

Białystok, dnia 14 czerwca 2017r.

**WOP.422.44.2017**

**Decyzja Nr 44 /2017/PRO**  
**Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego**  
**Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r. poz. 23 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez **LUX Med sp. z o.o z siedzibą w Warszawie** zwaną dalej „Odwołującym”,

od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie **10-17-000272/PRO/10/1/10.7940.159.02/01**  
w rodzaju: PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE

w zakresie: PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY  
-W PRACOWNI MOBILNEJ

na obszarze powiatów: 2001 AUGUSTOWSKI, 2009 SEJNEŃSKI, 2012 SUWALSKI, 2063 SUWAŁKI

**Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddala odwołanie.**

**Uzasadnienie**

W dniu 14 kwietnia 2017r. Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ogłosił postępowanie o kodzie 10-17-000272/PRO/10/1/10.7940.159.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie na obszarze powiatów: 2001 AUGUSTOWSKI, 2009 SEJNEŃSKI, 2012 SUWALSKI, 2063 SUWAŁKI od 1 lipca 2017r. do 30 czerwca 2021r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE w zakresie: PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - W PRACOWNI MOBILNEJ. W ogłoszeniu przedmiotowego postępowania podano wartość zamówienia nie większą niż 87408,00 PLN na okres rozliczeniowy od 1 lipca 2017r. do 31 grudnia 2017r. oraz wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych maksymalnie 3 umowy. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 28 kwietnia 2017r.

Na przedmiotowe postępowanie wpłynęło 5 ofert, w tym oferta Odwołującego nr 10-17-000272[10/1]-0002/00.

Otwarcie ofert nastąpiło dnia 04 maja 2017r.

Komisja konkursowa prowadząca niniejsze postępowanie działała na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014r. 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 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem o pracach komisji”.

Po rozpoznaniu ofert w części jawnej komisja konkursowa uznała, że oferta Odwołującego spełnia warunki formalne i nie podlega odrzuceniu w tej części postępowania. Dnia 18 maja 2017r., w związku ze stwierdzeniem przez komisję konkursową niezgodności wybranych odpowiedzi ankietowych z danymi zawartymi w złożonej ofercie, w zakresie warunków rankingujących, komisja konkursowa podjęła decyzję o dokonaniu zmiany w systemie informatycznym w zakresie zawartych w ofercie odpowiedzi ankietowych udzielonych przez Odwołującego. Po dokonaniu oceny ofert pod kątem spełniania warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu, komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami, których oferty nie zostały odrzucone. W wyniku negocjacji z dnia 23 maja 2017, ustalono z Odwołującym ostateczne stanowiska, co do ceny i liczby świadczeń, w wyniku czego został sporządzony i podpisany przez obie strony protokół końcowy ze zbieżnymi stanowiskami.

W dniu 25 maja 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania konkursowego zgodnie, z którym oferta Odwołującego nie została wybrana do zawarcia umowy. W dniu 29 maja 2017r. Odwołujący, na podstawie art. 135 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zapoznał się z aktami postępowania konkursowego, z wyłączeniem informacji zastrzeżonych przez kontroferenta jako tajemnica przedsiębiorstwa. Następnie, dnia 01 czerwca 2017r. wpłynęło odwołanie Odwołującego od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000272/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w którym zarzucił:

1. Naruszenie art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach w związku z artykułem 148 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach poprzez niezapewnienie przez fundusz równego traktowania wszystkich świadczeniodawców i nieprzewodzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji w szczególności poprzez nieudostępnienie spółce Lux Med jakichkolwiek informacji, co do tego, które ze szczegółowych kryteriów oceny ofert wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.), zostały faktycznie spełniane i zaliczone, jako podstawa do przyznania oferentom punktów, które zaś zostały przez Fundusz uznane za niespełnione. Brak takiej informacji oznacza, że w żadnym miejscu dokumentacji postępowania, udostępnionej Lux Med nie znajdują się rozstrzygnięcia komisji, co do tego czy dane warunki zostały przez oferentów spełnione czy też nie, co pozbawia oferentów możliwości dokonania jakiegokolwiek kontroli nad prawidłowością przeprowadzenia postępowania a tym samym postępowanie nie jest prowadzone w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.
2. Naruszenie art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach w związku z artykułem 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach poprzez utajnienie znacznej części dokumentacji postępowania i uniemożliwienie oferentowi dostępu do tej dokumentacji, w tym w szczególności w niektórych wypadkach do wyników weryfikacji oferenta,

uniemożliwiając tym samym, sprawdzenie przebiegu postępowania i poczynionych ustaleń, co przesądza o prowadzeniu postępowania z pominięciem zasad uczciwej konkurencji oraz z pominięciem zasady jawności.

