

Białystok, dnia 25 kwietnia 2017r.

WOP.422.9.2017

Decyzja Nr 9/2017/SPO
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 **Wiolettę Tolwińską-Salę, prowadzącą Przedsiębiorstwo Handlowe „Kalmar” Wioletta Tolwińska-Sala, 17-300 Siemiatycze, ul. Słowackiego 26, reprezentowaną przez radcę prawnego Gabrielę Jędrys, ul. Gen. Chłopickiego 1/5, 31-525 Kraków, zwaną dalej „Odwołującym”, od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, na obszarze powiatu: Białystok**

Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddala odwołanie.

Uzasadnienie

W dniu 8 lutego 2017r. Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ogłosił postępowanie o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie na obszarze powiatu: Białystok, od 1 lipca 2017r. do 30 czerwca 2022r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej.

W ogłoszeniu przedmiotowego postępowania podano wartość zamówienia nie większą niż 1 035 984,00 PLN na okres rozliczeniowy od 1 lipca 2017r. do 31 grudnia 2017r. oraz wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych maksymalnie 8 umów. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 22 lutego 2017r.

Na przedmiotowe postępowanie wpłynęło 13 ofert, w tym oferta Odwołującego nr 10-17-000051[14/1]-0002/00.

Otwarcie ofert nastąpiło dnia 28 lutego 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”.

W części jawnej postępowania, dnia 1 marca 2017r. komisja konkursowa wezwała Odwołującego do usunięcia braków formalnych w zakresie wypisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, w terminie do dnia 6 marca 2017r. Pismem z dnia 1 marca 2017r. Odwołujący uzupełnił braki formalne.

W związku z powyższym, dnia 3 marca 2017r. komisja konkursowa stwierdziła, iż oferta Odwołującego zawiera wszystkie dokumenty formalno-prawne określone w szczegółowych warunkach postępowania.

Następnie, dnia 10 marca 2017r. Odwołujący został wezwany do złożenia wyjaśnień w zakresie warunków wymaganych w przedmiotowym postępowaniu odnośnie dostępności miejsca udzielania świadczeń również w soboty i niedziele w godz. od 8:00 do 20:00. Stosowne wyjaśnienia wpłynęły do komisji 13 marca 2017r. Po rozpoznaniu ofert w części jawnej postępowania, oferta Odwołującego została zakwalifikowana do części niejawnej. Dnia 20 marca 2017r. w związku ze stwierdzeniem przez komisję konkursową niezgodności wybranych odpowiedzi ankietowych z danymi zawartymi w części szczegółowej formularza ofertowego oraz danymi znajdującymi się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie warunków rankingujących, komisja konkursowa podjęła decyzję o dokonaniu zmiany w systemie informatycznym w zakresie udzielonych odpowiedzi ankietowych w ofercie 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 31 marca 2017r. 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 4 kwietnia 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania konkursowego, zgodnie z którym oferta Odwołującego nie została wybrana do zawarcia umowy. Do zawarcia umowy zostało wybranych 5 oferentów.

W dniu 6 kwietnia 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 11 kwietnia 2017r. (data nadania 10 kwietnia 2017r.) wpłynęło jego odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01.

Odwołujący zarzuca komisji konkursowej naruszenie:

- przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - załącznika nr 6, tabela nr 1, pkt 7. Przedmiot postępowania: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, lp. II dostępność, ppkt 1.2., przez przyjęcie że oferent nie zapewnił 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;

- § 17 ust. 1 i 2 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, poprzez zaniechanie wezwania oferenta do złożenia wyjaśnień dotyczących oferty w zakresie o którym mowa w punkcie poprzedzającym oraz zaniechania żądania przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta;
- art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym Fundusz zobowiązany jest zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców, ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.
- art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym odrzuca się ofertę niespełniającą wymogów określonych w przepisach prawa.

