

WO.422.48.2017

Poznań, dnia 23 czerwca 2017 roku

1/LPN

DECYZJA NR ...47/2017/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 z dnia 7 czerwca 2017 roku postępowania nr: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne na obszarze gminy Kleszczewo wniesionego przez Annę Podstawską prowadzącą Podmiot Leczniczy DENTO-MEDICAL w Pobiedziskach (62-010) przy ul. Kazimierza Odnowiciela 23, 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 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.), dalej 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 5 kwietnia 2017 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne na obszarze gminy Kleszczewo.

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 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, 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 7 czerwca 2017 roku., 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.

W przypadku wniesienia odwołania przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie naruszenia interesu prawnego odwołującego 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 odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie.

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 9 czerwca 2017 roku w biurze podawczym Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia złożone zostało odwołanie podmiotu leczniczego DENTO-MEDICAL Anna Podstawka z siedzibą w Pobiedziskach (62-010), ul. Kazimierza Odnowiciela 23 (zwanego dalej: „Odwołującym”), dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 7 czerwca 2017 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr: 15-17-000483/STM/07/ 1/07.0000.218.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w rodzaju świadczenia stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne na obszarze gminy Kleszczewo, Odwołujący podnosi, że pozytywnie przeszedł proces weryfikacji i negocjacji, a mimo to nie został wybrany do zawarcia umowy. Ponadto Odwołujący zarzuca Komisji pominięcie argumentu, iż gabinet Odwołującego położony jest w okolicy infrastruktury nowobudowanych domów zamieszkałych przez rodziny niejednokrotnie zameldowane w Poznaniu, z czego wynika rozbieżność pomiędzy oczekiwaniem społecznym a danymi statystycznymi. Dodatkowo wskazał na duże zapotrzebowanie

społeczne na gabinet realizujący świadczenia ogólnostomatologiczne finansowane ze środków publicznych w miejscowości Gowarzewo, które wywiódł z licznych zapytań mieszkańców zarówno samego Gowarzewa, jak i pobliskich miejscowości, tj. Trzek, Siekierki i Kleszczewo. W ocenie Odwołującego gabinet w miejscowości Nagradowice, który świadczy usługi w ramach umowy z NFZ położony jest na drugim końcu gminy, a to zbyt daleka odległość niż wynikająca z zapotrzebowania społecznego. Ponadto wnosi o udostępnienie dokumentacji konkursowej w celu zapoznania się z punktacją otrzymaną w ramach postępowania konkursowego.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 12 czerwca 2017 roku. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawcę, którego oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01, o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, dalej zwanej „k.p.a.”, 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. W dniu 16 czerwca 2017 roku z uprawnienia tego skorzystał Pan Marek Łukaszyk reprezentujący Poradnię Stomatologiczną SWARODENT z siedzibą w Nagradowicach, natomiast w dniu 23 czerwca 2017 roku z uprawnienia skorzystał Odwołujący. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 23 czerwca 2017 roku.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 7 czerwca 2017 roku postępowania numer: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne na obszarze gminy Kleszczewo, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane przez Odwołującego w złożonym przez niego odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu numer 15-17-000483/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: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne na obszarze gminy Kleszczewo złożone zostały dwie oferty:

1. oferta numer: 15-17-000483[07/1]-0002/00 złożona przez Odwołującego;
2. oferta numer: 15-17-000483[07/1]-0001/00 złożona przez Pana Marka Łukaszyka prowadzącego Poradnię Stomatologiczną SWARODENT z siedzibą w Nagradowicach. 11 (63-006 Kleszczewo).

Postępowanie nr: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2017 r., poz. 193 ze zm.);
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku. 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 roku 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) zmienionym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia z dnia 29 grudnia 2016 roku (Dz. U. z 2017 r., poz. 44);
- Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami;
- Zarządzenia Nr 23/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2017 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 5 kwietnia 2017 roku. W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w trakcie prowadzenia części jawnej postępowania, nie odrzuciła żadnej ze złożonych w tym postępowaniu ofert. Do części niejawnej postępowania zakwalifikowano zatem 2 (słownie: dwóch) oferentów, jako spełniających wymagane warunki. 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 roku 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 i porównania ofert. Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 7 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów:

1. Kompleksowość udzielanych świadczeń oceniana przez:

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 rentgenodiagnostyka 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:
- współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc 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 roku 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 x C_{NFZ} ,

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

W tym miejscu podkreślić należy, iż 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 spełnienia 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. Możliwe 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.