3. Niezastosowanie szczegółowych kryteriów oceny ofert wskazanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych poprzez dokonanie niewłaściwej oceny posiadania przez Lux Med Aparatu mammograficznego cyfrowego o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi. Postępowanie było prowadzone, nie w oparciu o obowiązujące przepisy, ale o pochodzące od pracownika Ministerstwa Zdrowia niewiążące pismo, nie mające charakteru źródła prawa i tym samym nie mogące być podstawą do dokonywania jakichkolwiek rozstrzygnięć. Takie postępowanie funduszu doprowadziło do obniżenia oceny Lux Med o 10 pkt wpływając tym samym na wyniki postępowania konkursowego.
4. Naruszenie art. 147 ustawy o świadczeniach poprzez niezastosowanie w zakresie wskazanym w punkcie 3 powyżej jawnych, znajdujących się w Rozporządzeniu szczegółowych kryteriów oceny ofert, a zamiast tego oparcie się na kryterium wynikającym z pisma wewnętrznego i tym samym zmianę kryteriów w trakcie postępowania.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W myśl art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach, stronami postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu. Tym samym w niniejszym postępowaniu stronami są:

1. LUX MED. SP.Z O.O UL.POSTĘPU 21 C 02-676 WARSZAWA – **Odwołujący**.
2. GENEVA TRUST POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, 80-172 GDAŃSK, ul. FRANCISZKA SCHUBERTA 104
3. MEDICA BADANIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, 95-060 BRZESZCZYNY, ul. ŚW. ANNY 62
4. WIRTUS WIESŁAW NALEWAJKO, 15-183 BIAŁYSTOK, ul. SIEWNA 2
5. Pismem z dnia 01 czerwca 2017r strony niniejszego postępowania zostały zawiadomione, że zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r. poz. 23 ze zm.), zwanej dalej „kpa”, przysługuje im prawo do czynnego udziału w każdym stadium 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. Dnia 5 czerwca 2017 roku strona postępowania WIRTUS WIESŁAW NALEWAJKO, 15-183 BIAŁYSTOK, ul. SIEWNA 2 skorzystał z przysługującego uprawnienia.

**Po rozpatrzeniu odwołania Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zważył, co następuje:**

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach - świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez 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. W myśl art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu odwołanie w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

Wskazać należy, że Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Nie powiela, zatem czynności zarezerwowanych przez ustawę dla komisji powołanej przez dyrektora OW Funduszu. Dyrektor bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy skutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, winni byli spełnić wymagania wynikające z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym wymagania określone przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. z 2016r. poz. 1743 ze zm.) a także wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

1. Zarządzeniu Nr 67/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

2. Zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienione Zarządzeniem Nr 19/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2017r zwanym dalej „warunkami postępowania”.

Powyższe zarządzenia zostały wydane przez Prezesa NFZ w oparciu o delegację ustawową określoną w art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Ocena ofert w postępowaniu dokonywana była natomiast w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.), zwane dalej „kryteriami oceny ofert”.

Ogłoszenie o konkursie ofert, zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 6 rozporządzenia o pracach komisji, zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, w tym powyższych zarządzeń.

Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie z dnia 25 kwietnia 2017r zgodnie z załącznikiem nr 3 do warunków postępowania, w którym w punkcie 1 stwierdził:

„zapoznałem się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania”. Oświadczył jednocześnie w pkt 13, że „dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”. Tym samym Odwołujący zobowiązał się do podania danych odpowiadających stanowi rzeczywistości.

W przedmiotowym postępowaniu skutecznie zostało złożonych 5 ofert. W części jawnej postępowania konkursowego oferty poddawane były ocenie komisji konkursowej pod kątem spełniania wymogów formalno-prawnych. Komisja konkursowa wezwała 3 oferentów, których oferty dotknięte były brakami formalnymi, do ich uzupełnienia w wyznaczonym terminie. Jednocześnie, na podstawie § 17 rozporządzenia o pracach komisji, przeprowadzone zostały czynności weryfikacyjne u 3 oferentów, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w złożonych przez nich ofertach.

