętego odwołaniem oraz ofertę Baltic Medical S.A. w Gdyni. W dniu 9.07.2014r. wniósł uwagi do przedłożonych mu dokumentów. W piśmie Odwołujący się wskazał, że w załączniku nr 26 w pkt. IV, odnoszącym się do odrzucenia oferty Odwołującego się brak jest wymaganego, zdaniem Odwołującego się, uzasadnienia stanowiska Komisji konkursowej. Zdaniem Odwołującego się brak szczegółowego uzasadnienia przyczyn odrzucenia jego oferty stanowi naruszenie praw oferenta do obrony oraz uniemożliwia rzeczowe odniesienie

się do stanu faktycznego i skorzystania z przysługujących środków odwoławczych. Odwołujący się wniósł o przedstawienie merytorycznego uzasadnienia wskazującego przyczynę odrzucenia oferty ALAB plus sp. z o.o. , a w szczególności wskazanie , jakich konkretnie warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust.1 pkt 3 ustawy nie spełniała oferta Odwołującego się. Nadto Odwołujący się wniósł o unieważnienie dokonanej przez Komisję konkursową czynności w postaci odrzucenia oferty.

Po szczegółowym zapoznaniu się z przebiegiem postępowania konkursowego oraz treścią zarzutów podniesionych w odwołaniu oraz piśmie z dnia 9.07.2014r, Dyrektor POW NFZ stwierdza, że:

**odwołanie złożone przez oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.**

Rozpatrując przedmiotowe odwołanie należało zauważyć, co następuje:

Zgodnie z art. 154 ust. 3 ustawy Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatruje odwołanie w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania wydaje decyzję administracyjną w tej sprawie. Odwołanie, stosownie do art. 152 ust. 1 oraz art. 154 ust. 1 ustawy, przysługuje świadczeniodawcy, biorącemu udział w postępowaniu, jeżeli jego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazać przy tym należy, że postępowanie zainicjowane wniesionym odwołaniem jest postępowaniem kontrolnym w stosunku do postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i służy ono, co do zasady, weryfikacji zaskarżonego rozstrzygnięcia, umożliwiając jego wzruszenie.

Zasadniczym celem organu rozpatrującego odwołanie, jest zbadanie czy rozstrzygnięcie postępowania, dokonane przez komisję, zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania a okoliczności podniesione w odwołaniu miały wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielnie świadczeń opieki zdrowotnej z wybranymi podmiotami. Organ rozpoznający sprawę nie przeprowadza ponownie postępowania, ale w oparciu o akta sprawy bada czy faktycznie doszło do naruszenia zasad postępowania przy dokonaniu rozstrzygnięcia postępowania i czy w związku z tym interes prawny odwołującego się doznał naruszenia.

Dokonując oceny przeprowadzonego postępowania konkursowego nr 11-14-000200/PRO/10/1/10.7000.156.02/01 w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego

złożonym przez ALAB PLUS Sp. z o.o., ul. Stępińska 22/30, 00-739 Warszawa, odwołaniem do organu I instancji, należy ponadto wskazać, iż:

- 1) oferta została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana zgodnie z kryteriami określonymi w art. 146 ust.1 pkt 2 i wymienionymi w art. 148 ustawy o świadczeniach oraz w zarządzeniu nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 stycznia 2014r w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.;
- 2) kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania;
- 3) wszyscy oferenci, w tym odwołujący się w oświadczeniu (złożonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r.), załączonym do oferty oświadczyli, iż zapoznali się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłosili do nich zastrzeżeń oraz przyjęli je do stosowania.

Odnosząc się do zarzutów wskazanych w odwołaniu oraz w piśmie z dnia 9.07.2014r. w pierwszej kolejności należy podnieść co następuje.

Komisja konkursowa pismem z dnia 23.06.2014 r. znak: WSOZ-S/ASZ-S1965/199/06/14 wezwała Odwołującego do wyjaśnienia rozbieżności danych wykazanych w ofercie. W wezwaniu wprost wskazano punkty ankiety, co do których Komisja Konkursowa nie uzyskała potwierdzenia spełnienia warunków wymaganych lub dodatkowo ocenianych w danych wykazanych w ofercie. Jednym ze wskazanych do wyjaśnień pytań ankietowych, odnoszącym się do warunków wymaganych, było pytanie nr 1.6.1.1 „Czy osoby (co najmniej 2) dokonujące oceny mikroskopowej preparatów są lekarzami specjalistami patomorfologii lub anatomii patologicznej lub diagnostami laboratoryjnymi posiadającymi tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadającymi udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych, z których każda wykonuje co najmniej 7 000 badań cytologicznych, w tym 4 000 badań cytologicznych - ginekologicznych rocznie?“, na które Odwołujący się udzielił odpowiedzi: „Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy”.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, warunkiem wymaganym dla realizacji świadczeń w zakresie programu profilaktyki raka szyjki – etap diagnostyczny

określonym w pkt. 2 Załącznika do w/w rozporządzenia w przypadku personelu przeznaczonego do realizacji umowy jest:

