

08. 12. 2017

Poznań, dnia

WO.422.90.2017

DECYZJA NR 80/2017/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 2017 r. poz. 1938 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1257), po ponownym rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 23 maja 2014 roku postępowania nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne, wniesionego przez Andrzeja Hajdasza, prowadzącego indywidualną praktykę lekarską w Buku (64-320) przy ul. Dworcowej 34/2, na skutek wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 15 marca 2017 roku, sygn. akt: II SA/Po 134/17, uchylającego decyzję nr 72/2014/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lipca 2014 roku i poprzedzającą ją decyzję nr 53/2014/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2014, od którego to wyroku skarga kasacyjna Syndent W. Synoracki sp. j. z siedzibą w Poznaniu (60-396) przy ul. Bukowskiej 84/3 została oddalona wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 września 2017 roku, sygn. akt: II GSK 2580/17, postanawiam:

uwzględnić odwołanie.**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”), ogłosił w dniu 3 marca 2014 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w sprawie

zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 30 czerwca 2017 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne.

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 164160,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku.

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 23 maja 2014 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.

W dniu 30 maja 2014 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone osobiście przez Andrzeja Hajdasza, prowadzącego indywidualną praktykę lekarską w Buku (64-320) przy ul. Dworcowej 34/2, dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 23 maja 2014 roku postępowania nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w

zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne, Odwołujący podniósł naruszenie zasady równego traktowania i zasady uczciwej konkurencji (art. 134 Ustawy), zasady bezstronnego i uczciwego prowadzenia negocjacji w części niejawnej co do liczby i ceny świadczeń, zasady jawności – poprzez nieujawnienie rankingu końcowego z punktacją ofert i wskazaniem punktacji za poszczególne kryteria oceny ofert, zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjentom na obszarze gminy Buk odpowiedniego do liczby ludności na danym obszarze, z uwzględnieniem wieku, średniego poziomu dochodów i rzeczywistego zapotrzebowania na usługi stomatologiczne. Odwołujący wniósł o uwzględnienie jego odwołania i dopuszczenie do rokowań bądź ogłoszenie nowego postępowania. W uzasadnieniu Odwołujący wskazał, iż został wprowadzony w błąd przez komisję konkursową, wobec czego uchyła się od skutków swojego oświadczenia woli zawartego w protokole końcowym negocjacji. Podkreślił również doświadczenie w leczeniu pacjentów (także w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia) i swoją renomę. Podał, że obniżył liczbę punktów, by wszystkie oferty mogły być wybrane. Odwołujący wniósł o rozważenie ogłoszenia kolejnego postępowania.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Andrzeja Hajdasza, pismami z dnia 30 maja 2014 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1, 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 zakresie terminu wydania decyzji na dzień 13 czerwca 2014 roku.

Z uprawnienia wglądu w akta sprawy Odwołujący skorzystał w dniu 4 czerwca 2014 roku, a w dniu 6 czerwca 2014 wniósł uzupełnienie odwołania. Podniósł w nim, iż kontroferent Alicja Popioł-Synoracka, Wiktor Synoracki prowadzący działalność leczniczą w formie spółki cywilnej pod nazwą Syndent s.c. nie dopełnił obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, wynikającego z ustawy o działalności leczniczej. O powyższym miało świadczyć dodatkowo oświadczenie tego kontroferenta, iż zawrze właściwą umowę ubezpieczenia. Mając powyższe na uwadze Odwołujący wskazał, iż oferta oferenta Alicja Popioł-Synoracka, Wiktor Synoracki winna podlegać odrzuceniu. Odwołujący podniósł również, iż w dokumentach komisji konkursowej zawarto nieprawdziwą informację o odrzuceniu oferty Joanny Hajdasz, a ranking kwalifikacyjny zawiera błąd rachunkowy. Wskazał także na brak naliczenia mu punktów za pracę poradni w godzinach popołudniowych po tym, jak podczas negocjacji obniżona została liczba świadczeń do 9000 punktów. W opinii Odwołującego komisja odrzuciła obniżenie przez niego ceny z uwagi na pozycję w rankingu. Odwołujący podkreślił także pogorszenie dostępności i jakości świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i jego

współpracę z podmiotem świadczącym usługi RTG na sąsiedniej ulicy. Zaakcentował ponadto lokalizację swojego gabinetu. Wskazał dalej, iż zakontraktowano mniejszą liczbę etatów, a negocjacje wpływały tylko na liczbę świadczeń i podkreślił korzystność swojej oferty.

Kolejno, w dniu 4 czerwca 2014 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał oferent Alicja Popioł-Synoracka, Wiktor Synoracki, a w dniu 9 czerwca 2014 r. oferent Dorota Mazurkiewicz-Bor.

Dnia 13 czerwca 2014 roku do stron postępowania zostało wystosowane pismo informujące, iż nowy termin załatwienia sprawy w drodze wydania decyzji przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia określa się na dzień 18 czerwca 2014 roku.

Decyzją nr 53/2014/O z dnia 18 czerwca 2014 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddalił odwołanie Andrzeja Hajdasz albowiem ustalił, że Wielkopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia nie naruszył zasad prowadzenia postępowania nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia skonstatował, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego, co skutkowało oddaleniem odwołania.

Dnia 27 czerwca 2014 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynął złożony drogą pocztową przez Andrzeja Hajdasza reprezentowanego przez pełnomocnika - radcę prawnego Sławę Maćkowiak wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy zakończonej decyzją nr 53/2014/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego narodowego Funduszy zdrowia z dnia 18 czerwca 2014 roku. Wniosek powyższy został wniesiony w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne i treści decyzji nr 53/2014/O z dnia 18 czerwca 2014 roku, Odwołujący podniósł, iż został wprowadzony w błąd przez komisję konkursową, iż powinien zgodzić się na zmniejszenie liczby świadczeń, natomiast bez konieczności obniżenia ceny. Ponadto Odwołujący wskazał, iż dokonano wyboru oferenta tj. Alicji Popioł - Synorackiej i Wiktora Synorackiego, który nie spełniał wymagań dla wykonywania działalności leczniczej, z czego wywodził, iż oferta ww. oferenta winna być odrzucona. Ponadto Odwołujący wskazał na naruszenie zasady równości w postępowaniu konkursowym poprzez nieprzyznanie Odwołującemu punktów po skorygowaniu harmonogramu pracy personelu medycznego. Odwołujący podtrzymał także twierdzenie, iż tylko on gwarantował rzeczywistą dostępność oferowanych usług stomatologicznych albowiem, jako jedyny z oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne zapewnił aparat RTG w lokalizacji, wobec czego w opinii Odwołującego dla

pacjentów korzystających z usług wybranych w postępowaniu oferentów nastąpi pogorszenie jakości i dostępności świadczeń stomatologicznych.