Po rozpoznaniu ofert w części jawnej komisja konkursowa odrzuciła w całości 1 ofertę i przyjęła do dalszego postępowania 4 oferty, w tym ofertę Odwołującego.

W części niejawnego postępowania, zgodnie z art. 148 ust.1 ustawy o świadczeniach, dokonuje się porównania ofert według kryteriów wyboru ofert:

- 1) jakości,
  - 2) kompleksowości,
  - 3) dostępności,
  - 4) ciągłości,
  - 5) ceny
- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto, zgodnie z ust. 2 ww. artykułu, przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca posiada:

- 1) umowę, o której mowa w art. 31lc ust.4;
- 2) ważną pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, albo ważną pozytywną opinię w sprawie protestu.

Wskazać należy, że kryteria oceny ofert, określone w art. 148 ustawy o świadczeniach, skonkretyzowane zostały w odniesieniu do poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 ze zm.). Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w odniesieniu do przedmiotowego postępowania określony został w załączniku nr 13 do ww. rozporządzenia. Natomiast szczegółowe kryteria wyboru ofert w ramach kryterium ceny określone zostały w załączniku nr 17. Zgodnie z przedmiotowym załącznikiem, liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

$$A \begin{cases} C_{of} < C_{min} \\ y_c = s \end{cases}$$

$$B \begin{cases} C_{of} \geq C_{min} \\ y_c = \frac{s(C_{maks} - C_{of})}{C_{maks} - C_{min}} \end{cases}$$

gdzie:

$y_c$  – liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny,

$C_{maks}$  - 1,1 x  $C_{NFZ}$ ,

$C_{min}$  - 0,9 x  $C_{NFZ}$ ,

$C_{of}$  - cena zaproponowana przez oferenta,

$C_{NFZ}$  - cena oczekiwana,

$s$  – maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny określona dla przedmiotu postępowania,

$A$  – stosuje się w przypadku gdy  $C_{of} < C_{min}$ ,

$B$  – stosuje się w przypadku gdy  $C_{of} \geq C_{min}$ .

W oparciu o kryteria obowiązujące w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne, w zakresie program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet komisja dokonała oceny ofert, będącej podstawą do sporządzenia rankingu otwarcia. Ranking powstaje przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny uwzględniającej wszystkie kryteria różnicujące oferty. Nie jest, zatem możliwa sytuacja różnego punktowania przez komisję konkursową jednakowych odpowiedzi udzielonych przez oferentów. Takim samym zasadom postępowania oraz jednolitym kryteriom oceny podlegały wszystkie oferty złożone i zakwalifikowane do części niejawnej postępowania konkursowego. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 147 ustawy o świadczeniach kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne, nie podlegały zmianie w toku postępowania i nie mógł ich zmienić ani oferent ani zamawiający. Wartość punktowa pozycji oferty w danym kryterium wynikała z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonej przez oferenta odpowiedzi i ustalonej punktacji danej odpowiedzi. Pod uwagę wzięto wszystkie pytania z ankiet dotyczących danego kryterium.

Zgodnie z treścią zapytań ofertowych w zakresie: program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej ocena ofert obejmowała kryterium jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, i inne oraz ceny.

Poniższa tabela przedstawia ocenę ofert zawartą w **rankingu otwarcia** z dnia 18.05.2017 r.

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów					Łączna liczba punktów z tyt. pozostałych kryteriów	Łączna liczba punktów oceny
					J	K	D	C	I		

1	10-17-000273[10/1]-0002/00	LUX MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PRACOWNIA DOAGNOSTYKI OBRAZOWEJ CHORÓB PIERSI (MAMMOGRAFIA MOBILNA Z OPISOWNIĄ) 81-454 GDYNIA ul. NOCZNICKIEGO 8A	7,22	58	0	4	5	0	67	74,22
2	10-17-000273[10/1]-0003/00	GENEVA TRUST POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ 80-172 GDAŃSK ul. SCHUBERTA 104	5	60	0	4	0	0	64	69
3	10-17-000273[10/1]-0005/00	MEDICA BADANIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	MAMMOBUS 90-420 ŁÓDŹ ul. A.STRUGA 3	6,11	58	0	4	0	0	62	68,11
4	10-17-000273[10/1]-0004/00	WIRTUS WIESŁAW NALEWAJKO	PRACOWNIA MAMMOGRAFII MAMMOBUS 15-183 BIAŁYSTOK ul. SIEWNA 2	5	45	12	4	0	0	61	66

Z rankingu otwarcia wynika, że oferta złożona przez Odwołującego uzyskała ogółem 74.22 pkt, w tym za jakość – 58pkt, za kompleksowość - 0, za dostępność - 4 pkt, za ciągłość – 5pkt, inne – 0 pkt oraz za cenę – 7,22 pkt.

