

Poznań, dnia 23.06.2017

WO.422.56.2017

1/MW

DECYZJA NR 45/2017/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm.), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01 z dnia 7 czerwca 2017 r. prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych wniesionego przez Panią Agnieszkę Wujek, prowadzącą Indywidualną Praktykę Stomatologiczną przy ul. Krauthofera 18d, 60-203 Poznań, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. 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. z 2014 r. poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 7 kwietnia 2017 r. postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, gmina Nekla.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 81 360,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r., zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 2 (słownie: dwie).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 07 czerwca 2017 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania nastąpiło jego zakończenie. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 Ustawy.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 Ustawy. Jak stanowi zaś art. 154 ust. 1 Ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Zgodnie z art. 154 ust. 3 Ustawy, po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana

w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Dnia 13 czerwca 2017 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez Panią Agnieszkę Wujek, prowadzącą Indywidualną Praktykę Stomatologiczną, przy ul. Krauthofera 18d, 60-203 Poznań – zwaną dalej: „Odwołującą”, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 7 czerwca 2017 r. postępowania nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne, Odwołująca podnosi przede wszystkim, że postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone przez komisję z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz zasad uczciwej konkurencji. Odwołująca wskazuje, iż nie rozumie, dlaczego jej oferta nie została wybrana, skoro w stosunku do kontroferenta posiada lepsze wyposażenie gabinetu i w tym miejscu wskazała, że na wyposażeniu znajduje się w RTG, endometr, a ponadto gabinet posiada udogodnienia dla niepełnosprawnych oraz nowoczesny wystrój. Nadto w tym względzie Odwołująca podnosi, że spełniała wiele z wymaganych kryteriów, a podczas negocjacji nie zasugerowano jej obniżenia zaoferowanej przez nią ceny, choć skłonna była do jej obniżenia, a to w jej ocenie mogłoby wpłynąć na uzyskanie przez nią dodatkowych punktów w rankingu. Odwołująca wskazuje dodatkowo, że przyznanie kontroferentowi punktów za kontynuację kontraktu z NFZ, praktycznie uniemożliwia jej uzyskanie kontraktu na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a ponadto dotychczasowy beneficjent pozostaje nadal jedynym podmiotem na obszarze gminy Nekla, gdzie świadczeniobiorcy mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Zdaniem Odwołującej należy umożliwić pacjentom prawo do wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ, a dwa gabinety zlokalizowane na terenie tak małej miejscowości umożliwiły by świadomy i równy dostęp. Odwołująca oświadcza, że nie zdołała uzyskać informacji w zakresie przyczyn, które były podstawą, że jej oferta nie została wybrana, a nadto, że nie umożliwiono jej dostępu do ofert konkurencyjnych, pomimo istnienia takiego obowiązku, wyrażonego w art. 134 ust. 2 Ustawy. Jednocześnie Odwołująca wnosi o ponowne przeanalizowanie złożonej przez nią oferty oraz o zawarcie z nią umowy w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującą, pismami z dnia 13 czerwca 2017 r. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującą oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 23 czerwca 2017 r.

Na skutek złożonego przez Odwołującą odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia w dniu 07 czerwca 2017 r. postępowania numer 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującą w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferta złożona przez oferenta wybranego w postępowaniu 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01, oraz

dokumentacja wytworzona przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, oferty zostały złożone przez Odwołującą oraz Rafała Leszczyńskiego, ul. Mickiewicza 22, 62-330 Nekla.

Postępowanie nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (t. j. Dz. U. z 2017 r. poz. 193 ze zm.);
- 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. 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. z 2014 r. poz. 1980 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1146);
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.;
- zarządzenia Nr 23/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 7 kwietnia 2017 r.

Komisja konkursowa w trakcie prowadzenia części jawnej przyjęła do dalszego postępowania 2 (słownie: dwie) oferty. Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował jednak dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz 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, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 7 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 (zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”), oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów:

1. Kompleksowość udzielanych świadczeń oceniana przez:
 - a) realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem prac techników dentystycznych oraz badań histopatologicznych (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów).
2. Jakość udzielanych świadczeń oceniana przez:
 - a) personel (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