Dnia 7 czerwca 2017 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem: 15-17-000483/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:

- Marek Łukaszyk, ul. Baziowa 6, 62-020 Garby.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego, 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: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

RANKING KOŃCOWY (status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny)										
POZYCJA OFERTY W RANKINGU I NAZWA OFERENTA	ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CENA JEDNOSTKI I ROZLICZ. (ZŁ)	PUNKTACJA							DECYZJA O WYBRANIU OFERT
			ZA OFERTĘ CENOWĄ	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	INNE	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
1. MAREK ŁUKASZYK	Gabinet Stomatologiczny 63-006 Nagradowice 11	1,07	7,6548	4,00	5,00	5,00	5,00	0,00	26,65	TAK
2. PODMIOT LECZNICZY DENTO-MEDICAL ANNA PODSTAWSKA	Poradnia Stomatologiczna ul. Siekierska 24a, 63-004 Gwarzewo	1,13	5,00	4,00	5,00	9,00	0,00	0,00	23,00	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: 15-17-000483/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 została ograniczona jednak wskazaną 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 roku 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 roku 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 roku 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: 15-17-000483/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 (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Oferent: Marek Łukaszyk:

I. W zakresie kryterium kompleksowość (lp. II tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne”):

- zadeklarował realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem prac techników dentystycznych oraz badań histopatologicznych - za co otrzymał 5 punktów.

II. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne”:

- w punkcie czas pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie czas pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

- w punkcie czas pracy lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie pozostały personel, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów.
- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne– część wspólna”):
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie– tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - pierwotnie zadeklarował 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, **jednakże informacja ta nie znalazła potwierdzenia w bazach danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i zgodnie z uchwałą komisji z dnia 11 maja 2017 roku, opisaną szerzej powyżej, komisja wezwała oferenta do złożenia wyjaśnień w celu ustalenia przyczyn rozbieżności. W piśmie z dnia 9 maja 2017 roku oferent udzielił wyjaśnień, które jednoznacznie potwierdziły, iż w wyniku przyjęcia nieprawidłowego liczenia terminów błędnie złożył deklarację „tak” i decyzją komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „nie”, co wiązało się z nieprzyznaniem punktów ujemnych;**
 - 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonywania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.
- 3) Kategoria 3. Realizacja wybranych świadczeń – określona lp. 1 w tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne”:
- w punkcie realizacja procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 Rentgenodiagnostyki do 2 zdjęć wewnątrzustnych udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 4) Kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia – określona w lp. I tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne”:
- zadeklarował posiadanie endometru – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;
 - zadeklarował posiadanie aparatu RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty.
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne– część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;

- nie zadeklarował, iż 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 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;
- 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.

III. W zakresie kryterium dostępność:

- 1) Kategoria 1. Organizacja udzielania świadczeń określona w lp. III tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne”:
 - nie zadeklarował realizacji świadczeń w poradni w każdą sobotę przez co najmniej 6 godzin, za co nie otrzymał punktów;
 - zadeklarował realizację świadczeń w poradni: 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18, za co otrzymał 5,00 punktów;
- 2) Warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne– część wspólna”:
 - 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;
 - w punkcie: brak realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie: brak realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów.

IV. W zakresie kryterium ciągłość – określonego w części IV tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne– część wspólna”:

- 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 5,00 punktów;
- w punkcie: w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów.

V. W zakresie innych warunków określonych w części V tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie warunków wymaganych zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał 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 zakresie kryterium ceny oferent Marek Łukaszyk zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,07 zł za co otrzymał 7,6548 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący: Podmiot Lecznicy DENTO-Medical Anna Podstawska:

I. W zakresie kryterium kompleksowość (lp. II tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne”):

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

II. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria 1. Personel – określona w lp. I tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne”:

- w punkcie czas pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodonta udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie czas pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

- w punkcie czas pracy lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
 - w punkcie pozostały personel, udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów.
- 2) wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – określone w części I tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne– część wspólna”):
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie– tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - 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, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, za co nie otrzymał ujemnych punktów;
 - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową, za co nie otrzymał punktów ujemnych;

- nie zadeklarował przedstawiania danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował niewykonywania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, za co nie otrzymał punktów ujemnych;
 - nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia – tylko na podstawie, za co nie otrzymał punktów ujemnych.
- 3) Kategoria 3. Realizacja wybranych świadczeń – określona lp. 1 w tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne”:
- w punkcie realizacja procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 Rentgenodiagnostyki do 2 zdjęć wewnątrzustnych udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 4) Kategoria 2. sprzęt, aparatura medyczna, pomieszczenia – określona w lp. I tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne”:
- zadeklarował posiadanie endometru – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;
 - zadeklarował posiadanie aparatu RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty.
- 5) Pozostałe warunki – określone w części II tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne– część wspólna”:
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;
 - nie zadeklarował, iż 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 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;

- 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.