W związku z rozbieżnościami występującymi w ofercie Odwołującego pomiędzy odpowiedziami na pytania ankietowe zawarte w części VIII formularza ofertowego, a szczegółową analizą przedłożonej przez oferenta dokumentacji tj. testy specjalistyczne wszystkich wykazanych w formularzu ofertowym aparatów mammograficznych, komisja konkursowa w dniu 18 maja 2017r. podjęła decyzję o dokonaniu zmiany w systemie informatycznym w zakresie odpowiedzi udzielonej przez Odwołującego na pytanie ankietowe w kryterium jakość w ten sposób, że udzielona przez Odwołującego odpowiedź „Tak” na pytanie: *”2.3.1. Aparat mammograficzny cyfrowy o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi”* została zmieniona przez komisję konkursową na odpowiedź „Nie”. Przedmiotowa weryfikacja, wynikająca z faktu, iż oferty oceniane są na podstawie wczytanych odpowiedzi ankietowych i polegająca na dostosowaniu ankiety do stanu faktycznego, skutkowałą zmniejszeniem punktacji oferty Odwołującego w kryterium jakość z 58 pkt na 48 pkt, co znajduje odzwierciedlenie w rankingu kwalifikacyjnym z dnia 22 maja 2017r. Zgodnie z przedmiotowym rankingiem, oferta Odwołującego uzyskała łącznie 64,22 pkt, w tym za jakość – 48 pkt, dostępność – 4 pkt, ciągłość – 5 pkt, inne – 0 pkt, cenę – 7,22 pkt. Takie postępowanie komisji należy uznać za prawidłowe, mając na uwadze określony w art. 134 ustawy o świadczeniach obowiązek równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy oraz prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Po zweryfikowaniu ofert pod kątem spełniania warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, komisja konkursowa, w oparciu o art. 142 ust. 6, z zachowaniem zasad określonych w art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach, podjęła decyzję

o przeprowadzeniu negocjacji, podczas których ustalono ostateczne stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń.

Na spotkaniu negocjacyjnym każdy z oferentów określa cenę jednostki rozliczeniowej i może ją podtrzymać w wysokości złożonej w ofercie lub obniżyć. W wyniku ostatecznych negocjacji przeprowadzonych przez komisję konkursową z Odwołującym w dniu 23 maja 2017r. strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w wysokości 8,60 zł oraz łączną liczbę świadczeń na 3388,00. Odzwierciedleniem dokonanych ustaleń jest protokół końcowy z negocjacji podpisany przez oferenta i komisję konkursową ze zbieżnymi stanowiskami negocjujących stron. Dokument ten opatrzony jest następującą klauzulą: *„Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do liczby i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Rozbieżność stanowisk w protokole końcowym oznacza, że oferta nie zostanie wybrana. W przypadku wystąpienia rozbieżności i odmowy podpisania przez oferenta protokołu końcowego, komisja odnotowuje ten fakt w pozycji „Uwagi” i podpisuje protokół końcowy jednostronnie, informując jednocześnie oferenta o zakwalifikowaniu przez komisję konkursową oferty (lub jej odrębnie ocenianej części) do kategorii ofert, które nie zostaną wybrane w toku postępowania.”* Zapisy te mają charakter informacyjny i są stosowane w taki sam sposób wobec wszystkich oferentów. Mają na celu poinformowanie stron negocjacji o ostatecznym charakterze decyzji podjętej przez strony, co do przedmiotu negocjacji (ceny i liczby świadczeń) oraz o skutkach wynikających z osiągnięcia porozumienia w zakresie ceny i liczby świadczeń lub jego nieosiągnięcia. Świadomość stron, co do powyższych kwestii potwierdzona jest podpisami komisji konkursowej oraz osób reprezentujących oferenta, które znajdują się bezpośrednio pod zacytowaną powyżej klauzulą.

Po zakończeniu negocjacji z oferentami, komisja konkursowa, działając w oparciu o art. 148 ustawy o świadczeniach, sporządziła w dniu 25 maja 2017r. **ranking końcowy** w stosunku do wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone. W rankingu końcowym oferty uszeregowane są malejąco w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny- z uwzględnieniem wyników negocjacji. W przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny, zgodnie z § 9 kryteriów oceny ofert, oferty szeregowane są w kolejności wg następujących kryteriów: „jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.