Decyzją nr 72/2014/O z dnia 11 lipca 2014 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia utrzymał w mocy zaskarżoną decyzję nr 53/2014/O z dnia 18 czerwca 2014 roku, albowiem po przeprowadzeniu postępowania z wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy nie stwierdził, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne.

Na powyższą decyzję skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu wniósł Odwołujący. W wyniku jej rozpoznania, w dniu 29 grudnia 2014 roku Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu wydał wyrok w sprawie o sygn. akt II SA/Po 1124/14, którym oddalił skargę złożoną przez Andrzeja Hajdasza. W uzasadnieniu wyroku Wojewódzki Sąd Administracyjny podzielił argumentację Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz uznał, że zarzuty skarżącego nie znalazły potwierdzenia w aktach sprawy, co w konsekwencji spowodowało, iż uznane zostały za niezasadne.

Skargę kasacyjną od powyższego wyroku wywiódł Odwołujący. W skardze kasacyjnej Andrzej Hajdasz domagał się zmiany zaskarżonego wyroku i uwzględnienia skargi, ewentualnie wnosił o uchylenie wyroku w całości i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji. Zarzucił naruszenie przepisów prawa materialnego i przepisów postępowania mające istotny wpływ na wynik sprawy. Wyrokiem z dnia 1 grudnia 2016 r., sygn. II GSK 1288/15 Naczelny Sąd Administracyjny uchylił zaskarżony wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania Wojewódzkiemu Sądowi Administracyjnemu w Poznaniu. W uzasadnieniu wyroku z dnia 1 grudnia 2016 roku (sygn. II GSK 1288/16) Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, co następuje.

Naczelny Sąd Administracyjny uwzględnił pierwszy zarzut skargi kasacyjnej odnoszący się do okoliczności związanych z posiadaniem obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez podmioty, których oferta została wybrana w postępowaniu konkursowym nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne. Uzasadniając swoje stanowisko Naczelny Sąd Administracyjny wskazał, że strona skarżąca kasacyjnie ma rację odnośnie podniesionej kwestii niewyjaśnienia w sposób właściwy braku posiadania obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, wymaganego na dzień wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przez kontroferenta Alicję Popioł-Synoracką, Wiktora Synorackiego prowadzących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej pod nazwą Syndent (obecnie Syndent W. Synoracki sp. j.), wskazanego jako tego, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego

Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne. Zgodnie bowiem z art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy odrzuca się ofertę, jeżeli oferta lub oferent nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 Ustawy. Ustosunkowując się natomiast do pozostałych zarzutów zawartych w skardze kasacyjnej dotyczących przeprowadzenia negocjacji i skutków z tym związanych, przyznania dodatkowych punktów za pracę w godzinach popołudniowych, Naczelny Sąd Administracyjny uznał je za nieusprawiedliwione i nieznające oparcia w materiale dowodowym.

Rozpoznając ponownie sprawę Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 15 marca 2017 roku sygn. II SA/Po 134/17 wskazał, co następuje.

Wojewódzki Sąd Administracyjny uchylił zaskarżoną decyzję nr 72/2014/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lipca 2014 roku oraz poprzedzającą ją decyzję nr 53/2014/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2014 roku. Zdaniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego trafny okazał się podniesiony w skardze zarzut Odwołującego dotyczący dokonania wyboru oferty świadczeniodawcy Alicja Popioł-Synoracka, Wiktor Synoracki, która winna podlegać odrzuceniu. Sąd podkreślił, że postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi swoistą procedurę zawierania umów i jest z tego względu mocno sformalizowane. Ustawodawca stworzył obligatoryjnie stosowane szczególne wymagania dotyczące trybu przeprowadzania tego postępowania, które uregulowane zostały w dziale VI Ustawy oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2719), a także w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wojewódzki Sąd Administracyjny argumentował, że w myśl art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy odrzuca się ofertę, jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 Ustawy. Zaś art. 146 ust. 1 pkt 3 Ustawy stanowi, że Prezes Funduszu określa warunki wymagane od świadczeniodawców. Dalej Wojewódzki Sąd Administracyjny wskazał, iż zgodnie z art. 136b ust. 1 pkt 1 Ustawy świadczeniodawca będący podmiotem wykonującym działalność leczniczą podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 217). Stosownie do art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy obowiązany jest zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 tejże ustawy umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W myśl zaś art. 25 ust. 2 przedmiotowej ustawy obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej. Zgodnie z treścią ust. 3 przedmiotowego artykułu,

kierownik niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1, przekazuje organowi prowadzącemu rejestr, o którym z kolei mowa w art. 100 tejże ustawy, dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela, zaś informacje dotyczące ubezpieczenia, o których mowa w art. 25 ust. 3 cyt. ustawy podlegają wpisowi do rejestru, o czym stanowi przepis art. 106 ust. 3 pkt 13 ustawy o działalności leczniczej. Dane dotyczące umowy ubezpieczenia wpisuje się w rubryce 21, co wynika z przepisu § 5 ust. 1 pkt 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2014 r. poz. 325).

Dalej Wojewódzki Sąd Administracyjny wskazał, iż aktem, w którym Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określił warunki wymagane od świadczeniodawców na dzień ogłoszenia postępowania nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 było zarządzenia nr 57/2013/DSOZ z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto stwierdził, że przedmiotowe zarządzenie uznać należy za akt wewnętrznego kierownictwa, bezwzględnie wiążący w zakresie, w jakim nie pozostaje w sprzeczności z aktami stanowienia prawa dla komisji konkursowych odnośnie przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 13 ust. 1 pkt 6 ww. zarządzenia, oferta w formie pisemnej powinna zawierać m.in. kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. W opinii Sądu regulacja ta wyraźnie dopuszcza złożenie przez oferenta oświadczenia stwierdzającego, iż umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. Jednocześnie Sąd uznał, że wykładni tego zarządzenia należy dokonywać z uwzględnieniem przepisów powszechnie obowiązujących rangi ustawowej i rozporządzeniowej. Skoro bowiem zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 57/2013/DSOZ z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest aktem wydanym na podstawie upoważnienia ustawowego regulującym przebieg postępowania konkursowego, to co za tym idzie wykładnia jego przepisów musi zapewniać realizację ustawowych zasad. W ocenie Sądu przewidziana w przedmiotowym zarządzeniu dopuszczalność złożenia przez oferenta umowy przedwstępnej lub innego dokumentu, w tym oświadczenia stwierdzającego, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy dotyczy jedynie tych sytuacji, w których na oferencie nie ciążył obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w przepisach ustawy o działalności