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. Przedsiębiorstwo Handlowe „Kalmar” Wioletta Tołwińska-Sala, 17-300 Siemiatycze, ul. Słowackiego 26 – Odwołujący,
2. BETAMED Spółka Akcyjna, 40-065 Katowice, ul. Mikołowska 100A/802,
3. MULTI-MEDICA Przychodnia Lekarska Anna Romanik I Partnerzy, 15-843 Białystok, ul. Świętokrzyska 5A/lok. U5,
4. MULTI-MEDICA Spółka Jawna T. Brant i Wspólnicy, 15-843 Białystok, ul. Świętokrzyska 5A lok. U5 P.14,
5. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FIDOS" s.c. Ewa Taranta, Lidia Masiak, Bożena Saczko, Grażyna Utka, Beata Makarewicz, 15-183 Białystok ul. Siewna 2,
6. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OMNI-MED Zofia Stojak, 15-054 Białystok, ul. Mieszka I 8 C/30.

Pismem z dnia 11 kwietnia 2017r. strony niniejszego postępowania zostały zawiadomione, iż zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r. poz. 23 ze zm.), zwany 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. Jednocześnie organ zawiadomił, iż postępowanie odwoławcze zostanie zakończone nie później niż 25 kwietnia 2017r.

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 wskutek 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 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015r., poz. 1658), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych” oraz wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

1. Zarządzeniu Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zwanym dalej „warunkami zawierania i realizacji umów”.
2. Zarządzeniu Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 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 18 lutego 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”. oświadczając 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 momencie składania oferty.

W przedmiotowym postępowaniu skutecznie zostało złożonych 12 ofert (jedna oferta została wycofana przez składającego). 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 4 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 2 oferty i przyjęła do dalszego postępowania 10 ofert, w tym ofertę Odwołującego.

W części niejawnej 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 6 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,

$$C_{maks} - 1,1 \times C_{NFZ},$$

$$C_{min} - 0,9 \times C_{NFZ},$$

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: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, 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: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, ocena ofert obejmowała kryterium jakości, dostępności, ciągłości oraz ceny. Należy wziąć pod uwagę, iż kryterium kompleksowości w przedmiotowym zakresie, nie jest oceniane, dlatego też w rankingu wszystkie oferty za wyżej wymienione kryterium otrzymywały wartość punktową 0.

Poniższa tabela przedstawia ocenę ofert zawartą w rankingu otwarcia z dnia 15 marca 2017r.

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	10-17-000051[14/1]-0011/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMNI-MED ZOFIA STOJAK	OPD MIESZKA 15-054 BIAŁYSTOK ul. MIESZKA 1 8C/207	3,5416	62	0	9	19	0	90	93,5416

2	10-17-000051[14/1]-0012/00	VITAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-215 BIAŁYSTOK ul. MICKIEWICZA 44A	2,5	62	0	12	14	0	88	90,5
3	10-17-000051[14/1]-0006/00	MULTI-MEDICA SPÓŁKA JAWNA T.BRANT I WSPÓLNICY	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-843 BIAŁYSTOK ul. ŚWIĘTOKRZYSKA 5A LOKAL U5 P.14	2,5	60	0	9	19	0	88	90,5
3	10-17-000051[14/1]-0008/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FIDOS" S.C. EWA TARANTA, LIDIA MASIĄK, BOŻENA SACZKO, GRAŻYNA UTKO, BEATA MAKAREWICZ	GABINET PIELĘGNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ 15-183 BIAŁYSTOK ul. SIEWNA 2	2,5	60	0	9	19	0	88	90,5
3	10-17-000051[14/1]-0005/00	MULTI-MEDICA PRZYCHODNIA LEKARSKA ANNA ROMANIK I PARTNERZY	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-843 BIAŁYSTOK ul. ŚWIĘTOKRZYSKA 5A LOK.U5	2,5	60	0	9	19	0	88	90,5
4	10-17-000051[14/1]-0002/00	PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA-SALA	GABINET PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ 15-530 BIAŁYSTOK ul. BARANOWICKA 203/18	5	62	0	9	14	0	85	90
5	10-17-000051[14/1]-0010/00	"HELP HANDS" R. ZAJKOWSKA SPÓŁKA JAWNA	NZOZ CENTRUM MEDYCZNE ZAJKOWSCY 15-062 BIAŁYSTOK ul. WARSZAWSKA 9/4	3,5416	62	0	9	14	0	85	88,5416
6	10-17-000051[14/1]-0003/00	BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-086 BIAŁYSTOK ul. STANISŁAWA BUKOWSKIEGO 1/2	2,5	61	0	9	14	2	86	88,5
7	10-17-000051[14/1]-0004/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PIGUŁKA" CILULKO, SZPAKOWSKA SPÓŁKA JAWNA	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-028 BIAŁYSTOK ul. SŁONIMSKA 15/1/32	4,5833	62	0	9	4	0	75	79,5833
8	10-17-000051[14/1]-0013/00	PRAKTYKA PIELĘGNIAREK ŚRODOWISKOWYCH AGATA LESZCZYŃSKA	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-222 BIAŁYSTOK ul. ADAMA MICKIEWICZA 14/28	5	50	0	0	4	0	54	59