- lekarz dentysta, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, zwany dalej „lekarzem dentystą specjalistą”, w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją – 100 % czasu pracy poradni (16,00 punktów);
 - lekarz dentysta specjalista w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii z endodoncją – co najmniej 75% czasu pracy poradni (12,00 punktów);
 - lekarz dentysta specjalista w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją – co najmniej 50% czasu pracy poradni (7,00 punktów);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
- b) personel (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
- lekarz dentysta specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy – co najmniej 75% czasu pracy poradni (10,00 punktów);
 - lekarz dentysta specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy – co najmniej 25% czasu pracy poradni (3,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
- c) personel (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
- lekarz dentysta ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej – 100 % czasu pracy poradni (7,00 punktów);
 - lekarz dentysta ze specjalizacją I stopnia dziedzinie stomatologii ogólnej – co najmniej 75% czasu pracy poradni (4,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
- d) personel (oferent miał możliwość wyboru jednej ze wskazanych odpowiedzi):
- pozostały personel, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. c lub d rozporządzenia stomatologicznego – 100% czasu pracy poradni (4,00 punkty);
 - pozostały personel, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. c lub d rozporządzenia stomatologicznego – co najmniej 75% czasu pracy poradni (2,00 punkty);
 - pozostały personel, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. b rozporządzenia stomatologicznego – 100 % czasu pracy poradni (3,00 punkty);
 - pozostały personel, o którym mowa w § 2 pkt 2 lit. b rozporządzenia stomatologicznego – 75% czasu pracy poradni (2,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
- e) sprzęt i aparatura medyczna poprzez zapewnianie endometru – w miejscu udzielania świadczeń (oferent miał możliwość wyboru jednej ze wskazanych odpowiedzi):
- tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- f) sprzęt i aparatura medyczna (oferent miał możliwość wyboru jednej ze wskazanych odpowiedzi):
- cyfrowy aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń (3,00 punkty);
 - aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń (2,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
- g) realizację wybranych świadczeń (oferent miał możliwość wyboru jednej ze wskazanych odpowiedzi):
- wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 100 procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rendgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych (3,00 punkty);

- wykonania w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 200 procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych (6,00 punktów);
- żadna z powyższych (brak punktów);
- h) jakość – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości (maksymalna liczba punktów ujemnych: 7,00):
 - udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - udzielanie świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli
 - tak (- 0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi) :
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi) :
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
 - udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

- tak (-0,50 punktu);
- nie (brak punktów);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikacje udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów)
- niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
- stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
- co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
- brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie kontroli (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (-0,50 punktu);
 - nie (brak punktów);
- i) jakość – pozostałe warunki:
 - certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (1,00 punkt);
 - nie (brak punktów);
 - w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
 - prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept

i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

- tak (3,00 punkty);
- nie (brak punktów).

3. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana przez:

- a) organizację udzielania świadczeń (maksymalnie 8,00 punktów):
 - realizacja świadczeń w poradni: 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18 (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (5,00 punktów);
 - nie (brak punktów);
 - realizacja świadczeń w poradni w każdą sobotę przez co najmniej 6 godzin (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (3,00 punkty);
 - nie (brak punktów)
- b) co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- c) odrębna aplikacja służąca do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);
- d) brak realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy (oferent miał możliwość wyboru jednej ze wskazanych odpowiedzi):
 - od 1 do 2 przypadków – w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (-1,00 punkt);
 - powyżej 2 przypadków – w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (-2,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów);
- e) brak realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
 - od 1 do 2 przypadków – w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (-1,00 punkt);
 - powyżej 2 przypadków – w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (-2,00 punkty);
 - żadna z powyższych (brak punktów).

4. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana przez:

- a) w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (5,00 punktów);
- b) w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od:
 - 5 lat (3,00 punkty);
 - 10 lat (6,00 punktów)

5. Inne warunki oceniane:

- a) współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):
- tak (2,00 punkty);
 - nie (brak punktów);

6. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 punktów).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:

- podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferowanej przez oferenta z ceną oczekiwaną przez Fundusz,
- ceną oczekiwaną przez Fundusz jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- 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 $C_{of} \geq C_{min}$.