- a) Lekarz specjalista patomorfologii lub anatomii patologicznej,
- b) Diagnosty laboratoryjni posiadający tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadający udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych.

Ponadto, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Prezes NFZ uszczegółowił Zarządzeniem Nr 81/2013/DSOZ z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, warunki wymagane wobec świadczeniodawców oraz określił warunki dodatkowo oceniane. W odniesieniu do wymaganego przedmiotowym rozporządzeniem personelu medycznego (lekarz oraz diagnosta), Prezes NFZ określił warunki dodatkowo wymagane w postaci wykonywania przez każdą z osób dokonujących oceny preparatów co najmniej 7 000 badań cytologicznych, w tym co najmniej 4 000 badań cytologicznych ginekologicznych rocznie.

W złożonej ofercie w części dotyczącej personelu Odwołujący się wykazał samych lekarzy patomorfologów (pięciu lekarzy). W ofercie nie wykazano diagnostów laboratoryjnych. Natomiast spośród wykazanych lekarzy patomorfologów, tylko dwóch posiadało tytuł specjalisty patomorfologii (2 stopień specjalizacji): B. M. i P. B. Ponadto po zweryfikowaniu wymaganego doświadczenia powyższych dwóch lekarzy, potwierdzenie spełnienia warunku wykonywania co najmniej 7 000 badań cytologicznych, w tym 4 000 badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie uzyskano jedynie w przypadku pana P. B.

Odwołujący się w ofercie nie wykazał diagnosty laboratoryjnego, zatem nie został spełniony warunek wymagany wobec świadczeniodawców określony w cytowanym wyżej rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Ponadto w złożonych wyjaśnieniach nie potwierdził odpowiedniego doświadczenia wykazanej w ofercie Pani B. M., tym samym udzielił odpowiedzi na pytanie 1.6.1.1. niezgodnej z danymi wykazanymi w formularzu ofertowym.

W tym miejscu podkreślić należy, że Odwołujący się w swoich wyjaśnieniach na zapytanie Komisji Konkursowej odnosił się do personelu, który nie został wykazany w ofercie. Komisja Konkursowa uznając, że Oferent od momentu złożenia do oferty do dnia rozstrzygnięcia postępowania jest związany ofertą, nie wyraziła zgody na dokonanie zmian

w ofercie w trakcie trwania postępowania konkursowego, polegających na wprowadzeniu nowego personelu medycznego.

Odnosząc się zaś do zarzutu dotyczącego naruszenia art. 149 pkt. 1 ust. 7 ustawy o świadczeniach, należy wskazać, że zarówno Odwołujący się, jak i podmiot wybrany w postępowaniu nr 11-14-000200/PRO/10/1/10.7000.156.02/01, w złożonych oświadczeniach do swoich ofert zobowiązali się do przedstawienia w ofercie danych zgodnych ze stanem prawnym i faktycznym. Komisja konkursowa w trakcie trwania postępowania dokonała weryfikacji odpowiedzi zawartych w złożonych formularzach ofertowych w części dotyczącej ankiety z danymi zawartymi w ofercie i w zgodzie z aktami prawnymi wskazanymi w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu, a zwłaszcza w zgodzie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz Zarządzeniem Nr 81/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne. Na podstawie uprawnienia wynikającego z § 6 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15.12.2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 237, poz. 2719), Komisja Konkursowa zażądała od świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy dodatkowych wyjaśnień dotyczących rozbieżności udzielonych odpowiedzi w ankiecie z danymi zawartymi w ofercie. W przypadku Oferenta ALAB plus Sp. z o.o. otrzymane wyjaśnienia nie potwierdziły prawidłowości udzielonych odpowiedzi w formularzu ofertowym w części ankiety w zakresie w jakim zażądano wyjaśnień. Jak opisano powyżej Odwołujący się w swojej ofercie nie wykazał wymaganego rozporządzeniem Ministra Zdrowia personelu medycznego, tj. diagnosty laboratoryjnego zaś osoby wykazane w ofercie w postaci lekarzy patomorfologów nie posiadały specjalizacji w tej dziedzinie oraz w złożonych wyjaśnieniach nie potwierdzono spełnienia przez te osoby warunku określonego przez Prezesa NFZ wykonywania przez każdą z osób przewidzianą do realizacji świadczeń co najmniej 7000 badań cytologicznych, w tym 4 000 badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie. W związku z powyższym Komisja Konkursowa podjęła decyzję o odrzuceniu oferty z powodu niespełnienia warunków wymaganych do realizacji świadczeń w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny. Podjęta przez Komisję konkursową decyzja była prawidłowa i zgodna z art. 149 ust.1 pkt 7 ustawy o świadczeniach. W tym kontekście rozpatrując zarzut braku uzasadnienia