Z rankingu otwarcia wynika, że oferta złożona przez Odwołującego uzyskała ogółem 90 pkt, w tym za jakość – 62 pkt, za dostępność - 9 pkt, za ciągłość – 14 pkt, inne – 0 pkt oraz za cenę – 5 pkt.

W związku z rozbieżnością występującą w ofercie Odwołującego pomiędzy odpowiedzią na pytanie ankietowe zawarte w części VIII formularza ofertowego – Rozdział 2.1 pkt 2, a danymi posiadanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, komisja konkursowa zweryfikowała treść udzielonej przez Odwołującego odpowiedzi „TAK” na pytanie w części ankietowej oferty - „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”. Weryfikacja, polegająca na dostosowaniu ankiety do stanu faktycznego poprzez zmianę odpowiedzi na „NIE”, skutkowałą zmniejszeniem punktacji oferty Odwołującego w kryterium dostępności z 9 pkt na 6 pkt, co znajduje odzwierciedlenie w rankingu kwalifikacyjnym z dnia 28 marca 2017r. Zgodnie z przedmiotowym rankingiem, oferta Odwołującego uzyskała łącznie 87 pkt, w tym za jakość – 62 pkt, za dostępność - 6 pkt, za ciągłość – 14 pkt, inne – 0 pkt oraz za cenę – 5 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, którą może podtrzymać w wysokości złożonej w ofercie lub obniżyć. W wyniku negocjacji z dnia 31 marca 2017r. przeprowadzonych przez komisję konkursową z Odwołującym strony ustaliły cenę jednostkową za osobodzień w wysokości 21,60 zł oraz łączną liczbę świadczeń na 10 304. 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 4 kwietnia 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	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów oceny
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem	
1	10-17-000051[14/1]-0011/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMNI-MED ZOFIA STOJAK	OPD MIESZKA 15-054 BIAŁYSTOK ul. MIESZKA I 8C/207	3,5416	62	0	6	19	0	87	90,54
2	10-17-000051[14/1]-0008/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FIDOS" S.C. EWA TARANTA, LIDIA MASIĄK, BOŻENA SACZKO, GRAZYNA UTKO, BEATA MAKAREWICZ	GABINET PIELĘGNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ 15-183 BIAŁYSTOK ul. SIEWNA 2	2,5	60	0	9	19	0	88	90,5
2	10-17-000051[14/1]-0005/00	MULTI-MEDICA PRZYZCHODNIA LEKARSKA ANNA ROMANIK I PARTNERZY	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-843 BIAŁYSTOK ul. ŚWIĘTOKRZYSKA 5A LOKUS	2,5	60	0	9	19	0	88	90,5

3	10-17-000051[14/1]-0006/00	MULTI-MEDICA SPÓŁKA JAWNA T.BRANT I WSPÓLNICY	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-843 BIAŁYSTOK ul. ŚWIĘTOKRZYSKA 5A LOKAL U5 P.14	3,0208	60	0	6	19	0	85	88,02
4	10-17-000051[14/1]-0003/00	BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-066 BIAŁYSTOK ul. STANISŁAWA BUKOWSKIEGO 1/2	4,0625	61	0	6	14	2	83	87,06
5	10-17-000051[14/1]-0002/00	PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA -SALA	GABINET PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ 15-530 BIAŁYSTOK ul. BARANOWICKA 203/18	5	62	0	6	14	0	82	87
6	10-17-000051[14/1]-0010/00	"HELP HANDS" R. ZAJKOWSKA SPÓŁKA JAWNA	NZOZ CENTRUM MEDYCZNE ZAJKOWSCY 15-062 BIAŁYSTOK ul. WARSZAWSKA 9/4	4,5833	62	0	6	14	0	82	86,58
7	10-17-000051[14/1]-0004/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PIGUŁKA" CILULKO, SZPAKOWSKA SPÓŁKA JAWNA	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-028 BIAŁYSTOK ul. SŁONIWSKA 15/1/32	4,5833	62	0	0	4	0	66	70,58
8	10-17-000051[14/1]-0012/00	VITAMED SPÓŁKA Z OGRAŃCZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-215 BIAŁYSTOK ul. MICKIEWICZA 44A	2,5	42	0	9	14	0	65	67,5
9	10-17-000051[14/1]-0013/00	PRAKTYKA PIELĘGNIAREK ŚRODOWISKOWYCH AGATA LESZCZYŃSKA	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-222 BIAŁYSTOK ul. ADAMA MICKIEWICZA 14/28	5	30	0	0	4	0	34	39