lecniczej, tj. wyłącznie podmiotu, który na dzień złożenia oferty nie wykonywał jeszcze działalności leczniczej. Zdaniem Sądu taki sposób skonstruowania powyższej regulacji uzasadniony jest względami praktycznymi uwzględniającymi okoliczność, iż w danym postępowaniu konkursowym złożyć ofertę mogą zarówno podmioty udzielające już świadczeń opieki zdrowotnej i wykonujące działalność leczniczą, co za tym idzie posiadające ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, jak i podmioty, które dopiero zamierzają rozpocząć wykonywanie działalności leczniczej w przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jak słusznie zauważył Sąd, nie sposób od tych ostatnich racjonalnie oczekiwać uprzedniego zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w sytuacji, gdy ewentualne zawarcie umowy o udzielanie tych świadczeń jest zdarzeniem przyszłym i niepewnym, od którego uzależniają one rozpoczęcie wykonywania działalności leczniczej. W ocenie Sądu przedstawiona powyżej wykładnia przepisów nie pozostaje przy tym w jakiegokolwiek sprzeczności z zasadą, że posiadanie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jest jednym z podstawowych warunków rozpoczęcia i prowadzenia działalności leczniczej przez podmiot leczniczy, albowiem zapisy ustawy o działalności leczniczej rozróżniają sam wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, będący warunkiem wykonywania działalności leczniczej od podjęcia wykonywania takowej działalności, co może nastąpić w innej, wskazanej przez dany podmiot dacie i co powinno być poprzedzone zawarciem przez dany podmiot umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Dalej Sąd przypomniał, że na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej, organem prowadzącym rejestr w odniesieniu do podmiotów leczniczych jest wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego. Ustawa ta przewiduje ponadto odpowiednie procedury dotyczące odmowy wpisu do rejestru, wykreślenia wpisu z rejestru i jego zmiany. Wobec powyższego przyjąć należy, iż zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ma walor dokumentu urzędowego wystawianego przez uprawniony organ, a więc stanowi dowód tego, co zostało w nim urzędowo stwierdzone. Pokreślenia przy tym wymaga, iż w przepisach Ustawy brak jest jakichkolwiek regulacji upoważniających komisję konkursową do wkraczania w kompetencje organu prowadzącego ww. rejestr i co za tym idzie, weryfikacji prawidłowości dokonywanych w tymże rejestrze wpisów.

Co istotne, na co zwrócił uwagę Wojewódzki Sąd Administracyjny, z dokumentów w sprawie wynika, iż oferent Alicja Popioł-Synoracka, Wiktor Synoracki do oferty dołączył jedynie datowane na dzień 17 marca 2014 r. oświadczenie, że spółka cywilna Syndent zawrze umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne. Jednocześnie tenże oferent przedłożył wraz z ofertą wypis z księgi rejestrowej nr 000000160888 aktualny na dzień 16 marca 2014 r., w którym wskazano, że wpisu podmiotu leczniczego do rejestru dokonano w dniu 26 września 2013 r., zaś jako datę rozpoczęcia prowadzenia działalności leczniczej wskazano dzień 1 października 2013 r. Jednocześnie zauważyć należy, iż w rubryce 21 tegoż rejestru brak było wskazania, by podmiot leczniczy zawarł umowę

ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej. Analiza przedłożonych dokumentów, dostępnych również dla komisji konkursowej, winna prowadzić do wniosku, iż oferent Alicja Popioł-Synoracka, Wiktor Synoracki na dzień złożenia oferty prowadził działalność leczniczą i jednocześnie nie posiadał umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej swoim zakresem szkody będące następstwem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania tychże świadczeń, który to obowiązek ciążył na nim na podstawie art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a w związku z art. 25 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej najpóźniej od dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej, a więc od dnia 30 września 2013 r. Powyższe oznacza, że oferent ten na dzień składania oferty nie spełniał wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, tj. w art. 136b ust. 1 pkt Ustawy oraz art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a w związku z art. 25 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Jednocześnie oferent ten nie przedstawił dowodu pozwalającego na obalenie domniemania prawdziwości danych zawartych w wypisie z książki rejestrowej, którym to dowodem mogła być polisa odpowiedniego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Reasumując powyższe rozważania Wojewódzki Sąd Administracyjny wskazał, iż w stosunku do oferenta Alicji Popioł-Synorackiej, Wiktora Synorackiego na dzień złożenia oferty występowała przesłanka odrzucenia tej oferty wskazana w art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy. Rozpoznając ponownie przedmiotową sprawę Sąd zwrócił uwagę, że sposób sformułowania przez ustawodawcę powyższego przepisu jednoznacznie wskazuje na obligatoryjny charakter odrzucenia oferty w przypadku zaistnienia zdarzeń w nim wskazanych.

Konkludując, Wojewódzki Sąd Administracyjny stwierdził, iż w przeprowadzonym postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne naruszone zostały zasady tego postępowania, albowiem dopuszczono do postępowania ofertę, która podlegała obligatoryjnemu odrzuceniu. Ponieważ naruszenie to spowodowało uszczerbek w interesie prawnym strony skarżącej z uwagi na fakt wybrania jako drugiej w rankingu oferty, która winna podlegać odrzuceniu, co skutkowało zawarciem z tym oferentem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i jednocześnie brakiem zawarcia tejże umowy z Andrzejem Hajdaszem, którego oferta zajęła w rankingu pozycję trzecią, tj. najwyższą spośród niewybranych.

Mając powyższe na uwadze Wojewódzki Sąd Administracyjny w Poznaniu wyrokiem z dnia 15 marca 2017 roku syg. II SA/Po 134/17 uchylił zaskarżoną decyzję nr 72/2014/O z dnia 18 czerwca 2014 r. i poprzedzającą ją decyzję nr 53/2014/O z dnia 11 lipca 2014 r. Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu.

Od powyżej wskazanego wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego skargę kasacyjną złożył Syndent W. Synoracki sp. j., która została oddalona wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 września 2017 roku syg. II GSK 2580/17. W przedmiotowym wyroku Naczelny Sąd Administracyjny uznał stanowisko Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego wyrażone w wyroku z dnia 15 marca 2017 roku syg. II SA/Po 134/17 za prawidłowe i zasługujące w całości na akceptację i w konsekwencji skarga została oddalona.