Dnia 7 czerwca 2017 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmiot, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych wskazano 1 (słownie: jednego) oferenta:

- Rafał Leszczyński, ul. Mickiewicza 22, 62-330 Nekla.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującej z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania o wyborze oferty, która uzyskała największą liczbę punktów w rankingu

końcowym ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA						
	CENA	CIĄGŁOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	JAKOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
Rafał Leszczyński	8,9823	11	0	2	8	29,98	TAK
Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Agnieszka Wujek	6,3274	0	5	7	7	25,32	NIE

Komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty złożonej przez Odwołującą, gdyż liczba punktów jakie uzyskała jego oferta w toku oceny była mniejsza w stosunku do oferty, która została wybrana w trakcie prowadzonego postępowania i która niemal całkowicie wyczerpała „wartość zamówienia” określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01. Zaznaczyć należy, że w ogłoszeniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń w trybie ofert wskazano, że zostaną zawarte maksymalnie 2 (słownie: dwie) umowy. Ilość ta, co już zasygnalizowano, została ograniczona wartością zamówienia.

Porównanie ofert w toku ww. postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert.

W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne – część wspólna” i Tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne” załącznika nr 7 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie stomatologiczne” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią załącznika nr 1 „Warunki Realizacji Świadczeń Stomatologicznych” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych udzielali następujących odpowiedzi:

Ofertent: Rafał Leszczyński:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem prac techników dentystycznych oraz badań histopatologicznych - za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował zapewnienia personelu w osobie lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, zwany dalej „lekarzem dentystą specjalistą”, w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodencją – 100 % czasu pracy poradni – za co nie otrzymał punktów
- nie zadeklarował zapewnienia personelu w osobie lekarza dentysty specjalisty w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii z endodencją – co najmniej 75% czasu pracy poradni – za co nie otrzymał punktów
- nie zadeklarował personelu w osobie lekarza dentysta specjalisty w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodencją – co najmniej 50% czasu pracy poradni – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował personelu w osobie lekarza dentysty specjalisty w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy – co najmniej 75% czasu pracy poradni - za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował personelu w osobie lekarza dentysty specjalisty w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy – co najmniej 25% czasu pracy poradni – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował personelu w osobie lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej – 100 % czasu pracy poradni – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował personelu w osobie lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia dziedzinie stomatologii ogólnej – co najmniej 75% czasu pracy poradni – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował pozostałego personelu, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. c lub d albo w § 2 pkt 4 lit. b rozporządzenia stomatologicznego – zarówno w wymiarze 100% czasu pracy poradni, jak również 75% czasu pracy poradni – za co nie otrzymał punktów
- zadeklarował posiadanie sprzętu i aparatury medycznej poprzez zapewnianie endometru – w miejscu udzielania świadczeń – za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował posiadania sprzętu i aparatury medyczna poprzez zapewnianie aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował realizacji wybranych świadczeń poprzez wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 100 albo 200 procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rendgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie (tylko na podstawie kontroli) – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie (tylko na podstawie kontroli) - co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (tylko na podstawie kontroli) - co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym – co skutkowało nieodejmowaniem punktów;

Powyższe informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia zostały również zweryfikowane przez Komisję konkursową, w oparciu o dane statystyczne, którymi dysponował Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ, co dodatkowo potwierdziło prawdziwość tej informacji.

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (tylko na podstawie kontroli) – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikacje udzielonych świadczeń (tylko na podstawie kontroli) – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia (tylko na podstawie kontroli) – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością ani certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował realizację świadczeń w poradni: 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18 – za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował realizację świadczeń w poradni w każdą sobotę przez co najmniej 6 godzin – za co otrzymał 3 punkty,
- nie zadeklarował co najmniej jednego pomieszczenia sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował braku realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy od 1 do 2 przypadków albo powyżej 2 przypadków – w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie oraz w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie – za co otrzymał 5 punktów
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat – za co otrzymał 6 punktów.

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – za co nie otrzymał punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 1,04 zł, za co otrzymał 8,9823 punkty w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 1,13 zł.

Oferent: Odwołująca:

W zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarowała realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem prac techników dentystycznych oraz badań histopatologicznych – za co otrzymała 5 punktów,

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarowała zapewnienia personelu w osobie lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, zwany dalej „lekarzem dentystą specjalistą”, w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją – 100 % czasu pracy poradni – za co nie otrzymała punktów
- nie zadeklarowała zapewnienia personelu w osobie lekarza dentysty specjalisty w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii z endodoncją – co najmniej 75% czasu pracy poradni – za co nie otrzymała punktów