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 5 ofert o najwyższej łącznej ocenie punktowej, które zajęły w rankingu pozycje od 1 do 4, uzyskując odpowiednio od 90,54 do 87,06 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, iż środki finansowe pozostałe zamawiającemu w kwocie 8,50 PLN, nie pozwoliły na wybranie kolejnych ofert, bowiem dokonanie ich wyboru przekroczyłoby wartość zamówienia określoną w przedmiotowym postępowaniu. W związku z powyższym oferta Odwołującego, która z łączną sumą 87 punktów zajęła piąte 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 4 kwietnia 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, w wyniku którego świadczenia na obszarze objętym zamówieniem zostały zabezpieczone. Wartość rozstrzygnięcia wyniosła 1 035 975,50 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.

W dniu 6 kwietnia 2017r. Odwołujący zapoznał się z aktami postępowania konkursowego, a 11 kwietnia 2017r. do Podlaskiego OW NFZ wpłynęło odwołanie (data stempla pocztowego: 10 kwietnia 2017r.).

Przechodząc do zarzutów wniesionych przez Odwołującego, a dotyczących warunku dodatkowo ocenianego „2.1.2. *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*” stwierdzić należy, że ocena tego warunku oparta była na jednolitych zasadach stosowanych względem wszystkich oferentów w danym postępowaniu. Warunek uznawany był za spełniony, jeżeli dotyczył wszystkich świadczeniobiorców objętych świadczeniami pielęgniarstwa długoterminowej domowej w okresach pomiędzy wszystkimi hospitalizacjami oraz po ich zakończeniu, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki w wymaganym przedziale czasowym tj. 01.12.2015r. – 30.11.2016r. Takim jednolitym zasadom analizy podlegały dane sprawozdawcze wszystkich oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu konkursowym, dotyczące pacjentów objętych pielęgniarstwem długoterminową domową w zakresie sprawdzenia czy po hospitalizacji pacjent był ponownie obejmowany pielęgniarstwem długoterminową domową, aby kryterium ciągłości opieki zostało zachowane. Na podstawie tych danych komisja konkursowa dokonywała oceny oferty w zakresie spełniania ww. warunku, co wypełnia dyspozycję § 17 ust. 2a pkt 1 rozporządzenia o pracach komisji, zgodnie z którą komisja konkursowa nie może żądać od oferenta przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta, jeżeli potwierdzenie tych danych i informacji jest możliwe na podstawie posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ewidencji, rejestrów lub innych zbiorów danych. Na podstawie analizy danych sprawozdawczych przekazanych przez Odwołującego w ramach aktualnie obowiązującej umowy, komisja konkursowa stwierdziła, iż Odwołujący nie spełnia wyżej wymienionego warunku, gdyż nie zapewnił ciągłości udzielania świadczeń w okresie po zakończeniu hospitalizacji. Znajduje to potwierdzenie również w wykazie świadczeniobiorców dołączonym przez Odwołującego do odwołania, z którego wynika, iż w przypadku 3 świadczeniobiorców nie zachował on warunku ciągłości.