Prowadząc ponownie postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Andrzeja Hajdasza, pismami z dnia 21 listopada 2017 roku Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferty zostały wybrane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1, 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 zakresie terminu wydania decyzji na dzień 1 grudnia 2017 roku.

Kolejno, w dniu 1 grudnia 2017 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło złożone osobiście przez Andrzeja Hajdasza pismo, w którym podtrzymał on swoje wcześniejsze stanowisko wyrażone w odwołaniu z dnia 28 maja 2014 r., uzupełnieniu odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego z dnia 6 czerwca 2014 r. oraz wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy z dnia 25 czerwca 2014 r. W przedmiotowym piśmie Odwołujący stwierdził ponadto, że oczekuje odniesienia się przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do treści zawartych w uzasadnieniu wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego.

W związku z niedoręczeniem pełnomocnikowi Odwołującego pisma z dnia 21 listopada 2017 r. informującego o możliwości zapoznania się z dokumentami oraz skorzystania z uprawnienia wypowiedzenia się w sprawie, niemożliwym stało się wydanie decyzji przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia decyzji w pierwotnie określonym terminie. Uwzględniając tę okoliczność, pismami z dnia 1 grudnia 2017 r. strony postępowania zostały poinformowane o określeniu nowego terminu wydania decyzji przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 8 grudnia 2017 r. Jednocześnie pełnomocnik Odwołującego pismem z dnia 1 grudnia 2017 r. został poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym mu prawie wglądu w akta sprawy. Przedmiotowym pismem poinformowano także pełnomocnika Odwołującego o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 8 grudnia 2017 r.

Pismem z dnia 7 grudnia 2017 roku, doręczonym do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia drogą elektroniczną, mec. Sława Maćkowiak poinformowała, że nie jest już pełnomocnikiem Andrzeja Hajdasza w postępowaniu administracyjnym prowadzonym w związku z wniesionym przez niego odwołaniem.

W dniu 7 grudnia 2017 roku oraz w dniu 8 grudnia 2017 roku Odwołujący skorzystał z uprawnienia wglądu w akta sprawy.

Na skutek wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 15 marca 2017 roku (sygn. akt II SA/Po 134/17) uchylającego decyzję nr 72/2014/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lipca 2014 roku oraz poprzedzającą ją decyzję nr 53/2014/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2014 roku, od którego skarga kasacyjna SYNDENT W. Synoracki sp. j. została oddalona wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 września 2017 roku (sygn. akt II GSK 2580/17), oraz ponownego rozpoznania odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 23 maja 2014 roku postępowania nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał argumentację przywoływaną w treści odwołania, wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy oraz pism w sprawie. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty. Akta sprawy stanowiły w szczególności oferty biorących udział w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 oferentów, dokumenty wytworzone przez komisję konkursową prowadzącą ww. postępowanie, pisma i oświadczenia stron złożone w sprawie, a także pisma Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kierowane do stron w toku rozpatrywania tak odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania konkursowego jak i wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

Zgodnie z art. 153 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1369) ocena prawna i wskazania co do dalszego postępowania wyrażone w orzeczeniu sądu wiążą w sprawie organy, których działanie, bezczynność lub przewlekłe prowadzenie postępowania było przedmiotem zaskarżenia, a także sądy, chyba że przepisy prawa uległy zmianie. Powyższe oznacza, iż rozpoznający ponownie sprawę administracyjną organ związany jest przedmiotowym zapatrywaniem prawnym i wskazaniem przedstawionymi w prawomocnym wyroku przez sąd administracyjny, musi zatem, i to niezależnie od własnych przekonań, przyjmując wspomnianą ocenę prawną i zrealizować wskazania co do dalszego postępowania. W rozpoznanej sprawie wiążące przy wydawaniu niniejszej decyzji były ocena prawna i wskazania ujęte w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 15 marca 2017 roku (sygn. akt II SA/Po

134/17) oraz wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 września 2017 roku (sygn. akt II GSK 2580/17).

W postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne oferty złożyli: Odwołujący Andrzej Hajdasz, Dorota Mazurkiewicz-Bor, Alicja Popioł-Synoracka i Wiktor Synoracki oraz Joanna Hajdasz.

Postępowanie nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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 (Dz. U. z 2013 r., poz. 1462),
- zarządzenia Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne,
- zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Nr 74/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 3 marca 2014 roku.

Wszystkie oferty zostały zakwalifikowane do części niejawnej postępowania jako spełniające 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 zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 1 ust. 1 zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert, odrębnie w odniesieniu do każdego z miejsc udzielania świadczeń, dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- a) kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie (maksymalnie 40,00 pkt)
 - b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną (maksymalnie 15,00 pkt),
 - c) zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatami (maksymalnie 5,00 pkt),
 - d) wyniki ostatniej kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym z uwzględnieniem ewentualnych zastrzeżeń wniesionych do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do wystąpienia pokontrolnego (wyniki kontroli odnoszą się do całego okresu obowiązywania umowy zawartej na realizację świadczeń w danym zakresie świadczeń, obowiązującej w roku poprzedzającym rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) (do -5,00 pkt)
2. dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
- a) liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy i organizację przyjęć świadczeniobiorców (maksymalnie 15,00 pkt),
 - b) brak barier dla osób niepełnosprawnych (maksymalnie 5,00 pkt).
3. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (maksymalnie 5,00 pkt).
4. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 20,00 pkt).

W tym miejscu wskazać należy, w odniesieniu do kryterium ceny, że zgodnie z postanowieniami załącznika nr 2 do zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny: s = waga skalująca określona została w załączniku nr 1 i wynosi 20,00 pkt;
- podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferty z ceną oczekiwaną;
- ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia [C_{NFZ}] jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 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

Dnia 23 maja 2014 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne wskazano następujących oferentów:

- Alicja Popioł- Synoracka i Wiktor Synoracki;
- Dorota Mazurkiewicz-Bor.

Oferta złożona przez Odwołującego, podobnie jak oferta Joanny Hajdasz, nie została wybrana.

W tym miejscu wskazać należy, iż po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Pozycja	Oferent	Ocena oferty				
		Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów			Łączna liczba punktów oceny
			ciągłość	jakość	dostępność	
1	DOROTA MAZURKIEWICZ- BOR	10	5	30,35	9,16	54,51
2	ALICJA POPIOŁ-SYNORACKA, WIKTOR SYNORACKI	17,89	0	16,07	10,83	44,79
3	ANDRZEJ HAJDASZ	10,87	5	16,07	9,16	41,1
4	JOANNA HAJDASZ	14,38	0	16,07	9,16	39,61

Komisja konkursowa na podstawie art. 142 ust. 5 Ustawy dokonała wyboru ofert celem zawarcia umowy w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, a następnie w rozstrzygnięciu uwzględniła wybrane oferty, tj. oferty, które w rankingu końcowym zajęły miejsca od 1 do 2. Dokonanie wyboru powyższych ofert wyczerpało środki finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania, w sposób uniemożliwiający wybranie następnej w rankingu końcowym oferty. Oferta Odwołującego nie została wybrana w rozstrzygnięciu konkursu ofert.