Poniższa tabela przedstawia liczbę punktów, jaką uzyskali oferenci, w tym Odwołujący, w poszczególnych kryteriach oceny ofert **w rankingu końcowym**:

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punkcja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów oceny
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem	
1	10-17-000273[10/1]-0004/00	WIRTUS WIESŁAW NALEWAJKO	PRACOWNIA MAMMOGRAFII MAMMOBUS 15-183 BIAŁYSTOK ul. SIEWNA 2, 15-183 BIAŁYSTOK	10	45	12	4	0	0	61	71

2	10-17-000273[10/1]-0003/00	GENEVA TRUST POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ 80-172 GDAŃSK ul. SCHUBERTA 104	5	60	0	4	0	0	64	69
3	10-17-000273[10/1]-0005/00	MEDICA BADANIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	MAMMOBUS 90-420 ŁÓDŹ ul. A.STRUGA 3	6,11	58	0	4	0	0	62	68,11
4	10-17-000273[10/1]-0002/00	LUX MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PRACOWNIA DOAGNOSTYKI OBRAZOWEJ CHORÓB PIERSI (MAMMOGRAFIA MOBILNA Z OPISOWNIĄ) 81-454 GDYNIA ul. NOCZNICKIEGO 8A	7,22	48	0	4	5	0	57	64,22

Zgodnie z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach w części niejawnego konkursu ofert komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust.1.

Mając na uwadze powyższe, komisja dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym. Do zawarcia umowy wybrano 3 oferty o najwyższej łącznej ocenie punktowej, które zajęły w rankingu pozycje od 1 do 3, uzyskując odpowiednio od 71 do 68,11 punktów. Oferty te w istotnym stopniu wyczerpały środki finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania. Oferty te wprawdzie nie wyczerpały w całości wartości zamówienia wskazanego w ogłoszeniu, niemniej jednak należy zwrócić uwagę, że w ogłoszeniu zadeklarowano zakup maksymalnie trzech umów, a środki finansowe pozostałe zamawiającemu w kwocie 9.015,30 PLN, będą wykorzystane do opłacenia świadczeń wykonanych zgodnie z rzeczywistą realizacją przez wybranych świadczeniodawców, jako że są to świadczenia Nielimitowane. W związku z powyższym oferta Odwołującego, która z łączną sumą 64,22 punktów zajęła 4 miejsce w rankingu końcowym, nie została wybrana do zawarcia umowy.

Oferta Odwołującego nie została, więc wybrana, mimo że spełniała wszystkie wymagania formalno-prawne i warunki wymagane w przedmiotowym postępowaniu, wynikające z obowiązujących przepisów prawa, ponieważ na przedmiotowy konkurs złożono oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

W dniu 25 maja 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania o kodzie 10-17-000272/PRO/10/1/10.7940.159.02/01, w wyniku, którego świadczenia na obszarze objętym zamówieniem zostały zabezpieczone. Wartość rozstrzygnięcia wyniosła 78392,70 PLN. Również w tym samym dniu na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń Podlaskiego OW NFZ zostało zamieszczone ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 ustawy o świadczeniach,

gwarantująca jawność informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustosunkowując się do odwołania złożonego przez Odwołującego, należy jeszcze raz podkreślić, iż zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach - świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez 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. Zgodnie z ustawą o świadczeniach, zasadami przeprowadzania postępowania są w szczególności: równe traktowanie świadczeniodawców, niezmienność warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania, przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur oraz zachowanie uczciwej konkurencji. W przedmiotowym konkursie w ocenie Odwołującego postępowanie nie było prowadzone w sposób zapewniający zachowanie w/w zasad.

W pierwszej kolejności Organ wskazuje, że zarzutu nieudostępnienia spółce Lux Med jakichkolwiek informacji, co do tego, które ze szczegółowych kryteriów oceny ofert określonych w rozporządzeniu o kryteriach oceny ofert zostały faktycznie spełnione, nie można uznać za trafny. Odwołującemu okazano akta postępowania w tym oferty pozostałych konkurentów z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Odwołujący zapoznał się z rankingami postępowania i innymi czynnościami komisji, które potwierdzają stosowne protokoły, w tym ze stanowiskiem z dnia 18 maja 2017r. w przedmiocie zmiany w systemie informatycznym w zakresie odpowiedzi udzielonej przez Odwołującego, na pytanie ankietowe w kryterium, jakoś w ten sposób, że udzieloną przez Odwołującego odpowiedź „Tak” na pytanie: *”2.3.1. Aparat mammograficzny cyfrowy o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi”* zmieniono na odpowiedź „Nie”. Wobec powyższego argumentacja Odwołującego, iż nie ma wiedzy, z jakiego powodu utracił punkty, które w konsekwencji zadecydowały o jego pozycji w rankingu, nie ma oparcia w zgromadzonym materiale dowodowym.