Komisja dokonała oceny wszystkich ofert w taki sam sposób, przy zachowaniu równego traktowania i poszanowaniu uczciwej konkurencji, Odwołujący nie otrzymał 3 punktów w kryterium dostępności za warunek, którego nie spełniał, co z przyczyn wskazanych powyżej, należy uznać za postępowanie w pełni prawidłowe. Zarzuty Odwołującego, w których wskazuje na uchybienie komisji konkursowej poprzez zdjęcie punktów w kryterium dostępności oraz zaniechanie wezwania Oferenta do złożenia wyjaśnień i przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje zawarte w ofercie nie zasługują na uwzględnienie.

Znajdujące się w teczce postępowania wydruki: Liczba pacjentów – skala Barthel 0 i Liczba pacjentów – skala Barthel 5-15, nie dotyczyły pytania odnoszącego się do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami. Nie były brane pod uwagę przy zdjęciu Odwołującemu 3 punktów. Wydrukiem dotyczący tego pytania był trzeci wydruk umieszczony w teczce postępowania, w którym ostatnia kolumna zatytułowana była „ciągłość”. Wskazywał on, które podmioty mają zachowaną ciągłość, a był opracowany na podstawie zbioru danych Funduszu.

Na marginesie należy wskazać, iż komisje konkursowe są w swych pracach autonomiczne i w różnych oddziałach Funduszu mogą wypracować własny tryb postępowania. Zarzut Odwołującego, który powołuje w dalszej części uzasadnienia odwołania, wskazujący na praktykę działania komisji w innych oddziałach Funduszu nie znajduje podstaw prawnych. W przedmiotowym postępowaniu, komisja konkursowa przyjęła jednolitą praktykę i nie wzywała oferentów do wyjaśnienia/udowodnienia odpowiedzi udzielonych na pytania ankietowe dodatkowo oceniane (rankingujące). Spełnianie warunków rankingujących nie jest obowiązkowe, determinuje jedynie pozycję oferenta w rankingu poprzez przyznanie mu dodatkowych punktów. Słowem wyjaśnienia należy wskazać, iż występują trzy warunki: formalne, wymagane i dodatkowo oceniane (rankingujące). Niespełnianie pierwszych dwóch skutkuje odrzuceniem oferty. Brak tych trzecich nie spowoduje jedynie uzyskania dodatkowych punktów, a oferta może być dalej procedowana. W przedmiotowym postępowaniu komisja nie wzywała oferentów do wyjaśnienia/udowodnienia warunku, że świadczeniobiorcy byli hospitalizowani i objęci opieką przed i po hospitalizacjach z uwagi na fakt, iż dokonała oceny przedmiotowej odpowiedzi na podstawie posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zbiorów danych.

W odpowiedzi na zarzut naruszenia art. 149 ust.1 pkt 7 ustawy o świadczeniach poprzez zaniechanie odrzucenia 4 ofert, które zdaniem Odwołującego nie spełniają warunku wymaganego z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, jakim jest zapewnienie kontaktu telefonicznego, należy zauważyć, że oferenci w przedmiotowym postępowaniu nie mieli obowiązku wykazywania w ofercie telefonu jako sprzętu wymaganego do realizacji świadczeń. Zgodnie z załącznikiem nr 4 „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej” do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej jedynym sprzętem wymaganym w zakresie pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej jest neseser pielęgnarski dla każdej pielęgniarki i ten warunek wymagany w zakresie sprzętu wskazanego w zasobach ofertowych został spełniony przez wszystkich oferentów wybranych do zawarcia umowy. Zapewnienie kontaktu telefonicznego jest natomiast wymogiem w zakresie warunków lokalowych oferenta. Sprawdzenia warunków lokalowych dokonuje komisja konkursowa podczas weryfikacji w miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofercie, dokonywanej w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń zakładu leczniczego. Należy jednakże zauważyć, że zgodnie z § 17 ust. 3 rozporządzenia o pracach komisji weryfikację tego rodzaju przeprowadza się u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania. Wszyscy oferenci, którym Odwołujący zarzuca niespełnianie wymagań poprzez niewykazanie telefonu mają zawarte umowy, zatem ich oferty nie podlegały takiej weryfikacji. Jak wykazano powyżej nie wystąpiły żadne przesłanki warunkujące możliwość odrzucenia wskazywanych przez Odwołującego ofert, zatem jego zarzuty Odwołującego w tym względzie nie zasługują na uwzględnienie.