- nie zadeklarowała personelu w osobie lekarza dentysty specjalisty w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją – co najmniej 50% czasu pracy poradni – za co nie otrzymała punktów,
- nie zadeklarowała personelu w osobie lekarza dentysty specjalisty w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy – co najmniej 75% czasu pracy poradni - za co nie otrzymała punktów,
- nie zadeklarowała personelu w osobie lekarza dentysty specjalisty w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy – co najmniej 25% czasu pracy poradni – za co nie otrzymała punktów,
- nie zadeklarowała personelu w osobie lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej – 100 % czasu pracy poradni – za co nie otrzymała punktów,
- nie zadeklarowała personelu w osobie lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia dziedzinie stomatologii ogólnej – co najmniej 75% czasu pracy poradni – za co nie otrzymała punktów,
- zadeklarowała pozostały personel, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. c lub d rozporządzenia stomatologicznego – 100% czasu pracy poradni;

Jednakoże w wyniku przeprowadzonej przez komisję konkursową weryfikacji poprawności udzielenia odpowiedzi w kontekście informacji zawartej w dokumentach przedłożonych do oferty oraz wezwaniu Odwołującej do złożenia stosownych wyjaśnień, odpowiedzi w powyższym zakresie, na podstawie oświadczenia Odwołującej, została zmieniona na:

- pozostały personel, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. b rozporządzenia stomatologicznego – 100 % czasu pracy poradni – za co otrzymała 3 punkty,
- zadeklarowała posiadanie sprzętu i aparatury medycznej poprzez zapewnianie endometru – w miejscu udzielania świadczeń – za co otrzymała 2 punkty,
- zadeklarowała posiadanie sprzętu i aparatury medycznej poprzez zapewnianie aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń – za co otrzymała 2 punkty,
- nie zadeklarowała realizacji wybranych świadczeń poprzez wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 100 albo 200 procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rendgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych – za co nie otrzymała punktów,
- nie zadeklarowała udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie (tylko na podstawie kontroli) - co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (tylko na podstawie kontroli) - co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub

przekazania informacji niezgodnych ze stanem faktycznym – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarowała obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikacje udzielonych świadczeń (tylko na podstawie kontroli) – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia (tylko na podstawie kontroli) – co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarowała posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością ani certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji – za co nie otrzymała punktów,
- nie zadeklarowała, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych – za co nie otrzymała punktów,
- nie zadeklarowała, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych – za co nie otrzymała punktów,
- nie zadeklarowała prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku – za co nie otrzymała punktów.

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarowała realizację świadczeń w poradni: 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18 – za co otrzymała 5 punktów,
- nie zadeklarowała realizacji świadczeń w poradni w każdą sobotę przez co najmniej 6 godzin – za co nie otrzymała punktów,

- zadeklarowała co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń – za co otrzymała 2 punkty,
- nie zadeklarowała odrębnej aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu – za co nie otrzymała punktów,
- nie zadeklarowała braku realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy od 1 do 2 przypadków albo powyżej 2 przypadków – w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie oraz w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co skutkowało nieodejmowaniem punktów.

W zakresie kryterium ciągłości:

- nie zadeklarowała, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie – za co nie otrzymała punktów,
- nie zadeklarowała, że w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 albo 10 lat – za co nie otrzymała punktów.

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarowała współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – za co nie otrzymała punktów.

W zakresie kryterium ceny Odwołująca zaoferowała cenę na poziomie 1,10 zł, za co otrzymała 6,3274 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnieniu ceny oczekiwanej przez Fundusz 1,13 zł.

Wszyscy oferenci zadeklarowali ponadto, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełniają i będą spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.

W dniu 11 maja 2017 r. Komisja konkursowa podjęła uchwałę, w myśl której, po złożeniu przez oferenta wyjaśnień i ich przyjęciu, Komisja konkursowa uzyskała uprawnienia do korygowania treści odpowiedzi ankietowej oferenta oraz odejmowania lub dodawania punktów rankingujących (w zależności od tego, czy oferent spełniał czy nie spełniał warunku dodatkowo ocenianego). Możliwość ta została dopuszczona, gdy złożona oferta zawierała sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje, to jest wtedy, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stała w opozycji do pozostałych informacji podanych przez oferenta w innych częściach formularza ofertowego lub w innej części oferty. Ponadto powyższe mogło znaleźć zastosowanie, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stała w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdawanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów). Jednocześnie w rzeczonej uchwale przyjęto, że oferta podlega odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, gdy zadeklarowano w niej spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, a dopiero wyniki prowadzonej weryfikacji oferenta, w miejscu udzielenia świadczeń (np. w zakresie posiadanego sprzętu i aparatury medycznej, spełnienia warunków lokalowych, czy też dysponowania pomieszczeniem sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych) lub wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu

Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wiodły do wniosku, że oferent nie spełnia przedmiotowego warunku, a złożone przez oferenta wyjaśnienia i dokumenty, po uprzednim wezwaniu do ich złożenia, nie potwierdzają faktu spełniania przez niego warunku dodatkowo ocenianego (np. w zakresie umowy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, czy też posiadania aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną).