O miejscu w rankingu zadecydowała punktacja jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie ww. kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskali pozostali oferenci biorący udział w postępowaniu. Ostatnia wybrana oferta – zajmująca miejsce 2 w rankingu końcowym – uzyskała 44,79 punktów.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty złożonej przez Odwołującego, gdyż liczba punktów jaką uzyskała oferta w toku oceny jest mniejsza w stosunku do ofert, które wybrano w trakcie prowadzonego postępowania. Podkreślić należy, że porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostało zgodnie z art. 148 Ustawy i na podstawie przepisów zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Liczba punktów, która, z uwagi na wyczerpanie ograniczonych środków finansowych pozostających w dyspozycji Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 kwalifikowała ofertę do podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne to 44,79 pkt. I właśnie oferent, którego oferta w toku prowadzonego postępowania konkursowego uzyskała łączną liczbę oceny 44,79 pkt, został wskazany jako ostatni z tych, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne.

W tym miejscu wskazać należy, iż w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne, pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią załącznika nr 3 „WYMAGANIA DLA ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WARUNKI I ZASADY UDZIELANIA

ŚWIADCZEŃ W RODZAJU LECZENIE STOMATOLOGICZNE” do zarządzenia Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne oraz załącznika nr 1 (tabela nr 2) *„WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ OGÓLNOSTOMATOLOGICZNYCH”* do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 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 STM oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

Na pytanie dotyczące kryterium ciągłości:

„Czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie?”, oferenci

Odwołujący

Dorota Mazurkiewicz-Bor

udzielili odpowiedzi „Tak”, za co każdy z nich otrzymał 5 pkt, pozostali oferenci udzielili odpowiedzi „Nie”, za co nie otrzymali punktów.

Ponadto, na pytania dotyczące kryterium jakości:

- *„Jaki udział w czasie pracy wszystkich lekarzy stanowi czas pracy lekarzy dentystów specjalistów w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej lub chirurgii stomatologicznej lub lekarzy posiadających specjalizację 2 stopnia w tych dziedzinach?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „poniżej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni” za co nie otrzymali punktów;
- *„Czy czas pracy lekarzy dentystów ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej, chirurgii stomatologicznej lub stomatologii dziecięcej wynosi powyżej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni?”* oferent Dorota Mazurkiewicz-Bor udzielił odpowiedzi „Tak” za co otrzymał 14,28 pkt, pozostali oferenci udzielili odpowiedzi „Nie”, za co nie otrzymali punktów;
- *„Czy w realizacji świadczeń uczestniczy pozostały personel - w wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej 50% czasu pracy poradni?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „Tak”, za co każdy z nich otrzymał 8,57 pkt;
- *„Czy oferent zapewnia aparat rtg lub radiowizjograf - w lokalizacji?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „Nie”, za co nie otrzymali punktów;

- „Czy oferent zapewnia endometr - w miejscu?” wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „Tak”, za co każdy z nich otrzymał 7,5 pkt;
- *Czy oferent posiada certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „Nie” za co nie otrzymali punktów;
- *„Czy oferent posiada certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „Nie” za co nie otrzymali punktów;
- *„Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- *„Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieuzasadnioną odmowę udzielania świadczenia świadczeniobiorcy?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- *„Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- *„Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- *„Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezasadne ordynowanie leków?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- *„Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w

dokonywanej ocenie oferty;

- „Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych?” wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- „Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących?” wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- „Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności?” wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- „Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezgodną z NFZ zmianę harmonogramu udzielania świadczeń?” wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- „Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie?” wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- „Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udaremnienie lub utrudnianie kontroli?” wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- „Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych?” wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty;
- „Czy w wyniku ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym wykazano stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach?” wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „NIE”, co skutkowało nieodejmowaniem im punktów w dokonywanej ocenie oferty.

Na pytania dotyczące kryterium dostępności:

- *Czy praca lekarza w sobotę trwa co najmniej 6 godzin, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych?*” Odwołujący udzielił odpowiedzi „Tak”, za co otrzymał 7,5 pkt, pozostali oferenci udzielili odpowiedzi „Nie”, za co nie otrzymali punktów;
- *„Czy praca lekarza w poradni w godzinach popołudniowych (do godziny 18) wynosi powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego?”* oferenci

Joanna Hajdasz

Dorota Mazurkiewicz-Bor

Alicja Popioł-Synoracka i Wiktor Synoracki

udzielili odpowiedzi „Tak”, za co każdy z nich otrzymał 7,5 pkt, Odwołujący udzielił odpowiedzi „Nie”, za co nie otrzymał punktów;

- *„Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (tekst jednolity Dz.U.2013.1409)?”* wszyscy oferenci udzielili odpowiedzi „Nie”, za co nie otrzymali punktów;
- *„Czy oferent zapewnia przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenia techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?”* oferenci

Dorota Mazurkiewicz-Bor

Alicja Popioł-Synoracka i Wiktor Synoracki

udzielili odpowiedzi „Tak”, pozostali oferenci udzielili odpowiedzi „Nie”;

- *„Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?”* oferenci

Odwołujący

Joanna Hajdasz

Alicja Popioł-Synoracka i Wiktor Synoracki

- udzielili odpowiedzi „Tak”, oferent Dorota Mazurkiewicz-Bor udzielił odpowiedzi „Nie”;

przy czym w zakresie trzech ostatnich pytań dotyczących dostępu dla osób niepełnosprawnych ruchowo wskazać należy, iż pozytywna odpowiedź („Tak”):

- na jedno z ww. przytoczonych pytań oznaczała uzyskanie przez oferenta 1,66 pkt za dostęp dla osób niepełnosprawnych
- na dwa z ww. przytoczonych pytań oznaczała uzyskanie przez oferenta 3,33 pkt za dostęp dla osób niepełnosprawnych.

