

Podmiot Lecznicy:**A.D. Kołodziejek s.c. Anna Kołodziejek****Dariusz Kołodziejek****ul. Żytnia 16****08-500 Ryki**DECYZJA Nr 49/2014/154.3**DYREKTORA LUBELSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) i art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 267 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez podmiot leczniczy A. D. Kołodziejek S.C. Anna Kołodziejek, Dariusz Kołodziejek, ul. Żytnia 16, 08-500 Ryki, od rozstrzygnięcia postępowania Nr 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1 przeprowadzonego w trybie konkursu ofert, w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Rehabilitacja Lecznicza, w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, na obszarze powiatu ryckiego

- oddalam odwołanie.**Uzasadnienie**

Dyrektor Oddziału w dniu 17 lutego 2014 r. ogłosił postępowanie 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2017 r. w rodzaju Rehabilitacja Lecznicza, w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, na obszarze powiatu ryckiego.

Postępowanie 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1 przeprowadzone zostało w trybie konkursu ofert, na podstawie art. 139 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 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. z 2004 r. Nr 273, poz. 2719).

W ogłoszeniu postępowania wskazano, że oferty mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów i spełniające wymagania określone w:

- zarządzeniu Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionym zarządzeniem nr 74/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r.,
- zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- zarządzeniu Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza,
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013, poz. 1522).

Jednocześnie, w dniu 17 lutego 2014 r. na stronie Lubelskiego OW NFZ zamieszczony został Komunikat w sprawie cen oczekiwanych jednostek rozliczeniowych w konkursie ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2014 w rodzaju Rehabilitacja Lecznicza.

Postępowanie przeprowadziła Komisja konkursowa Nr 4, zwana dalej Komisją, powołana zarządzeniem nr 14/2014 Dyrektora Lubelskiego OW NFZ z dnia 17 lutego 2014 r.

Komisja działała w oparciu o Regulamin pracy komisji prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej Regulaminem, przyjęty Uchwałą nr 36/2005/1 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r., oraz obowiązującą

w Narodowym Funduszu Zdrowia *Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

Termin składania ofert wyznaczony został do dnia 4 marca 2014 r.

Na poprawnie ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęły 3 oferty, w tym podmiotu A. D. Kołodziejek s.c. Anna Kołodziejek, Dariusz Kołodziejek, ul. Żytnia 16, 08-500 Ryki, zwanego dalej *Odwołującym*.

Otwarcie ofert nastąpiło w dniu 10 marca 2014 r. w miejscu wskazanym w ogłoszeniu postępowania tj. w siedzibie Delegatury w Chełmie, przy ul. Ceramicznej 1, 22-100 Chełm.

W części jawnej postępowania konkursowego *Komisja* dokonała weryfikacji pod względem spełniania przez oferentów warunków formalno-prawnych, jak również wymagań koniecznych dotyczących warunków udzielania świadczeń wynikających z powyższych aktów prawnych.

Po rozpatrzeniu ofert w części jawnej, *Komisja* uznała, że wszystkie 3 oferty spełniają warunki formalne oraz wymagane i nie podlegają odrzuceniu. Oferty te zostały zakwalifikowane do części niejawnej postępowania.

Oferty oceniane były przez *Komisję* zgodnie z kryteriami, określonymi w art. 146 ust.1 pkt 2, wymienionymi w art. 148 *ustawy o świadczeniach* oraz w Zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie w/w aktów prawnych *Komisja* przeprowadziła analizę porównawczą ofert biorących udział w postępowaniu konkursowym. Stosownie do wymogów wskazanych wyżej aktów prawnych analiza porównawcza w zakresie świadczeń rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, na obszarze powiatu ryckiego obejmowała: ciągłość, jakość i cenę.

Ocena punktowa ofert dokonywana była na podstawie wypełnionych przez Oferentów ankiet, będących częścią złożonych ofert. Odpowiedzi ankietowe podlegały weryfikacji.

Wartość punktowa pozycji ofert w danym kryterium wynika z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonych przez Oferentów odpowiedzi i ustalonej według Zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej punktacji danej odpowiedzi.

Pod uwagę wzięto wszystkie odpowiedzi na pytania ankietowe opracowane zgodnie z wymienionymi w załączniku nr 1 do Zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej parametrami oceny poszczególnych kryteriów.

Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania.