Wobec powyższego, w zakresie ofert zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania, możliwa była zmiana odpowiedzi z twierdzącej na negatywną, w sytuacji gdy oferent pozytywnie odpowiedział na pytanie o spełnianie warunku rankingującego, a z treści oferty wynikało, iż nie spełnia tego warunku oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami albo wynikało to z analizy danych wykazanych w raportach statystyczno-medycznych (Komisja konkursowa stwierdzała zatem rozbieżność w treści samej oferty). Komisja konkursowa była w takim przypadku uprawniona do dokonywania zmian odpowiedzi ankietowych na negatywne. Dokonanie takiej zmiany skutkowało odjęciem punktów za daną odpowiedź i obniżeniem wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania. Ponadto jeśli oferent zaznaczył negatywnie odpowiedź rankingującą, a jednocześnie spełniał dodatkowo punktowany warunek oraz wytłumaczył zaistniałą sytuację stosownymi wyjaśnieniami bądź oświadczeniami albo wynikało to z analizy danych wykazanych w raportach statystyczno-medycznych, Komisja konkursowa była uprawniona do zmiany odpowiedzi ankietowej na twierdzącą, co skutkowało dodaniem punktów za daną odpowiedź i zwiększeniem wartości punktowej oferty zakwalifikowanej do dalszego procedowania. Podkreślenia wymaga, iż powyższa zasada stosowana była w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w powyższej uchwale okoliczności, celem zachowania zasady równego traktowania świadczeniodawców. Dopuszczalne było również odrzucenie oferty, która zawierała nieprawdziwe informacje, możliwe do sprawdzenia przez Komisję konkursową wyłącznie w miejscu udzielania świadczeń lub na podstawie danych innych aniżeli te, którymi dysponował Oddział NFZ.

Zasadnym wydaje się podkreślić, że przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie naruszenia interesu prawnego Odwołującej wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego. Przedmiot badania organu jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu i do określonych czynności komisji konkursowych podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję podjęte zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

Podkreślić należy, iż łączna liczba uzyskanych przez Odwołującą punktów oceny wynosiła 25,32 pkt (wartość podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku), podczas gdy oferta złożona przez oferenta z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, otrzymała 29,98 pkt (wartość podana z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku). Ponadto wybrana oferta niemal w całości wyczerpała kwotę zobowiązania określoną przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w ogłoszeniu postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującą w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne – świadczenia ogólnostomatologiczne, należy wskazać co następuje.

Zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy, ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu

i planem zakupu świadczeń. W obecnym postępowaniu zostanie zawarta 1 (słownie: jedna) umowa, wobec wskazania maksymalnej ilości 2 (słownie: dwóch), albowiem wskazany oferent niemal w całości wyczerpał wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01.