Odwołujący w swym odwołaniu podnosi również zarzut naruszenia zasad równego traktowania i uczciwej konkurencji (art. 134 ustawy o świadczeniach), poprzez brak jakiegokolwiek weryfikacji ofert złożonych przez oferentów wybranych do zawarcia umowy: Multi-Medica Przychodnia Lekarska Anna Romanik i Partnerzy oraz NZOZ „FIDOS” s.c. zgodnie z obowiązującymi w postępowaniu kryteriami oceny.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach, zasadami przeprowadzania postępowania są w szczególności: równe traktowanie świadczeniodawców, niezmiennosc warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania, przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur oraz zachowanie uczciwej konkurencji.

W ocenie organu zarzut ten nie znajduje oparcia w działaniach powziętych przez komisję konkursową.

Komisja konkursowa dokonywała oceny wszystkich ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu w oparciu o kryteria określone w rozporządzeniu kryterialnym – na podstawie złożonych i wczytanych do systemu informatycznego ankiet (czyli w rozumieniu § 2 pkt 1 warunków postępowania, zestawu pytań Narodowego Funduszu Zdrowia kierowanych do oferentów) oraz udzielonych przez oferentów odpowiedzi. Jak już wyżej wskazano, powyższa ocena była przeprowadzona w oparciu o dane przedstawione przez oferentów w ofercie oraz o ewidencje, rejestry lub inne zbiory danych posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Odnosząc się do wskazanych przez Odwołującego dwóch oferentów: Multi-Medica Przychodnia Lekarska A. Romanik i Partnerzy oraz NZOZ „FIDOS” s.c. należy stwierdzić, iż komisja konkursowa podczas weryfikacji i oceny ofert ww. oferentów nie znalazła żadnych nieprawidłowości. Oświadczenia oferentów dotyczące spełniania warunków dodatkowo ocenianych, znajdujące się w części ankietowej tych ofert okazały się zgodne z danymi posiadanymi przez Fundusz, w związku z tym w teczkach tych oferentów nie znajdują się protokoły dotyczące zmian w systemie informatycznym w zakresie udzielonych odpowiedzi ankietowych.

Mając powyższe na uwadze, stwierdzić należy, iż działania podejmowane przez komisję nie wskazują w żadnej mierze na podniesione przez Odwołującego naruszenie ustawowych zasad dotyczących równego traktowania oferentów i zasad porównywania ofert przez komisję konkursową (art. 134 ust. 1 w zw. z art. 148 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach).

Po dokonaniu szczegółowej analizy punktacji należy stwierdzić, że oferta Odwołującego we wszystkich kryteriach przedmiotowego postępowania była oceniona przez komisję konkursową prawidłowo.

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 umów. Oferta Odwołującego została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców zasad określonych w przepisach prawa. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, zaś Odwołujący w oświadczeniu załączanym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz że przyjmuje je do wykonania.

In fine, 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, niezmiennosć warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania oraz przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur. W związku z tym nie został naruszony interes prawny Odwołującego.

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

Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust. 4 i ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793 ze zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok, w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji.

DYREKTOR
Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Maciej Bogdan Olesiński

Otrzymują:

- 1) radca prawny Gabriela Jędryś, adres do korespondencji: Janowice 264, 32-020 Wieliczka reprezentujący Przedsiębiorstwo Handlowe „Kalmar” Wioletta Tołwińska-Sala, 17-300 Siemiatycze, ul. Słowackiego 26,
- 2) BETAMED Spółka Akcyjna, 40-065 Katowice ul. Mikołowska 100A/802,
- 3) MULTI-MEDICA Przychodnia Lekarska Anna Romanik i Partnerzy, 15-843 Białystok ul. Świętokrzyska 5A/lok. U5,
- 4) MULTI-MEDICA Spółka Jawna T. Brant i Wspólnicy, 15-843 Białystok ul. Świętokrzyska 5A lok. U5 P.14,
- 5) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FIDOS" s.c. Ewa Taranta, Lidia Masiak, Bożena Saczko, Grażyna Utko, Beata Makarewicz, 15-183 Białystok ul. Siewna 2,
- 6) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OMNI-MED Zofia Stojak, 15-054 Białystok ul. Mieszka I 8 C/30.
- 7) a/a.