Odwołujący w oświadczeniu (wzór załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem nr 74/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r.), załączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz, że przyjmuje je do stosowania.

Komisja podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z oferentami w celu ustalenia ostatecznej liczby i ceny jednostki rozliczeniowej.

Negocjacje zostały przeprowadzone w części niejawnej postępowania konkursowego i zakończyły się podpisaniem przez *Odwołującego* i członków Komisji protokołów końcowych z negocjacji.

W trakcie negocjacji *Komisja* informowała oferentów o możliwości dokonania modyfikacji ceny zaproponowanej w złożonej ofercie oraz o fakcie, iż taka modyfikacja wpływa na wycenę punktową ofert.

W wyniku przeprowadzonych negocjacji z oferentami uzyskano ostateczne stanowiska w zakresie liczby i ceny świadczeń i na tej podstawie sporządzono protokoły końcowe z negocjacji ze zbieżnymi stanowiskami stron.

W dalszej części postępowania sporządzono ranking końcowy, w którym uszeregowane zostały złożone oferty w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji.

Porównanie wyceny ofert *Odwołującego* i podmiotu wybranego w przedmiotowym postępowaniu do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przedstawia się następująco (wg rankingu końcowego):

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA ZA OFERTĘ CENOWĄ	CIĄGŁOŚĆ	JAKOŚĆ - PERSONEL	JAKOŚĆ - SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA/POMIESZCZENIA	JAKOŚĆ - WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ - ZEWNĘTRZNA OCENA - SYSTEMY ZARZĄDZANIA	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW W OCENY	POZYCJA OFERTY W RANKINGU KOŃCOWYM
REHA-VITA S.C. M. BUJAŁA A. KOS-LISOWSKA	20,00	5,00	28,00	15,00	0,00	5,00	73	1
A.D. KOŁODZIEJEK S.C. ANNA KOŁODZIEJEK, DARIUSZ KOŁODZIEJEK	20,00	0,00	28,00	15,00	0,00	3,33	66,33	2

Liczba punktów uzyskanych przez *Odwołującego* i podmiot wybrany przedstawiona została w w/w tabeli, sporządzonej na podstawie rankingu końcowego. Ocena punktowa uwzględnia punkty uzyskane na podstawie kryterium ceny oraz kryteriów pozacenowych.

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 16 maja 2014 roku.

Do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w postępowaniu 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1, w rodzaju Rehabilitacja Lecznicza, w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, na obszarze powiatu ryckiego, *Komisja* wybrała oferenta, który w rankingu końcowym zajął najwyższą pozycję, do wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu, tj. REHA-VITA S.C. M. Bujała A. Kos-Lisowska, ul. Jadwigi Hollakowej 5, 24-100 Puławy.

Do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poza ofertą *Odwołującego*, nie została wybrana również oferta trzeciego podmiotu uczestniczącego w postępowaniu konkursowym.

W dniu 23 maja 2014 r. *Odwołujący* złożył odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1, w rodzaju Rehabilitacja Lecznicza, w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, na obszarze powiatu ryckiego.

Wobec powyższego, Dyrektor Oddziału zobowiązany jest do zbadania i ustalenia, czy postępowanie konkursowe przeprowadzone zostało zgodnie z przepisami prawa, z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji oraz zasad równego traktowania świadczeniodawców.

W badaniu tym ważna jest nie tylko kwestia ustalenia, czy nie zostały naruszone wymagania formalnoprawne, ale również, czy nie naruszono wymienionych zasad w znaczeniu materialnym przez nierównoprawne stosowanie kryteriów przyjętych jako podstawa dokonanych ocen.

W postępowaniu administracyjnym zadaniem Dyrektora Oddziału jest dokonanie kontroli postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów prawa, ale także zbadanie stanu faktycznego sprawy w takim zakresie, który mógł mieć wpływ na uszczerbek interesu prawnego uczestnika postępowania.