O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała punktacja, jaką Odwołująca otrzymała za wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskał oferent wybrany w rankingu. Każdy z oferentów odpowiadał na takie same pytania, które wynikały z załącznika nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, co jest wyrazem zagwarantowania równego traktowania oferentów w prowadzonym postępowaniu. Każdy z oferentów mógł zatem swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji kryterium. Ponadto, w przypadku stwierdzonej przez Komisję konkursową oczywistej pomyłki oferenta w złożonej ofercie w zakresie, o którym mowa w rzeczonyj uchwale Komisji konkursowej z dnia 11 maja 2017 r., każdy z oferentów mógł złożyć stosowne wyjaśnienia, na podstawie których Komisja konkursowa dokonywała zmiany odpowiedzi, co skutkowało nieodejmowaniem punktów lub ich dodaniem – w przypadku spełnienia kryterium dodatkowo punktowanego, bez ryzyka odrzucenia jego oferty. Zatem warunki, na jakich oferenci zostali dopuszczeni do dalszego etapu postępowania konkursowego, były jednakowe dla każdego z nich. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01, określona w ogłoszeniu wartość przedmiotu zamówienia, tj. wartość środków finansowych jaką Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ przeznaczył na udzielenie świadczeń w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, została wyczerpana niemal całkowicie po wyborze jednej oferty, a wybór oferty Odwołującej przekroczyłby w tym względzie wartość zobowiązania Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, określonego w ogłoszeniu postępowania o przeprowadzenie konkursu ofert. W ogłoszeniu konkursowym wskazano jedynie, że zostaną zawarte maksymalnie 2 (słownie: dwie) umowy, a nie że taka liczba umów zostanie zawarta. Wybranie oferty Odwołującej spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Co istotne (w kontekście ograniczonych środków finansowych), istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Stwierdzić zatem należy, iż rozpisanie konkursu na podstawie którego zostanie zawarte mniej umów niż jest oferentów, czy też zostanie zawarta mniejsza ilość umów niż jest maksymalnie przewidziana w przypadku wyczerpania wartości zamówienia, nie narusza prawa. Tym samym, w ocenie Dyrektora Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ, zarzut Odwołującej, jakoby Komisja konkursowa prowadziła postępowanie z naruszeniem zasady równości oraz uczciwej konkurencji, o których mowa w art. 134 ust. 1 Ustawy, należy uznać za chybiony.

Odwołująca podnosi ponadto, że pomimo posiadania przez nią lepszego wyposażenia gabinetu, przede wszystkim aparatu RTG, endometru oraz udogodnień dla osób niepełnosprawnych, jej oferta nie została wybrana. W tym miejscu należy podkreślić, że w ramach przyjętych przez Ministra Zdrowia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, wśród deklarowanego przez oferenta sprzętu i aparatury medycznej wymieniono takie, które są dodatkowo punktowane podczas oceny - RTG oraz endometr. Odwołującej przyznano punkty za posiadanie ww. aparatury, za każdy z deklarowanych sprzętów – łącznie cztery, przy czym kontroferent otrzymał w tym miejscu tylko dwa punkty – za deklarowanie posiadania endometru. Co się tyczy udogodnień dla osób niepełnosprawnych - to kryterium również stanowiło przedmiot dodatkowej oceny w ramach dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zapewnienie co najmniej jednego pomieszczenia sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych w miejscu udzielenia świadczeń – za co Odwołująca otrzymała dwa punkty, zgodnie z treścią rzeczonyj załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, natomiast wybrany oferent w tym miejscu nie otrzymał punktów. Ponadto mając na względzie, że Odwołująca zadeklarowała realizację świadczeń zdrowotnych bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem prac techników dentystycznych i badań histopatologicznych, w ramach

kryterium kompleksowości otrzymała pięć punktów, co pozostaje w zgodzie z treścią jej oferty oraz okolicznościami potwierdzonymi przez Komisję konkursową i odzwierciedlonymi w dokumentacji. Trudno więc zgodzić się ze stanowiskiem Odwołującej, że wskazane przez nią w odwołaniu okoliczności, pozostały bez wpływu na rozstrzygnięcie Komisji konkursowej. Każde z dodatkowo punktowanych kryteriów zostało wzięte pod uwagę przy dokonywaniu oceny ofert i tam, gdzie należało punkty dodać – zostały one dodane, co wpłynęło w konsekwencji na wynik punktacji z tytułu każdego z nich. W tym względzie nie dopatrzono się zatem błędów popełnionych przez Komisję konkursową i stwierdzono, że jej ustalenia były w tym zakresie rzetelne i staranne.

Odwołująca podnosi również, że pomimo spełniania przez nią wielu kryteriów oceny ofert, podczas negocjacji nie zasugerowano jej obniżenia zaoferowanej ceny, choć była do tego skłonna, co z kolei mogło zaważyć na końcowym rankingu ofert. W tym miejscu należy z całą stanowczością podkreślić, że zadaniem Komisji nie jest sugerowanie obniżenia ceny jednostkowej przez oferenta. Oferent zaproszony do negocjacji może kształtować swoją ofertę w sposób autonomiczny, jednak tylko w zakresie ceny świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich liczby. Z dokumentacji zgromadzonej w postępowaniu nie wynika, aby Odwołująca dokonała zmiany w zakresie początkowo deklarowanej przez siebie ceny za jednostkę rozliczeniową. Oferent jako przedsiębiorca winien znać swoje uprawnienia przysługujące mu na etapie prowadzonego postępowania konkursowego, w tym te dotyczące możliwości negocjowania ceny jednostki rozliczeniowej, zaś rolą Komisji nie jest przypominanie mu o tym.