Mając powyższe na uwadze, wobec pozytywnej odpowiedzi „Tak” na dwa z przytoczonych pytań dotyczących dostępu dla osób niepełnosprawnych ruchowo, 3,33 pkt za ww. dostęp otrzymał oferent Alicja Popioł-Synoracka i Wiktor Synoracki, zaś wobec pozytywnej odpowiedzi „Tak” na jedno z przytoczonych pytań dotyczących dostępu dla osób niepełnosprawnych ruchowo, 1,66 pkt za ww. dostęp otrzymali pozostali oferenci.

Oferent Alicja Popioł-Synoracka i Wiktor Synoracki zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,05 zł, za co otrzymał 17,89 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Joanna Hajdasz zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,09 zł, za co otrzymał 14,38 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odwołujący zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,13 zł, za co otrzymał 10,87 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Oferent Dorota Mazurkiewicz-Bor zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 1,14 zł, za co otrzymał 10 pkt w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

Odnosząc się do pozostałych zarzutów Odwołującego i wskazań zawartych w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 15 marca 2017 roku (sygn. akt II SA/Po 134/17) oraz wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 września 2017 roku (sygn. akt II GSK 2580/17) wskazać należy co następuje.

W odniesieniu do argumentacji przywoływanej w treści złożonego odwołania oraz wniosku o ponowne rozpatrzenia sprawy przez Odwołującego Andrzeja Hajdasza oraz uwzględniając okoliczność, że przedmiotowe postępowanie administracyjne dotyczy rozpoznania odwołania i wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 przeprowadzanego w okresie od 3 marca 2014 r. do 23 marca 2014 r. podkreślić należy, iż wszelkie powoływane w niniejszym uzasadnieniu przepisy dotyczą brzmienia obowiązującego na dzień rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania konkursowego, chyba że wskazane zostanie, iż chodzi o regulacje w brzmieniu obowiązującym obecnie.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego, iż został on wprowadzony w błąd przez komisję konkursową, gdyż przekazano mu informacje, że powinien wyrazić zgodę na zmniejszenie liczby świadczeń, bez potrzeby obniżania ceny, wskazać należy, iż Odwołujący podpisał protokół końcowy z negocjacji bez zastrzeżeń, co czyni jego oświadczenie o wprowadzeniu w błąd nieskutecznym. Przebieg negocjacji nie

był utrwalany w inny sposób niż protokołem podpisanym przez oferentów i komisję konkursową. Niepodparte materiałem dowodowym zarzuty odnośnie odrzucenia przez komisję konkursową obniżki ceny z uwagi na pozycję w rankingu uznać zatem należy za przytaczane wyłącznie z uwagi na sytuację prawną Odwołującego, z którym nie zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Uchylenie się od skutków oświadczenia woli zawartego w protokole negocjacji nie może być zatem uznane z uwagi na brak jego podstaw faktycznych. Przedmiotem negocjacji są tak cena, jak i ilość świadczeń. Jednakże, w szczególności w stosunku do ceny, komisja konkursowa nie ma obowiązku wykazywania inicjatywy negocjacyjnej, inicjatywa ta nie jest bowiem zastrzeżona wyłącznie dla komisji konkursowej. Fundusz był gotowy kupić usługi Odwołującego za ustaloną z nim cenę (będącą jednocześnie ceną niższą niż cena oczekiwana). Na przedmiotowy konkurs złożono jednak oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy. Odwołujący chcąc zwiększyć swoje szanse na wygranę konkursu ofert mógł zaproponować cenę niższą, czego jednakże nie uczynił. Podkreślenia wymaga, że inicjatywa w zakresie negocjacji ceny i ilości świadczeń nie jest uprawnieniem przysługującym wyłącznie komisji konkursowej. Skoro Odwołujący nie zgłaszał woli obniżenia wartości punktu jednostkowego (co wynika z treści protokołu negocjacji), nie może on w chwili obecnej czynić komisji konkursowej zarzutu, iż - ze względu na ilość punktów uzyskanych za cenę - w rankingu końcowym zajął miejsce, które uniemożliwiło wybranie jego oferty. Ponadto zauważyć należy, iż ewentualny brak zbieżności stanowisk negocjacyjnych powoduje niewybranie oferty, o czym informacja znajduje się w podpisanym przez Odwołującego protokole. Wskazana powyżej argumentacja znalazła także potwierdzenie w orzecznictwie Naczelnego Sądu Administracyjnego, który w wyroku z dnia 8 listopada 2013 roku (sygnatura sprawy: II GSK 1735/12), wyjaśnił, iż: „negocjacje z oferentami prowadzą do ustalenia dwóch niezbędnych składników oferty, tj. liczby i ceny oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Skutek negocjacji w postaci zawarcia umowy w przypadku uzgodnienia wszystkich jej postanowień, wynikających z art. 72 § 2 k.c., nie obowiązuje w postępowaniu w sprawie świadczeń opieki zdrowotnej. Negocjacje nie zmierzają do zawarcia umowy, lecz do ostatecznego ustalenia ceny za udzielane świadczenia oraz liczby planowanych świadczeń. Celem negocjacji nie jest ustalenie *essentialia negotii* umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz ostateczne ustalenie dwóch niezbędnych składników oferty zmierzające do wyłonienia najkorzystniejszej ze złożonych ofert. Również podpisanie protokołu końcowego z negocjacji nie stanowi gwarancji zawarcia umowy”. Wobec powyższego, wskazać należy na istnienie niekwestionowanego prawa do zgłaszania uwag do protokołu. W przedmiotowej sprawie nie uzupełniono rubryki „UWAGI” w protokole, tylko i wyłącznie dlatego, że Odwołujący nie zgłaszał takich uwag. Ponadto wskazania wymaga, że bezpośrednim celem negocjacji, zwłaszcza zaś ich rezultatem, nie jest zawarcie umowy ze świadczeniodawcą, lecz ostateczne ustalenie dwóch niezbędnych składników oferty zmierzające do wyłonienia najkorzystniejszej spośród złożonych ofert. Zauważyć należy, iż wyłonienie świadczeniodawcy w postępowaniu konkursowym ma na celu przede wszystkim realizację ustawowego zadania tj. zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przy

tym 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. Jednocześnie podkreślenia wymaga fakt, iż Odwołujący został zaproszony przez komisję konkursową do negocjacji w sprawie ustalenia liczby świadczeń opieki zdrowotnej, jak i ich ceny. Podpisanie zaś przez Odwołującego protokołu końcowego z negocjacji potwierdziło zbieżność stanowisk z oczekiwaniami stron. Wybranie w tym przypadku oferty Odwołującego spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Podkreślić przy tym należy, że istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

W żadnym postępowaniu prowadzonym przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, komisja konkursowa nie blokowała możliwości obniżenia ceny, jednakże zwłaszcza w zakresie negocjacji poniżej ceny oczekiwanej inicjatywa powinna była wyjść od oferenta. Skoro, jak twierdził Odwołujący, wbrew jego woli miałoby dojść do odmowy ze strony komisji konkursowej obniżenia ceny, oferent żądać winien wpisania tego do protokołu, co jednak nie miało miejsca. W tym stanie rzeczy, twierdzenia Odwołującego podnoszone dopiero po niezakwalifikowaniu jego oferty do zawarcia umowy, uznać należy za niezasadne.