Odwołujący zarzucił *Komisji* naruszenie następujących przepisów:

– art. 134 ust.1, art. 137 ust. 11, art. 142 ust. 5 pkt 1, 2, 6, art. 148 ust. 1, art. 149 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.):

✓ art. 134. ust. 1, który wskazuje, że Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,

✓ art. 137 ust. 11, zgodnie z którym, Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, regulamin negocjacji, o których mowa w ust. 6, uwzględniając konieczność równego traktowania stron tych negocjacji,

✓ art. 142 ust. 5 pkt 1, 2 i 6, który wskazuje, że w części niejawnego konkursu ofert komisja może: wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i ich dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia; nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (*przepis ten nie ma pkt 6*),

✓ art. 148, zgodnie z którym, porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

1) ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją;

2) ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów,

✓ art. 149 ust. 1, w myśl którego, odrzuca się ofertę złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;

– art. 9 ust. 2 pkt 5, 7 ustawy z dnia 16.02.2007 r. *o ochronie konkurencji i konsumentów* (Dz. U. z 2007r., Nr 50, 331 z późn. zm.), który wskazuje, że nadużywanie pozycji dominującej polega w szczególności na przeciwdziałaniu ukształtowania się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji i podziale rynku według kryteriów terytorialnych, asortymentowych lub podmiotowych

– art. 93 ust. 2 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, który wskazuje, że zarządzenia są wydawane tylko na podstawie ustawy i nie mogą one stanowić podstawy decyzji wobec obywateli, osób prawnych oraz innych podmiotów

– art. 72 i 353 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. *Kodeks cywilny* (Dz. U. z 2014 r., poz. 121), zgodnie z którym, jeżeli strony prowadzą negocjacje w celu zawarcia oznaczonej umowy, umowa zostaje zawarta, gdy strony dojdą do porozumienia co do wszystkich jej postanowień, które były przedmiotem negocjacji. Strona, która rozpoczęła lub prowadziła negocjacje z naruszeniem dobrych obyczajów, w szczególności bez zamiaru zawarcia umowy, jest obowiązana do naprawienia szkody, jaką druga strona poniosła przez to, że liczyła na zawarcie umowy.

Art. 353. § 1 wskazuje, że zobowiązanie polega na tym, że wierzyciel może żądać od dłużnika świadczenia, a dłużnik powinien świadczenie spełnić. Świadczenie może polegać na działaniu albo na zaniechaniu.

Odwołujący, uzasadniając powyższe, wskazał, że:

- szczegółowo opisał fakt spełniania warunków wymaganych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do wzięcia udziału w postępowaniu konkursowym,
- złożył oferty na cztery postępowania konkursowe, jednak w żadnym nie został wybrany do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- została ograniczona dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej,
- postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone z naruszeniem zasady równego traktowania oferentów poprzez przyznawanie dodatkowych punktów rankingujących w kategorii ciągłość,
- *Odwołującemu* nie były znane kryteria oceny ofert,
- *Komisja* naruszyła zasady prowadzenia negocjacji, a *Odwołujący* został zmuszony do podpisania protokołu zgodności z negocjacji.

Odwołujący w treści odwołania szczegółowo i obszernie opisał kryterium ciągłości, jego interpretację przez sądy administracyjne oraz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta.

Odnosząc się do w/w zarzutów, należy stwierdzić, że:

Oferty oceniane były przez *Komisję*:

- zgodnie z kryteriami, określonymi w art. 146 ust.1 pkt 2, wymienionymi w art. 148 *ustawy o świadczeniach* oraz zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. *w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wydanym na podstawie delegacji zawartej w art. 146 ust.1 pkt 2 *ustawy o świadczeniach*,

- pod względem spełniania warunków wymaganych, o których mowa w art. 146 ust.1 pkt 3 *ustawy o świadczeniach*, określonych w zarządzeniu Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza*, wydanym na podstawie delegacji zawartej w art. 146 ust.1 pkt 1 i 3 *ustawy o świadczeniach*.

Ocena punktowa ofert dokonywana była na podstawie wypełnionych przez oferentów ankiet, będących częścią złożonych ofert. Odpowiedzi ankietowe podlegały weryfikacji.

W przypadku stwierdzenia rozbieżności, pomiędzy udzieloną odpowiedzią na zawarte w ankiecie pytanie, a danymi zawartymi w pozostałej części formularza ofertowego oraz w przypadku stwierdzonych niejasności wymagających dodatkowych wyjaśnień, Oferenci byli wzywani do złożenia pisemnych wyjaśnień zgodnych ze stanem faktycznym.

Na podstawie danych zawartych w ofercie *Komisja* oceniła, że oferty spełniają wymagane warunki zawierania umów i realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Rehabilitacja lecznicza, w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym. Oferty zostały zakwalifikowane do części niejawnego postępowania. Zakwalifikowanie do części niejawnego

postępowania oznaczało, iż oferty nie podlegają odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 *ustawy o świadczeniach*.