Nie znajduje uzasadnienia także zarzut dotyczący utajnienia znacznej części dokumentacji postępowania- skarżący wprawdzie doprecyzował, iż uniemożliwiono mu wglądu do dokumentu zawierającego wyniki weryfikacji jednego z oferentów, nie zmienia to jednak faktu, iż powyższy zarzut nie może zostać uwzględniony. Bezspornym jest fakt, iż §17 ust. 3 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* zobowiązuje komisję konkursową do przeprowadzenia weryfikacji. Celem tej czynności jest potwierdzenie prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego oraz wglądu do dokumentów potwierdzających dane przekazane w ofercie przez oferenta, który dotychczas nie miał zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania. Komisja wywiązała się z powyższego obowiązku w pełnym zakresie dokonując rzeczony weryfikacji. Wskutek zastrzeżenia przez weryfikowanego oferenta informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, komisja nie mogła okazać Odwołującemu całości dokumentacji weryfikacyjnej zawierającej tego rodzaju dane. Zgodnie z art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach kontrolowany oferent zastrzegł jako stanowiącą tajemnicę przedsiębiorcy informację o personelu, harmonogramie

i czasie pracy, sprzęcie i pojazdach. Zatem informacje te z uwagi na fakt, że zostały przeniesione do dokumentacji weryfikacyjnej, jako wynik przeprowadzonych czynności, nie mogły być udostępnione. Okoliczność powyższa nie miała jednak żadnego wpływu na działanie komisji, która stwierdziła prawidłowość danych przedstawionych w ofercie ze stanem rzeczywistym.

Na uwagę zasługuje fakt, iż Odwołujący także złożył oświadczenie o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę jego przedsiębiorstwa w zakresie wykazu personelu, liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń, harmonogramu pracy personelu oraz dostępności godzinowej i ankiet w części zawierającej informacje zastrzeżone. Z uwagi na powyższe kierując się zasadą równego traktowania stron postępowania, podczas zapoznawania się przez kontroferentów z ofertą Odwołującego informacje te zostały utajnione. Zaznaczyć ponadto należy, iż art. 135 ustawy o świadczeniach umożliwia zastrzeżenie konkretnych informacji zawartych w ofercie, co nie oznacza, że jeżeli zostaną one zamieszczone przez komisję w innym dokumencie wytworzonym w trakcie postępowania to stają się jawne. W tych okolicznościach zarzut Odwołującego, iż przepisy nie przewidują możliwości utajniania elementów dokumentacji postępowania, innych niż oferta nie jest zasadny. Podnieść należy, iż intencją ustawodawcy było w pierwszej kolejności ustalenie, co podlega ochronie na wniosek oferenta i z jakiego źródła pochodzi.

Bezzasadny okazał się także zarzut dotyczący dokonania niewłaściwej oceny oferty Odwołującego w zakresie wyposażenia w sprzęt. Bezspornym jest, iż w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych* określono wykaz oraz warunki realizacji tych świadczeń. Bezsporne jest także, że takim świadczeniem jest program profilaktyki raka piersi lp.3 załącznika do rozporządzenia. Jako warunek realizacji tego świadczenia w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną Minister Zdrowia wskazał, że świadczeniodawca winien je realizować przy pomocy mammografu o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi. Następnie w ostatniej części jego załącznika określił: **w pkt A Warunki realizacji świadczenia niezależne od metody rejestracji obrazu, w pkt B Warunki realizacji świadczenia dotyczące mammografii z rejestracją obrazu metodą analogową** oraz **w pkt C Warunki realizacji świadczenia dotyczące mammografii z cyfrową pośrednią rejestracją obrazu (CR) i cyfrową bezpośrednią rejestracją obrazu (DDR)**. Dodatkowo określił **wymagania dla mammografii cyfrowej z pośrednią rejestracją obrazu (CR) oraz wymagania dla mammografii cyfrowej z bezpośrednią rejestracją obrazu (DDR) zastrzegając obowiązek zastosowania detektora cyfrowego (DR)**. Jak wynika z powyższego, rozporządzenie wskazuje wyłącznie dopuszczalne metody wykonywania badań mammograficznych w zakresie świadczeń gwarantowanych, zatem reguluje metodologię wykonania tych badań z zastosowaniem **rejestracji obrazu metodą analogową, ucyfrowioną metodą pośrednią rejestracji obrazu oraz metodą cyfrową z bezpośrednią rejestracją obrazu**. W treści powyższej regulacji Minister Zdrowia nie reguluje zaś kryteriów wyboru ofert w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. O kryteriach dodatkowo ocenianych w postępowaniu stanowi w rozporządzeniu kryterialnym, które to w załączniku 13 (wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisana im wartością) w pkt 2 przedmiot postępowania: Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w kolumnie czwartej „oceniany warunek” pkt 2.1 sprzęt i aparatura medyczna przewiduje