Odwołując się do zarzutu Andrzeja Hajdasza, iż w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne doszło do naruszenia zasady równego traktowania oferentów przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zmiany harmonogramu udzielanych świadczeń, wskazać należy, co następuje.

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne, w stosunku do żadnego z oferentów biorących udział w ww. postępowaniu nie praktykował *„ponownego przeliczania punktów i dokonywania korekt po weryfikacji odpowiedzi dotyczących pytań rankingujących”*. Jak zauważył sam Odwołujący, po negocjacjach, w wyniku których zmniejszeniu uległa liczba świadczeń, harmonogram pracy personelu podlega korekcie do ustalonej liczby świadczeń, z zastrzeżeniem zgodności z odpowiedziami na pytania ankietowe. Bezzasadne było także twierdzenie Odwołującego, iż komisja konkursowa zobowiązała tego ostatniego do złożenia zmienionego harmonogramu udzielania świadczeń. Podczas prowadzenia negocjacji komisja konkursowa, jedynie informuje oferenta o możliwości złożenia skorygowanego harmonogramu. Takie poinformowanie oferenta nie zawiera znamion zobowiązania albowiem dla oferenta stanowi wyłącznie uprawnienie, a nie obowiązek do przedłożenia ww. harmonogramu. Fakt, iż Odwołujący przedłożył dnia 12 maja 2014 roku

oświadczenie, iż zobowiązuje się do dostarczenia do dnia 23 maja 2014 roku zmienionego harmonogramu udzielania świadczeń, dowodzi, iż Odwołujący skorzystał z przyznanego uprawnienia, nie stanowi natomiast podstawy do zmiany przyznanej Odwołującemu liczby punktów. Wskazać wreszcie należy, iż o pozycji oferenta w rankingu końcowym i tym samym o wyborze danej oferty decyduje suma punktów, jaką otrzymała oferta w dokonanej ocenie ofert, konfrontowana na dodatek z uwagi na ograniczone publiczne środki finansowe, z sumą punktów innych oferentów. Biorąc pod uwagę wyżej przytoczoną argumentację, za bezzasadny uznać należy także zarzut, iż dokonywany przez komisję konkursową system oceniania ofert narusza zasadę równości podmiotów biorących udział w postępowaniu. Wskazać bowiem należy, iż w odniesieniu do żadnego z oferentów składających oferty w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopuszczał zmiany oferty w zakresie warunków dodatkowo wymaganych, a tym bardziej nie przyznawał dodatkowych punktów, które miałyby wynikać z przeprowadzonej korekty. Wobec powyższego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie znajduje podstaw dla uwzględnienia twierdzenia Odwołującego, jakoby podmioty znajdujące się w jednakowej sytuacji i spełniające te same wymagania, nie otrzymały jednakowej liczby punktów z zakresie dotyczącym organizacji udzielania świadczeń.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego, w treści którego neguje on niemożność zmiany oferty po jej złożeniu, wskazać należy, co następuje.

Zgodnie z treścią załącznika nr 4 do zarządzenie Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, wśród wymagań podstawowych przewidzianych dla świadczeń ogólnostomatologicznych wskazuje się na konieczność proporcjonalności czasu pracy lekarzy w poradni do liczby etatów przeliczeniowych. Natomiast zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1 ww. zarządzenia, jako etat przeliczeniowy rozumieć należy liczbę punktów rozliczeniowych na miesiąc, przeznaczoną na wykonanie świadczeń stomatologicznych przez jednego lekarza udzielającego świadczeń w wymiarze czasu pracy określonym w ww. załączniku nr 4; kalkulacyjna wysokość etatu przeliczeniowego wynosi 12 000 punktów. Wobec powyższego, dla pełnego etatu, tygodniowa liczba godzin pracy lekarza, winna wynosić 36 h. Wobec faktu, iż Odwołujący składał ofertę na $\frac{3}{4}$ etatu przeliczeniowego, zmienił zatem harmonogram świadczeń, tak by wskazywał 22,5 h. Wskazać zatem należy, iż w przedmiotowej sprawie, dokonana przez Odwołującego zmiana harmonogramu udzielania świadczeń stanowi *de facto* zmianę czasu pracy lekarza, a zatem wiąże się ze zmianą oferty. Zgodnie z § 17 ust. 4 zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Nr 74/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oferent jest związany ofertą

do czasu rozstrzygnięcia postępowania. Z kolei ust. 1 powołanego paragrafu stanowi, iż oferent może uzupełnić złożoną przez siebie ofertę jednakże pod warunkiem, że oddział Funduszu otrzyma pisemne powiadomienie o uzupełnieniu oferty przed upływem terminu składania ofert. Mając na uwadze powyższe, nie można podzielić twierdzenia Odwołującego o możliwości zmiany złożonej w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 oferty.

Za zbyt daleko idący uznać należy także zarzut Odwołującego, iż zmiana wielkości kontraktu związana jest bezpośrednio z ilością sobót i liczby dni pracy lekarza w godzinach popołudniowych i jako mająca wymiar punktowy powinna podlegać korekcie już po przeprowadzeniu negocjacji. Wskazać bowiem należy na treść art. 142 ust. 6 pkt 1 i 2, zgodnie z którym, komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

- 1) liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Wskazany przepis nie pozostawia wątpliwości, co do przedmiotu negocjacji przeprowadzanych przez komisję konkursową. Ten ostatni nie obejmuje dodatkowo ocenianych warunków udzielania świadczeń. Nie można zatem podzielić twierdzeń Odwołującego w zakresie rozpatrywanego zarzutu albowiem prowadziłoby to do sytuacji, w której komisja konkursowa dopuszczałaby korektę oferty w zakresie wszystkich tych pytań ankietowych, które dotyczą organizacji udzielania świadczeń, za podstawę takich rozstrzygnięć przyjmując *per analogiam* brzmienie przepisu art. 142 ust. 6 pkt 1 i 2. Celem dokładnego wyjaśnienia analizowanego problemu należy poczynić uwagę natury ogólnej, iż warunki wymagane dla świadczeniodawców formułowane są w ten sposób, że można je spełniać albo nie, spełnianie warunków nie podlega stopniowaniu, ani tym bardziej nie podlega wykładni rozszerzającej.