W niniejszej decyzji zostały szczegółowo przedstawione odpowiedzi Odwołującej, zamieszczone w formularzu ofertowym, jak i liczba punktów, które uzyskała oferta Odwołującej w postępowaniu konkursowym. Mając jednak na względzie konieczność zapewnienia Odwołującej pełnego oglądu sprawy, na potrzeby niniejszej decyzji założono, że Odwołująca zaproponowałaby cenę uzasadniającą przyznanie maksymalnej ilości punktów w kryterium ceny. Uwzględniając powyższe elementy oceny, łączna liczba punktów Odwołującej przedstawiałaby się następująco:

Nazwa oferenta	Punktacja za ofertę cenową	Jakość	Kompleksowość	Ciągłość	Dostępność	Inne	Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Agnieszka Wujek	10	7	5	0	7	0	29	NIE

Z wyżej przedstawionych obliczeń, w sposób nie budzący wątpliwości wynika, iż nawet gdyby Odwołująca złożyła ofertę w zakresie ceny za jednostkę rozliczeniową w sposób, który pozwalałaby na przyznanie w tym zakresie maksymalnej ilości punktów, a więc 10 (słownie: dziesięć), to oferta ta i tak nie zostałaby wybrana, ze względu na fakt, iż łączna liczba punktów oceny jest niższa w stosunku do wybranej oferty, a oferent z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ zawarze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wyczerpał niemal w całości kwotę środków przeznaczonych przez zamawiającego na zakontraktowanie świadczeń w tym postępowaniu. Należy przyznać, że łączna liczba punktów oceny oferty Odwołującej byłaby oczywiście wyższa, natomiast nadal pozostająca bez wpływu na rozstrzygnięcie tego postępowania. Argument Odwołującej w tym zakresie należy więc uznać za nieuzasadniony.

Odnosząc się do zarzutu dotyczącego faktu, iż przyznanie kontroferentowi punktów za kontynuację kontraktu z NFZ, praktycznie uniemożliwia Odwołującej uzyskanie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a to z kolei powoduje, że pozostaje on nadal jedynym podmiotem na terenie gminy Nekla, gdzie świadczeniobiorcy mogą korzystać ze świadczeń zdrowotnych w ramach NFZ, należy podkreślić, że jednym z dodatkowych kryteriów oceny, wskazanych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, jest ciągłość udzielania świadczeń. Mając na

względnie, że formularz ofertowy stanowi odzwierciedlenie rzeczzonego rozporządzenia, Fundusz nie może dowolnie kształtować jego treści, uznając pewne kryteria za zbyt wysokie, czy też nadto uciążliwe dla niektórych oferentów z uwagi na to, że nie są w stanie ich spełnić, bądź spełniają je w niewystarczającym stopniu. Stąd, dokonując oceny ofert, Komisja konkursowa nie mogła nie wziąć pod uwagę tego, że wybrany oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie oraz, że relizuje powyższe nieprzerwanie od 10 lat, co dodatkowo potwierdzają dane zawarte w systemach elektronicznych Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Ocena tego kryterium skutkowałą uzyskaniem przez wybranego oferenta maksymalnej ilości punktów, natomiast w świetle przewidzianych przez rzeczzone rozporządzenie kryteriów, nie można uznać tego za niezasadne. Podobnie zresztą rzecz ma się do innych kryteriów, za które to Odwołująca otrzymała punkty, a wybrany oferent – nie (w zakresie kompleksowości, posiadania aparatu RTG do zdjęć wewnątrzustnych w miejscu udzielania świadczeń, czy też zapewnienia co najmniej jednego pomieszczenia sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych). Suma punktów za spełnianie innych dodatkowo ocenianych warunków, pozwoliła jednak ofercie wybranego oferenta znaleźć się wyżej w rankingu ofert w tym postępowaniu. Trudno również oczekiwać, mając na względzie przede wszystkim zasadę równości oferentów, aby podmiot realizujący świadczenia w ramach NFZ, zrezygnował z ubiegania się o ponowny kontrakt tylko z tego względu, że w postępowaniu może uzyskać większą liczbę punktów w ramach kryterium ciągłości aniżeli podmiot, który po raz pierwszy bierze udział w tej procedurze. Każdy z oferentów mógł zapoznać się z kryteriami oceny oraz punktami przyznawanymi za każdy spełniony warunek, brany pod uwagę podczas rozstrzygania postępowania konkursowego, bowiem były one jawne i znane już od sierpnia 2016 r. Na tej podstawie każdy, czyją wolą było ubieganie się o umowę z NFZ, mógł dokonać weryfikacji własnych zasobów i możliwości oraz skonfigurować swoją ofertę w sposób, który umożliwiłby mu uzyskanie jak największej liczby punktów. Brak jest zatem podstaw by stwierdzić, że punkty dla wybranego oferenta w zakresie kryterium ciągłości, zostały przez Komisję konkursową przyznane niesłusznie.