decyzji komisji konkursowej w załączniku nr 26 wskazać należy, że generowany systemowo załącznik nie pozwala na wpisywanie szczegółowego uzasadnienia odrzucenia oferty poza wskazaniem podstawy prawnej. Wskazać przy tym należy, że z żadnego aktu prawnego nie wynika również obowiązek sporządzania szczegółowego uzasadnienia decyzji Komisji w przedmiocie odrzucenia oferty. Wskazać natomiast należy, że zgodnie natomiast z art. 153 ustawy o świadczeniach :”1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności. 2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia”

W przedmiotowym postępowaniu Odwołujący się nie skorzystał z prawa złożenia protestu na podstawie art. 153 ustawy o świadczeniach na czynność dokonaną przez Komisję konkursową tj. na odrzucenie oferty Odwołującego się. Tym samym Odwołujący się, rezygnując ze środka odwoławczego przysługującego mu jeszcze przed ostatecznym rozstrzygnięciem postępowania, pozbawił się szansy na poznanie przyczyn odrzucenia oferty jeszcze przed rozstrzygnięciem postępowania. Zatem, brak szczegółowego uzasadnienia odrzucenia oferty w treści załącznika nr 26 jeśli nawet mógłby zostać uznany za brak formalny, to w świetle przepisów gwarantujących oferentom prawo zaskarżania czynności Komisji w trakcie trwania postępowania konkursowego oraz obowiązek Komisji szczegółowego uzasadnienia stanowiska w przypadku nieuwzględnienia protestu – nie jest brakiem uzasadniającym podważenie czynności dokonanych przez Komisję. W ocenie Dyrektora POW NFZ brak szczegółowego uzasadnienia odrzucenia oferty w załączniku nr 26 nie skutkowało również podniesionym przez Odwołującego brakiem możliwości należytej obrony praw poprzez brak wiedzy, co do przyczyn odrzucenia oferty. Prawo Odwołującego się do zapoznania się z ofertą konkurencyjną, aktami postępowania konkursowego oraz zagwarantowany przez ustawę tryb odwoławczy od rozstrzygnięcia Komisji konkursowej stwarza po stronie Odwołującego się narzędzia do obrony interesu prawnego Odwołującego się.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 147 ustawy o świadczeniach przez Komisję konkursową podnieść należy, że wszyscy oferenci, w tym Odwołujący się w oświadczeniu (złożonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r.), załączonym do oferty oświadczyli, iż zapoznali się



z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłosili do nich zastrzeżeń oraz przyjęli je do stosowania. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Komisja konkursowa oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów.

Zatem, skoro Odwołujący się złożył przedmiotowe oświadczenie, to wynika z tego, iż z wszystkimi warunkami oraz kryteriami oceny ofert się zapoznał i przyjął do stosowania. Konsekwentnie przyjąć również należy, że tym samym spełniony został podniesiony w odwołaniu warunek poinformowania oferentów o wymaganych kryteriach i warunkach.


W związku z tym, że nie zostały naruszone obowiązujące zasady przeprowadzania przedmiotowego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stwierdzić należy, że interes prawny Odwołującego nie doznał uszczerbku, o którym mowa w art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Wobec braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - należało je oddalić.

Niniejszej decyzji, na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego, tj. obowiązek zapewnienia świadczeniobiorcom nieprzerwanego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

### **Pouczenie**

W oparciu o art. 154 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy do Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.

Z up. DYREKTORA  
Z-CADYREKTORA DS. SŁUŻBY MUNDUROWYCH  
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  


Otrzymują:

1. ALAB plus Sp. z o.o., ul. Stępińska 22/30, 00-739 Warszawa;
2. Baltic Medical Spółka Akcyjna, ul. Powstania Styczniowego 9 B, 81-519 Gdynia;
3. a/a.