dotkające 10 punktów, w przypadku zaoferowania przez oferenta **aparatu mammograficznego cyfrowego** a nie ucyfrowionego tj. z metodą pośredniego przesyłania obrazu. Dokumentacja zgromadzona w trakcie postępowania tj. testy specjalistyczne wszystkich wykazanych w formularzu ofertowym aparatów mammograficznych oraz protokoły z kontroli jakości badań mammograficznych wskazały, że (mimo deklaracji w ofercie) Odwołujący w rzeczywistości dysponuje wyłącznie aparatami ucyfrowionymi pośrednio typu CR a nie **aparatami cyfrowymi typu DR z detektorem cyfrowym**. W tych okolicznościach komisja konkursowa dokonała zmiany w systemie informatycznym i odjęła 10 pkt w kategorii, za jakość co spowodowało zmianę pozycji Odwołującego w rankingu kwalifikacyjnym z pierwszej na czwartą. Podsumowując powyższe, stanowisko Odwołującego w przedmiocie oceny oferty przez komisję konkursową nie jest zasadne, bowiem przyjęcie interpretacji przedstawionej w odwołaniu skutkowałoby tym, że deklarowanie każdego z aparatów mammograficznych pozwalających na wykonanie badania na warunkach określonych w rozporządzeniu o świadczeniach gwarantowanych, obligowałoby do „nagradzania oferenta” dodatkowymi 10 punktami, co spowodowałoby niecelowość określania warunków, za które świadczeniodawcy mogą być dodatkowo ocenieni. Taka forma oceny nie sprzyja uczciwej konkurencji i nie przekłada się na wyższą jakość wykonywanych zdjęć. Uwadze nie może ujść fakt, iż każda z ofert złożonych w postępowaniu musi spełniać wymogi bezwzględne, natomiast oferty konkurują ze sobą warunkami realizacji świadczeń dodatkowo ocenianymi i ceną.

W nawiązaniu do zarzutu dotyczącego przyjęcia, jako wiążące dla oceny przedmiotowej oferty stanowiska Ministerstwa Zdrowia, które w ocenie Odwołującego wskazuje, iż premiovane będą podmioty oferujące wyłącznie aparat mammograficzny z cyfrowym detektorem obrazu systemem cyfrowym DR, wskazać należy, iż nie jest ono zmianą kryteriów określonych w/w rozporządzeniem, ale wyłącznie interpretacją pozwalającą na jednakowe traktowanie oferentów przez wszystkie Oddziały Funduszu. Zaznaczyć jednak należy, iż zasady określone w rozporządzeniu kryterialnym były dla komisji konkursowej czytelne i jednoznaczne i nie zachodziła potrzeba ich dodatkowej interpretacji. W ocenie komisji, a w ślad za nią i Organu w celu uzyskania dodatkowych punktów w kategorii, za jakość oferent winien był zadeklarować do wykonywania badań mammograficznych aparat cyfrowy a nie ucyfrowiony pośrednio. Na marginesie także zaznaczyć należy, że interpretacja Ministerstwa Zdrowia pochodzi z dnia 24 marca 2017r., natomiast konkurs ogłoszono w dniu 14 kwietnia 2017r.