Spełnianie wymagań określonych przepisami prawa oraz warunków określonych w Zarządzeniu nr 80/2013//DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 ro. w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, a jedynie pozwala na dokonanie oceny oferty według kryteriów, które zostały określone w zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zatem, spełnianie przez ofertę *Odwołującego* w/w warunków określonych przepisami prawa, nie mogło być podstawą przeświadczenia *Odwołującego*, że jego oferta zostanie wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Odnosząc się do zarzutu *Odwołującego*, naruszenia przez *Komisję* przepisu art. 149 ust. 1 pkt 1 *ustawy o świadczeniach*, stwierdzam, że z dokumentacji zgromadzonej przez *Komisję* wynika, iż wszystkie oferty w postępowaniu zostały złożone osobiście w Lubelskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie, ul. Szkolna 16, w terminie do dnia 4 marca 2014 r., określonym w ogłoszeniu nr 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1 konkursu ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 17 lutego 2014 r. Podmiot: Magdalena Klimek-Tomaszewska – złożył ofertę w dniu 3 marca 2014 r., A.D. Kołodziejek S.C. Anna Kołodziejek, Dariusz Kołodziejek – w dniu 4 marca 2014 r. i RAHA-VITA M. Bujala, A. Kos-Lisowska – w dniu 4 marca 2014 r., o czym świadczą zgromadzone w sprawie dowody, wydane oferentom potwierdzenia złożonych ofert w Oddziale oraz rejestr złożonych ofert.

Wobec powyższego, brak było przesłanek do odrzucenia ofert na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 1 *ustawy o świadczeniach*, z powodu nie złożenia ich w terminie.

Zatem, zarzut *Odwołującego*, dotyczący naruszenia w/w przepisu jest chybiony.

Każdy Oferent, w tym *Odwołujący* otrzymał pismo znak: OL-K4-REH-1-32-AC/14 z dnia 23 kwietnia 2014 r. wraz z załącznikami, informujące o zasadach i przedmiocie prowadzonych negocjacji, o terminie i miejscu negocjacji (Załącznik Nr 1 – zaproszenie na negocjacje), o ocenie oferty w rankingu otwarcia sporządzonego na podstawie wczytanych do systemu ofert – (Załącznik Nr 2 - karta oceny oferty) oraz w przypadku dokonanej weryfikacji odpowiedzi ankietowych - Załącznik Nr 3. *Odwołujący* nie wniósł zastrzeżeń do otrzymanej karty oceny oferty.

Negocjacje w celu ustalenia liczby oraz ceny świadczeń opieki zdrowotnej *Komisja* przeprowadziła ze wszystkimi oferentami biorącymi udział w postępowaniu nr 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1, w tym również z *Odwołującym*. Negocjacje zakończyły się podpisaniem przez *Odwołującego* i członków *Komisji* protokołu końcowego z negocjacji, które w swojej treści zawierały następującą klauzulę cyt. „„Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do ilości i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym 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.”

W wyniku przeprowadzonych negocjacji z oferentami uzyskano ostateczne stanowiska w zakresie liczby i ceny świadczeń i na tej podstawie sporządzono protokoły końcowe z negocjacji ze zbieżnymi stanowiskami stron.

W związku z tym, że *Komisja* informowała pismem znak: OL-K4-REH-1-32-AC/14 z dnia 23 kwietnia 2014 r. o zasadach prowadzenia negocjacji nie nastąpiło naruszenie przepisów art. 72 Kodeksu cywilnego: „Art. 72. § 1. Jeżeli strony prowadzą negocjacje w celu zawarcia oznaczonej umowy, umowa zostaje zawarta, gdy strony dojdą do porozumienia co do wszystkich jej postanowień, które były przedmiotem negocjacji. § 2. Strona, która rozpoczęła lub prowadziła negocjacje z naruszeniem dobrych obyczajów, w szczególności bez zamiaru zawarcia umowy, jest obowiązana do naprawienia szkody, jaką druga strona poniosła przez to, że liczyła na zawarcie umowy.”