Rozważając pozostałe argumenty Odwołującej w powyższym zakresie oraz wyrażony przez nią niepokój, co do zachwiania zasady równego i świadomego dostępu świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej w tak małej miejscowości, jaką jest Nekla, przy jednym tylko podmiocie realizującym tam świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie będącym przedmiotem tego postępowania, należy wskazać, że dokonując wyboru oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne, zabezpieczono udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym zakresie na terenie gminy Nekla, nie umniejszając tym samym liczby świadczeniodawców, którzy dotąd realizowali tam świadczenia w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych. Potencjalni świadczeniobiorcy nadal zatem będą mieli możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie stanowiącym przedmiot tego postępowania, przy czym ważne jest, że deklarowana w ogłoszeniu postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert z dnia 7 kwietnia 2017 r. maksymalna liczba jednostek rozliczeniowych, jaką Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ zobowiązał się zakontraktować na okres od 1 lipca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r., w wyniku dokonanego wyboru została zachowana. Raz jeszcze należy podkreślić, że wybrana przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ oferta niemal w całości wyczerpała wartość zobowiązania określoną w ogłoszeniu postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

Mając natomiast na uwadze zarzut Odwołującej, że nie uzyskała informacji o przyczynach niewybrania jej oferty oraz, że nie umożliwiono jej zapoznania się z konkurencyjnymi ofertami, pomimo istnienia takiego obowiązku należy wskazać, że jest on w całości nieuzasadniony. Odwołująca miała możliwość zapoznania się z ofertami złożonymi w postępowaniu nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01, zgodnie z art. 135 w zw. z art. 134 ust. 2 Ustawy, a z akt zgromadzonych w postępowaniu wynika, że w dniu 8 czerwca 2017 r. złożyła wniosek w tym przedmiocie. Odwołująca wycofała jednak żądanie z uwagi na to, że wybrany oferent zastrzegł dane w swojej ofercie. Podkreślenia wymaga, że każdy z oferentów, zgodnie

z zasadą równości, miał prawo do zastrzeżenia w ofercie informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Wybrany w postępowaniu nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01 oferent złożył w tym względzie stosowne oświadczenie, na podstawie art. 135 ust. 2 pkt 2 Ustawy, a zatem Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ miał obowiązek we wskazanym przez niego zakresie je uwzględnić. Nie można zatem w tym miejscu stwierdzić naruszenia przez Komisję konkursową zasady jawności. Ponadto po złożeniu odwołania, Odwołująca została poinformowana o prawie wglądu do dokumentów zgromadzonych w postępowaniu, z uwzględnieniem oferty wybranego oferenta w zakresie, w jakim nie została ona zastrzeżona. Odwołująca skorzystała z tego prawa w dniu 20 czerwca 2017 r., zapoznając się z aktami sprawy administracyjnej. Wobec powyższego brak jest podstaw do uwzględnienia argumentacji Odwołującej w tym przedmiocie i stwierdzenia, że postępowanie prowadzone było z naruszeniem zasady jawności.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, że we wniesionym odwołaniu nie wskazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000631/STM/07/1/07.0000.218.02/01 o zawarcie umów w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w tej sprawie. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującej wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

(1)

... Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych
Krzysztof Filipowiak

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.) od decyzji Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu 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 Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnia ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano 4 egzemplarze:

1. Odwołująca – 1 egz.,
2. Rafał Leszczyński, ul. Mickiewicza 22, 62-330 Nekla – 1 egz.,
3. a/a – 2 egz.

Opracowała: Marta Węcowska – WOW NFZ