Odnosząc się do wniosku Odwołującego o przeprowadzenie ponownej oceny ofert z uwzględnieniem okoliczności powołanych w odwołaniu podnieść należy, iż Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Nie powieła zatem czynności zarezerwowanych przez ustawę dla komisji powołanej przez dyrektora OW Funduszu. W kompetencjach zatem Dyrektora POW NFZ nie pozostaje przeprowadzenie ponownej oceny ofert. Dyrektor bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy skutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego. W świetle utrwalonego już orzecznictwa, odwołanie dotyczy całego rozstrzygnięcia o wyborze świadczeniodawcy i co do zasady nie ma podstaw do ograniczenia

tego środka zaskarżenia wyłącznie do "sprawy" wnoszącego odwołanie, rozumianej jako rozpatrzenie okoliczności dotyczących oceny jego tylko oferty z punktu widzenia zgodności z regułami przeprowadzania postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń. Przemawia za tym przede wszystkim charakter tego postępowania. Postępowanie w formie konkursu, jest postępowaniem opartym na zasadzie konkurencji (o ograniczoną ilość dóbr może się ubiegać nieograniczona liczba świadczeniodawców). Ustalenie wyniku tego konkurowania w postaci rankingu - klasyfikacji wartościującej poszczególne oferty - mieści w sobie porównywanie ofert świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu (por. wyroki Naczelnego Sądu Administracyjnego z 11 lipca 2012 r., sygn. akt II GSK 121/12, z 8 maja 2013 r., sygn. akt II GSK 254/12 i II GSK 255/12 publ. na stronie [www.orzeczenia.nsa.gov.pl](http://www.orzeczenia.nsa.gov.pl)). Oferta Odwołującego nie została wybrana, bowiem na przedmiotowy konkurs złożono oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

W świetle szczegółowej analizy dokumentacji postępowania konkursowego należy stwierdzić, że wszystkie oferty zostały poddane jednolitej ocenie zarówno poprzez sprawdzenie warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, jak i ocenione pod kątem wszystkich kryteriów oceny ofert obowiązujących w postępowaniu. Należy mieć na względzie, że konkurs w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to, że oferty niepodlegające odrzuceniu uszeregowane są w rankingu od oferty najkorzystniejszej do oferty z najniższą liczbą punktów. Do zawarcia umowy wybierane są oferty z najwyższą punktacją do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia wskazanego w ogłoszeniu oraz maksymalnej liczby umów określonej w ogłoszeniu. Oferta Odwołującego nie została wybrana, bowiem na przedmiotowy konkurs złożono oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania zapewniono świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń będących przedmiotem postępowania zgodnie z warunkami zamówienia w ramach zaplanowanych na ten cel środków.

Po przeprowadzeniu analizy akt sprawy Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ stwierdził, iż postępowanie konkursowe było prowadzone zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach, warunkach postępowania i warunkach zawierania i realizacji umów. Wszystkie oferty złożone w postępowaniu, w tym również oferta Odwołującego, zostały poddane jednolitej ocenie zgodnie z obowiązującymi przepisami zarówno poprzez sprawdzenie warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, jak i ocenione pod kątem obowiązujących kryteriów oceny ofert. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Postępowanie konkursowe było prowadzone zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach, warunkach postępowania i warunkach zawierania umów.

Reasumując, należy podkreślić, iż Odwołujący nie wykazał, aby Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadzając postępowanie konkursowe naruszył jego zasady wynikające z ustawy o świadczeniach, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie lub dokumentów wydanych przez Prezesa Funduszu. W szczególności nie wykazano naruszenia podstawowych zasad takich jak równe traktowanie świadczeniodawców,

niezmiennosc warunkow, ktore podlegaja ocenie w toku postepowania oraz przestrzeganie okreslonych w ogloszeniu procedur. W związku z tym nie zostal naruszony interes prawny Odwołujacego.

Wobec powyższego, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach należy stwierdzić, jak w sentencji.

Z up. DYREKTORA  
Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
*Adam Robert Wiński*  
Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych

### **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 Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w terminie **7 dni** od otrzymania decyzji Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Strona może również wnieść skargę na decyzję Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku 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 Podlaskiego 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 do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego).

Termin, do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku.

### **Otrzymują:**

1. LUX MED. SP.Z O.O UL.POSTĘPU 21 C 02-676 WARSZAWA – **Odwołujący.**
2. GENEVA TRUST POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, 80-172 GDAŃSK, ul. FRANCISZKA SCHUBERTA 104
3. MEDICA BADANIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, 95-060 BRZEZINY, ul. ŚW. ANNY 62
4. WIRTUS WIESŁAW NALEWAJKO, 15-183 BIAŁYSTOK, ul. SIEWNA 2
5. a/a.