Komisja dokonała weryfikacji wszystkich ofert w zakresie oferowanej liczby i ceny świadczeń oraz przygotowała propozycje do negocjacji, w kontekście potencjału oferenta i wymagań jakościowych na podstawie prowadzonych analiz w zakresie wartości umów, wykonania świadczeń za okres 2011-2013. Wartość ofert została przeliczona na okres finansowania umowy, tj.: od 1 lipca 2014 roku

do 31 grudnia 2014 roku. *Komisja*, na podstawie potencjału wykazanego w ofertach oraz na podstawie analizy realizacji umów za okres 2011 -2013, weryfikowała liczbę punktów w złożonych ofertach. Ustalone propozycje były zgodne z potencjałem *Odwołującego* i pozostałych Oferentów oraz wymaganiami jakościowymi. O powyższej zasadzie *Komisja* informowała każdego Oferenta w trakcie negocjacji. Ustalenia liczby punktów odbywały się w procesie negocjacji.

Zatem zarzut *Odwołującego* dotyczący naruszenia przez *Komisję* zasad prowadzenia negocjacji nie znajduje oparcia w zgromadzonym materiale dowodowym w sprawie.

Odwołujący zarzuca *Komisji* również naruszenie art. 137 ust. 11 *ustawy o świadczeniach*. Wymieniony przepis prawa dotyczy regulaminu negocjacji z podmiotami: Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców, projektu ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przygotowanego przez Prezesa Funduszu, określanego po przeglądzie w randze rozporządzenia przez Ministra właściwego do spraw zdrowia, zawierającego w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny, sposób finansowania oraz warunki ich udzielania.

Na podstawie powyższego projektu i art. 137 ust. 9 *ustawy o świadczeniach*, Minister Zdrowia wydał w dniu 6 maja 2008 r. *rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. nr 81, poz. 484).

Wobec powyższego przepis ten nie ma zastosowania do sposobu przeprowadzania negocjacji z oferentami w postępowaniu konkursowym.

Oferty oceniane były przez *Komisję* zgodnie z kryteriami, określonymi w art. 146 ust.1 pkt 2, wymienionymi w art. 148 *ustawy o świadczeniach* oraz w Zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zarzut *Odwołującego* dotyczący nieuwzględnienia w ocenie oferty, posiadania przez W/w nowego sprzętu oraz dodatkowo punktowanego, jest niezasadny, ponieważ *Komisja* dokonała oceny wszystkich ofert w kryterium jakość – sprzęt i aparatura, wg jednakowych zasad zawartych w w/w przepisach, które nie zawierają wymogu posiadania sprzętu z datą produkcji w określonym przedziale czasu, czy z limitem czasowym użytkowania.

Zgodnie z art. 142 ust. 5 pkt 1 *ustawy o świadczeniach*, w części niejawnej konkursu *Komisja* może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

Komisja w postępowaniu nr 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1, uwzględniając ranking końcowy oraz liczbę świadczeń ustalonych w protokołach końcowych, wybrała do zawarcia umowy oferenta zajmującego pierwszą pozycję w rankingu końcowym, z uwzględnieniem ustalonej liczby i ceny świadczeń. Ta oferta, po przeprowadzeniu analizy porównawczej trzech ofert, spełniających warunki formalne i wymagane w tym postępowaniu, uzyskała większą liczbę punktów w rankingu końcowym w stosunku do *Odwołującego*, uzyskując dodatkowo 1,67 punktu w kryterium jakość zewnętrzna ocena – systemy zarządzania, ze względu na posiadanie Certyfikatu ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego oraz 5 punktów w kryterium ciągłość.

Oferta *Odwołującego* znalazła się na drugiej pozycji w rankingu końcowym i nie została wybrana do zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym i nie stanowi gwarancji przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla dotychczasowych świadczeniodawców. Do zawarcia umowy komisja konkursowa wybiera oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej wartości zamówienia, określonej w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym. Świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej są zabezpieczone zgodnie z planem zakupu, w ramach określonych obszarów kontraktowania.

Nie można zgodzić się ze stanowiskiem *Odwołującego*, że wybór jednego świadczeniodawcy do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Rehabilitacja lecznicza, ogranicza dostęp świadczeniobiorców do świadczeń gwarantowanych w tym rodzaju.

W postępowaniu został wybrany podmiot do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, który posiada wystarczający potencjał i spełnia wymagania jakościowe, w celu właściwej realizacji umowy na terenie powiatu ryckiego.

Świadczeniobiorcy będą mieli zapewnioną dostępność do świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym na terenie powiatu ryckiego, w podmiocie wybranym

do realizacji umowy, który uzyskał najwyższą pozycję w rankingu końcowym, w tym zakresie na wskazanym obszarze.