III. W zakresie kryterium dostępność:

1) Kategoria 1. Organizacja udzielania świadczeń określona w lp. III tabeli nr 1 „Świadczenia ogólnostomatologiczne”:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń w poradni w każdą sobotę przez co najmniej 6 godzin, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował realizację świadczeń w poradni: 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18, za co otrzymał 5,00 punktów;

2) Warunki – określone w części III tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne– część wspólna”:

- zadeklarował co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 2,00 punkty;
- w punkcie: brak realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie: brak realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów.

IV. W zakresie kryterium ciągłość – określonego w części IV tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne– część wspólna”:

- nie 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 nie otrzymał punktów;

- w punkcie: w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie udzielił odpowiedzi „żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów.

V. **W zakresie innych warunków** – określonych w części V tabeli nr 2 „Leczenie Stomatologiczne – część wspólna” nie zadeklarował współpracy z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie otrzymał punktów.

W zakresie warunków wymaganych zadeklarował, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełnia i będzie spełniał 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 zakresie kryterium ceny oferent Anna Podstawka prowadząca Podmiot Leczniczy DENTO-Medical zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,13 zł za co otrzymał 5,00 punktów w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia stomatologiczne, w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne na obszarze gminy Kleszczewo, należy wskazać co następuje.

W zakresie zarzutu, iż Odwołujący pozytywnie przeszedł proces weryfikacji i negocjacji, a mimo to nie został wybrany do zawarcia umowy wyjaśnić należy, iż spełnienie warunków formalnych określonych w ogłoszeniu postępowania nr: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 i zakwalifikowanie oferty do części niejawnej postępowania oraz zaproszenie na negocjacje i podpisanie protokołu końcowego z negocjacji nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Zgodnie z art. 142 ust. 7 Ustawy komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden podmiot. Realizując wskazany obowiązek w postępowaniu nr: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 do negocjacji zaproszeni zostali zarówno oferent Marek Łukaszyk jak i Odwołujący. Podczas negocjacji komisja, stosownie do treści art. 134 Ustawy, obligującego do równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, pytała każdego oferenta czy utrzymuje cenę zaproponowaną w ofercie. Każdy z oferentów miał zatem możliwość negocjować liczbę planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz cenę za ich udzielanie. O tym, czy oferent wykorzysta przysługującą mu możliwość, decydował on sam autonomicznie. W sytuacji gdy oferent nie wniósł

zastrzeżeń do protokołu negocjacji i złożył własnoręczny podpis pod jego treścią, należy uznać go jako zgodny z wolą oferenta i zgodny ze stanem faktycznym. Odwołujący w trakcie negocjacji przeprowadzonych w dniu 30 maja 2017 roku podtrzymał cenę podaną w ofercie, za którą otrzymał 5,00 punktów, natomiast oferent Marek Łukaszyk obniżył cenę podaną w ofercie, za którą otrzymał 7,65 punktu. Obaj oferenci nie otrzymali zatem maksymalnej ilości punktów w kryterium cena. Ponownie podkreślenia wymaga, iż w trakcie negocjacji decyzję o zmianie ceny bądź utrzymaniu jej na poziomie z oferty podejmuje suwerennie oferent. Komisja nie może ani sugerować tej zmiany, ani tym bardziej namawiać do niej. Zgodnie natomiast z art. 142 ust. 5 punkt 1 i w związku z art. 148 Ustawy w części niejawnej konkursu ofert Komisja porównuje oferty według kryteriów jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i wybiera ofertę najkorzystniejszą. Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła 23,00 punkty, podczas gdy, najkorzystniejsza oferta, którą Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wybrał do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne na obszarze gminy Kleszczewo otrzymała 26,65 punktu.

W tym miejscu wyjaśnić należy, iż choć w ogłoszeniu konkursu wskazano, że zostaną zawarte maksymalnie 2 umowy, to równocześnie zastrzeżono, że wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 81 360, 00 PLN, a zatem może być zawarta mniejsza ilość umów i świadczenia mogą zostać zakupione za mniejszą kwotę. W zarządzeniu nr 1044/2017 Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2017 roku w sprawie ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne wskazano, iż dla obszaru gminy Kleszczewo planowany jest zakup 72 000 jednostek rozliczeniowych świadczeń w rodzaju świadczenia ogólnostomatologiczne. Oferent, który złożył najkorzystniejszą ofertę zadeklarował zabezpieczenie maksymalnej liczby udzielanych świadczeń w wysokości 72 000 jednostek rozliczeniowych przy jednoczesnym określeniu ceny za punkt na 1,07 PLN, co oznacza, że wykorzystał 77 040,00 PLN. Natomiast Odwołujący zadeklarował liczbę udzielanych świadczeń w wysokości 36 000 jednostek rozliczeniowych przy jednoczesnym określeniu ceny za punkt na 1,13 PLN, co łącznie wyniosło 40 680,00 PLN. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ilości, które zostały zaplanowane do zakupu na obszarze gminy Kleszczewo to 72 000 jednostek rozliczeniowych, a zakupionych zostało 72 000 jednostek rozliczeniowych. Zostały one jednak zakupione za kwotę niższą niż podana w ogłoszeniu, stąd niewyczerpanie całej kwoty wskazanej w ogłoszeniu. Oddział Wojewódzki NFZ jest jednostką sektora finansów publicznych, musi więc przestrzegać dyspozycji zawartej w art. 44 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U.2016.1870 z póź. zm.), zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy

i oszczędny z zachowaniem zasady optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Zatem, podczas zawierania umów Fundusz musi uwzględniać rachunek ekonomiczny, przez co wybór oferty odbywa się na zasadach konkurencyjności. Uzyskanie przez Odwołującego mniejszej ilości punktów w rankingu końcowym uwzględniającym łącznie kryteria jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyczerpanie wartości zamówienia przez oferenta, który uzyskał większą ilość punktów w rankingu końcowym stanowiło jedyny powód niewybrania jego oferty. Co istotne również, komisja konkursowa nie mogła dokonać wyboru oferty złożonej przez Odwołującego i zaproponować mu pozostałej kwoty, tj. 4 320,00 złotych (81 360,00 złotych – 77 040,00 złotych), gdyż zgodnie z przepisem § 8. ust. 1. pkt 1 Zarządzenia nr 23/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu na obszarze właściwości danego oddziału wojewódzkiego zawiera umowy na nie mniej niż pół etatu przeliczeniowego w odniesieniu do jednej umowy z zachowaniem zasady pracy do godz. 18.00 jeden raz w tygodniu, a pozostała kwota 4 320,00 złotych nie wystarczy do zawarcia umowy na pół etatu.

Za chybiony uznać należy także zarzut niezwrócenia przez komisję uwagi na argument położenia gabinetu Odwołującego w okolicy infrastruktury nowobudowanych domów zamieszkałych przez rodziny niejednokrotnie zameldowane w Poznaniu, z czego zdaniem Odwołującego wynika rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami społecznymi, a danymi statystycznymi oraz liczne zapytania mieszkańców zarówno samego Górzewa jak i pobliskich miejscowości kierowane do Odwołującego o to „czy świadczy usługi w ramach refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia”. Komisja bowiem w trakcie oceny ofert może brać pod uwagę jedynie kryteria określone w przywołanych powyżej aktach prawnych. Taki sposób postępowania eliminuje element subiektywny działania komisji, jakim byłoby stosowanie do niektórych oferentów dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Przestrzeganie zasady równego traktowania wszystkich oferentów nie pozwala na stosowanie w toku prowadzonego postępowania konkursowego innych kryteriów aniżeli określone w tabelach nr 1 i 2 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku 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). Podkreślenia wymaga ponownie, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 podlegała identycznym kryteriom oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków. Biorąc powyższe pod uwagę oraz wskazanie w ogłoszeniu o postępowaniu nr: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym Fundusz po przeprowadzeniu w/w postępowania zawrze

umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, brak było podstaw dla wybrania oferty Odwołującego, gdyż uzyskała ona niższą punktację, niż oferta która w całości wyczerpała wartość zamówienia.

Przytoczone wyżej okoliczności powodują także, iż na uwzględnienie nie zasługuje zarzut niezwrócenia przez Komisję uwagi na obniżenie dostępności do świadczeń ze względu na znaczące oddalenie gabinetu w Nagrałowicach w stosunku do zamieszkania osób kierujących liczne zapytania do Odwołującego. 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. Dla obszaru gminy Kleszczewo został wybrany oferent świadczący usługi na obszarze gminy Kleszczewo, który zabezpiecza ilość świadczeń określoną zgodnie z planem finansowym.

W postępowaniu odwoławczym, którego podstawą jest art. 154 Ustawy, przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie pozostaje badanie z urzędu naruszenia interesu prawnego Odwołującego 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 Odwołującego, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą zaistnieć łącznie. W toku prowadzonego postępowania Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrzył się naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania konkursowego.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr: 15-17-000483/STM/07/1/07.0000.218.02/01 naruszyła zasady prowadzenia postępowania o zawarcie umów w rodzaju świadczenia stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego 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

p.o. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Hanna Philips

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. 2016, 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 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 Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, 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 ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna

Wykonano w 4 egz.:

1. Podmiot Lecznicy Dento-Medical, ul. Kazimierza Odnowiciela 23, 62-010 Pobiedziska,
2. Marek Łukaszyk, ul. Baziowa 6, 62-020 Garby
3. a/a,
4. a/a.