Wobec powyższego nie został naruszony przepis art. 9 ust. 2 pkt 5 i 7 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. *o ochronie konkurencji i konsumentów* (Dz. U. Nr 50, poz. 331).

Ponadto, zgodnie z art. 29 *ustawy o świadczeniach*, Świadczeniobiorcy, mają prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, w tym w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym, spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Następny zarzut *Odwołującego* dotyczy naruszenia art. 134 ust. 1 *ustawy o świadczeniach*, poprzez przeprowadzenie kontroli u wybranych oferentów i zastosowanie kryterium ciągłości w sposób naruszający równe traktowanie oferentów.

Komisja konkursowa ma prawo przeprowadzania kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, a także zażądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania.

Przeprowadzenie kontroli *Odwołującego* było obligatoryjne, z uwagi na fakt, że Oferent ten dotychczas nie miał zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, w zakresie, na który została złożona oferta.

Komisja przeprowadziła kontrolę u *Odwołującego* w dniu 28 marca 2014 r., w miejscu udzielania świadczeń, wskazanym w ofercie, w celu porównania stanu faktycznego z danymi zawartymi w złożonej ofercie. W trakcie kontroli potwierdzono zgodność danych wykazanych w ofercie.

Komisja przeprowadziła kontrolę również u drugiego oferenta, który złożył ofertę w postępowaniu konkursowym, a dotychczas nie miał zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dokonana analiza potwierdza przeprowadzenie postępowania zgodnie z przepisami prawa oraz przestrzeganiem zasad w nich zawartych, jednakowo w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym.

Zmiana przepisów w zakresie ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej została wprowadzona ustawą z dnia 11 października 2013 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2013 r. poz. 1290).

Ustawą z dnia 11 października 2013 r. w art. 5 ustawy o świadczeniach dodano pkt 2a w brzmieniu: „2a) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów;”.

W związku z powyższym, Prezes Funduszu był zobligowany do uwzględnienia w kryteriach oceny ofert, również kryterium ciągłości.

Wymaga podkreślenia, że orzecznictwo, komentarze i decyzja Prezesa UOKiK, przywołane przez *Odwołującego* w treści odwołania, odnoszą się do stanu prawnego obowiązującego do dnia 31 grudnia 2013 r., a zatem w stanie prawnym, w którym prowadzone było postępowanie konkursowe i obecnie prowadzone jest postępowanie administracyjne, nie mają zastosowanie.

Kryterium ciągłości stosowane przez *Komisję* w toku postępowania konkursowego określił ustawodawca, w/w aktem prawnym, powszechnie obowiązującym.

Odwołujący zarzuca *Komisji* naruszenie art. 353 Kodeksu cywilnego, który określa, że „strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego”. Zgodnie z art. 155 *ustawy o świadczeniach*, „1. Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. 2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie, lub zawarto ją w wyniku postępowania, które zostało unieważnione. 3. Umowa jest nieważna w części wykraczającej poza przedmiot postępowania w sprawie zawarcia tej umowy.”.

Odnosząc się do w/w zarzutu *Odwołującego*, stwierdzić należy, że przedmiotem przeprowadzonego postępowania konkursowego nie było ustalenie warunków i zapisów umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ kwestię tą określają zapisy zarządzenia

Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Ponadto, żadna z przesłanek określonych w/w art. 155 ustawy o świadczeniach, nie zaistniała w postępowaniu nr 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1.

W prowadzonym postępowaniu warunki i cel określono z poszanowaniem przepisów prawa, równego traktowania podmiotów, konkurencyjności i dla zapewnienia wyboru świadczeniodawców gwarantujących zapewnienie pacjentom świadczeń wysokiej jakości.

W celu pełnego i wyczerpującego odniesienia się do argumentów *Odwołującego*, poniżej przedstawiam szczegóły oceny złożonej przez niego oferty:

✓ kryterium ciągłość

Z uwagi na fakt, że *Odwołujący* na obszarze zabezpieczenia świadczeń wskazanym w postępowaniu 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1, przeprowadzonym w trybie konkursu ofert, w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Rehabilitacja Lecznicza w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze powiatu ryckiego, nie realizował procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, w dniu złożenia oferty, na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, nie uzyskał 5 punktów.

Oferent zajmujący 1 pozycję w rankingu końcowym otrzymał w tym kryterium 5 punktów.

✓ kryterium jakość

Odwołujący uzyskał 46,33 punktu za:

- Personel - 28 punktów
 - lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub specjalista neurolog – zapewnienie konsultacji – 14 punktów
 - terapeuta zajęciowy – nie mniej niż równoważnik ½ etatu przeliczeniowego – 7 punktów
 - psycholog kliniczny lub magister psychologii – nie mniej niż równoważnik ½ etatu przeliczeniowego – 7 punktów

Maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów w tym kryterium wynosiła 35, natomiast wszyscy 3 oferenci biorący udział w postępowaniu uzyskali w tym kryterium jednakową liczbę 28 punktów.

- Sprzęt i aparatura medyczna/pomieszczenia – 15 punktów, z tytułu posiadania:
 - sala gimnastyczna – w lokalizacji
 - urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w lokalizacji
 - wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w lokalizacji
 - zestaw do kriostymulacji parami azotu – w lokalizacji.

Wszyscy trzej oferenci uzyskali maksymalną ilość punktów tj. 15.

• Jakość zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – 3,33 punktu z tytułu posiadania przez Oferenta Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością.

Maksymalna do uzyskania liczba punktów w tym kryterium wynosiła 5, w przypadku posiadania Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz Certyfikatu ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji. Maksymalną ilość punktów uzyskał tylko oferent zajmujący 1 pozycję w rankingu końcowym, natomiast *Odwołujący* uzyskał 3, 33 punktu.

✓ kryterium cena

Cena oczekiwana Oddziału Funduszu w w/w przedmiotowym zakresie świadczeń to 1,00 zł.

Odwołujący za oferowaną cenę 0, 90 zł trzymał 20 punktów.

Oferta *Odwołującego* zajęła drugie miejsce w rankingu końcowym uzyskując 66, 33 punktów.

Liczba punktów uzyskanych przez ofertę zajmującą pierwszą pozycję w rankingu końcowym wskazanym do zawarcia umowy wyniosła 73 punkty.

Wniesienie przez *Odwołującego* odwołania od rozstrzygnięcia postępowania 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1 rozpoczęło postępowanie administracyjne, prowadzone w oparciu o przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.).

W oparciu o art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach, Dyrektor Oddziału ustalił, że status strony postępowania posiada *Odwołujący* oraz podmiot wybrany do udzielania świadczeń w oparciu o przepisy postępowania, tj.: REHA-VITA S.C. M. Bujafa A. Kos-Lisowska, ul. Jadwigi Hollakowej 5, 24-100 Puławy.

Pismem znak: OL-WO-0212-282-AS/14 z dnia 27 maja 2014 r. strony zostały poinformowane o przysługujących im prawach, wynikających z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.) - *korespondencja została doręczona stronom skutecznie*.

Podmiot: REHA-VITA S.C. M. Bujala A. Kos-Lisowska, ul. Jadwigi Hollakowej 5, 24-100 Puławy w dniu 29 maja 2014 r. poinformował Lubelski OW NFZ o rezygnacji z prawa wglądu do akt sprawy.

Odwołujący ustalił z Pracownikiem Oddziału termin dokonania wglądu do akt sprawy na dzień 30 maja 2014 r.

W dniu 30 maja 2014 r. Lubelski OW NFZ otrzymał pismo *Odwołującego*, w którym poinformował, że w terminie ustalonym na zapoznanie się z aktami sprawy, tj. 30 maja 2014 r., nie może zgłosić się do Delegatury Lubelskiego OW NFZ w Chełmie.

Mając na uwadze powyższe, Lubelski OW NFZ za pismem z dnia 2 czerwca 2014 r. poinformował *Odwołującego* o możliwości realizacji praw strony postępowania, bezpośrednio przed wydaniem decyzji rozstrzygającej – *korespondencja została doręczona skutecznie w dniu 4 czerwca 2014 r.*

Do dnia wydania decyzji, *Odwołujący* nie podjął żadnych działań w sprawie po odebraniu w/w pisma.

Należy zważyć, co następuje.

Zgodnie z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.) organ administracji publicznej załatwia sprawę przez wydanie decyzji.

Art. 152 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwanej dalej *ustawą o świadczeniach*, określa, że świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia 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/w ustawy.

W myśl zapisów art. 152 ust. 2 *ustawy o świadczeniach*, środki odwoławcze nie przysługują na:

- 1) wybór trybu postępowania;
- 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
- 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Artykuł 154 ust. 1 i ust. 3 *ustawy o świadczeniach*, wskazuje, że świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść, do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Zgodnie z art. 154 ust. 6a *ustawy o świadczeniach*, stronami postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1 lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4 oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustawa o świadczeniach stanowi podstawę powierzenia organom Narodowego Funduszu Zdrowia określenia warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją tych świadczeń i jest podstawą określenia zadań władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń. Realizacja ustawowych obowiązków organów Funduszu we wskazanych obszarach skonkretyzowana została przede wszystkim w dziale VI ustawy zatytułowanym "Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami". Określenie w tym rozdziale trybu postępowania i zasad postępowania w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych służy wypełnieniu przez Fundusz celów postawionych przez ustawodawcę, a zakreślonych przez art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji.

Ustawowym obowiązkiem Narodowego Funduszu Zdrowia, wynikającym z art. 134 *ustawy o świadczeniach*, jest prowadzenie postępowania konkursowego z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Konkurs ofert, zgodnie z zapisami art. 142 *ustawy o świadczeniach*, składa się z części jawnej i niejawnej.

W części jawnej konkursu ofert komisja w obecności oferentów stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz liczbę złożonych ofert, otwiera koperty lub paczki z ofertami, ustalając które z ofert spełniają wymagane warunki oraz przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.

W części niejawnej, komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość, jakość oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Komisja może również przeprowadzić z oferentami negocjacje.

Artykuł 146 ust.1 *ustawy o świadczeniach* wskazuje na kompetencje Prezesa Funduszu do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert, warunków wymaganych od świadczeniodawców.

Dyrektor Oddziału, mając na względzie przytoczone powyżej regulacje prawne, zbadał czy rozstrzygnięcie postępowania przeprowadzonego przez *Komisję*, dokonane zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego interes prawny *Odwołującego* doznał uszczerbku.

Na podstawie analizy akt sprawy stwierdzono, że rozstrzygnięcie postępowania zostało dokonane w wyniku prowadzonego konkursu ofert zgodnie z zasadami określonymi w *ustawie o świadczeniach*, w/w warunkach postępowania i warunkach zawierania umów.

Dokonana analiza postępowania konkursowego, potwierdza jego przeprowadzenie zgodnie z przepisami prawa oraz przestrzeganiem zasad w nich zawartych jednakowo w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym. Nie miało miejsca naruszenie art. 134 ust. 1 *ustawy o świadczeniach*, bowiem *Komisja* zachowała zasady równego traktowania Oferentów zarówno w zakresie ogłoszenia jak również przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Przeprowadzona analiza stanu faktycznego sprawy oraz dokonana weryfikacja i ocena działań podejmowanych przez *Komisję* w toku prowadzenia postępowania konkursowego 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1, potwierdza prawidłowość i legalność tych działań, skutkując jednocześnie uznaniem, że *Komisja* nie naruszyła w żadnym stopniu przepisów wskazanych przez *Odwołującego*.

Wszystkie zarzuty podniesione przez *Odwołującego*, należy uznać za niezasadne, co zostało szczegółowo opisane w pierwszej części niniejszej decyzji.

W trakcie przedmiotowego postępowania *Komisja* zapewniła równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem udostępnione zostały oferentom na takich samych zasadach.

W związku z powyższym oraz mając na uwadze, że nie zostały naruszone obowiązujące zasady przeprowadzenia przedmiotowego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a działanie *Komisji* było zgodne z prawem, stwierdzić należy, że interes prawny *Odwołującego* nie doznał uszczerbku, o którym mowa w art. 152 ust. 1 *ustawy o świadczeniach*.

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 *ustawy o świadczeniach*, od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy złożony do Dyrektora Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.

Złup. Dyrektora Oddziału
Złca Dyrektora ds. Medycznych
Borota Blechar

Otrzymują:

1. Odwołujący – Adresat.
2. Podmiot na prawach strony/Świadczeniodawca wybrany do realizacji umów w postępowaniu nr 03-14-000136/REH/05/1/05.2300.022.02/1:
REHA-VITA S.C. M. Bujala A. Kos-Lisowska
ul. Jadwigi Hollakowej 5, 24-100 Puławy
3. Delegatura Lubelskiego OW NFZ w Chełmie.
4. a/a WO.