Ponadto wskazać należy, iż Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie znajduje podstaw dla negocjowania warunków wyboru ofert, uznając te ostatnie za jednoznaczne, precyzyjne, pozbawione sprzeczności oraz niedyskryminujące oferenta wobec funduszu. Oferent, który w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kwalifikowany jest jako podmiot profesjonalnie trudniący się świadczeniem oferowanych przez siebie usług oraz jako przedsiębiorca w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (tekst jednolity; Dz. U. z 2013 r. poz. 672 ze zm.) zobowiązany jest do dokonania szczególnej staranności przy czynnościach związanych zawarciem ww. umowy oraz przestrzegania przewidzianych prawem warunków.

Odnosząc się do twierdzeń Odwołującego, iż jako jedyny spośród oferentów biorących udział w postępowaniu nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 gwarantował on rzeczywistą dostępność świadczeń stomatologicznych i powiązanych świadczeń radiologicznych, wskazać należy, co następuje.

Wyraźnego wskazania wymaga fakt, iż na podstawie zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o

udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Nr 74/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, RTG nie jest warunkiem wymaganym, dla udzielania świadczeń, czyli nie można go kreować, jak czyni to Odwołujący, jako *quasi* wymagany. Inaczej Fundusz miałby prawo zawrzeć umowy tylko z podmiotami, które spełniałyby warunki dodatkowe ponad wymagane. Takie kreowanie dodatkowych warunków narusza zasadę równego traktowania oferentów wyrażoną w art. 134 ust. 1 Ustawy, gdyż niedopuszczalne jest stosowanie do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców.

Ponadto zgodnie z brzmieniem § 2 pkt 5 zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Nr 74/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przez lokalizację rozumie się budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielanie świadczeń, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Jak przyznaje sam Odwołujący, posiadanie RTG w lokalizacji było kryterium dodatkowo punktowanym. Powyższemu twierdzeniu Odwołującego nie można odmówić słuszności, jednak zasadnym jest także wskazanie, iż Odwołujący w części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO, na pytanie w rozdziale 4.1.1 o treści: „Czy oferent zapewnia aparat rtg lub radiowizjograf- w lokalizacji?” udzielił odpowiedzi „NIE”. Wobec powyższego wskazać należy, iż spostrzeżenia Odwołującego, że „*zmuszenie pacjentów do dojazdów do Poznania w celu wykonanie zdjęć RTG z pewnością zostanie przez pacjentów odebrane jako pogorszenie jakości i dostępności świadczeń stomatologicznych*”, są tylko subiektywnym odczuciem Odwołującego, które nie mają wpływu na jakość i dostępność usług stomatologicznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Przyjmując dalej ocenę prawną i wskazania co do dalszego postępowania zawarte w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 15 marca 2017 roku (sygn. akt II SA/Po 134/17) oraz wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 września 2017 roku (sygn. akt II GSK 2580/17) wskazać należy, co następuje.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego, iż w postępowaniu nr 15-14- 000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1, dokonano wyboru oferenta tj. Alicji Popioł - Synorackiej i Wiktora Synorackiego, którego oferta podlegała odrzuceniu albowiem oferent ten nie spełniał warunków koniecznych dla prowadzenia działalności leczniczej, gdyż nie dopełnił obowiązku zawarcia obowiązkowej umowy odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, stwierdzić należy, iż zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy odrzuca się ofertę, jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków

określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3. Wskazać jednocześnie należy na brzmienie art. 136b ust. 1 pkt 1 Ustawy, w myśl którego świadczeniodawca będący podmiotem wykonującym działalność leczniczą podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217). Z kolei po myśli art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a przedmiotowej ustawy, podmiot leczniczy jest obowiązany zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Podkreślenia wymaga, iż zgodnie z art. 25 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia działalności leczniczej. Stosownie z kolei do regulacji zawartej w ust. 3 przedmiotowego artykułu kierownik niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1, przekazuje organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 100, dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela. W tym miejscu podkreślenia wymaga obowiązek wpisania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą informacji dotyczących ubezpieczenia, o których mowa w ww. art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, wynikający z przepisu art. 106 ust. 3 pkt 13 ustawy o działalności leczniczej.

Dla oceny prawidłowości postępowania komisji konkursowej niezbędna jest analiza przepisów zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 57/2013/DSOZ z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jak wskazał Wojewódzki Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 15 marca 2017 roku (sygn. akt II SA/Po 134/17), a Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uznając to związanie ww. wyrokiem przyjmuje niespełnienie przez oferenta Alicja Popioł-Synoracka, Wiktor Synoracki warunku wymaganego, o którym stanowi § 13 ust. 1 pkt 6 zarządzenia nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co powinno być uznane przez komisję konkursową za podstawę odrzucenia tejże oferty na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy. Przedmiotowe zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jako akt wewnętrznego kierownictwa należy uznać za bezwzględnie wiążący dla komisji konkursowych w zakresie, w jakim nie pozostaje w sprzeczności z aktami stanowienia prawa odnośnie przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 13 ust. 1 pkt 6 tego zarządzenia, oferta w formie pisemnej powinna zawierać m.in. kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy; oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie, stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy. Natomiast w myśl art. 136b ust. 1 pkt 1 Ustawy świadczeniodawca będący podmiotem wykonującym działalność leczniczą podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności

cywilnej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Stosownie zaś do art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy o działalności leczniczej, podmiot leczniczy obowiązany jest zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 tejże ustawy umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Zgodnie zaś art. 25 ust. 2 przedmiotowej ustawy obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

Skoro zatem zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 57/2013/DSOZ z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest aktem wydanym na podstawie upoważnienia ustawowego regulującym przebieg postępowania konkursowego, to co za tym idzie wykładnia jego przepisów musi zapewniać realizację ustawowych zasad. Dokonując oceny przewidzianej w przedmiotowym zarządzeniu dopuszczalności złożenia przez oferenta umowy przedwstępnej lub innego dokumentu, w tym oświadczenia stwierdzającego, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy stwierdzić w tym miejscu należy, iż dotyczy ona jedynie tych sytuacji, w których na ofercie nie ciążył obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w przepisach ustawy o działalności leczniczej, tj. wyłącznie podmiotu, który na dzień złożenia oferty nie wykonywał jeszcze działalności leczniczej.

Biorąc powyższe ustalenia pod uwagę stwierdzić należy, iż po ponownym rozpoznaniu odwołania Odwołującego dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne, wniesionego przez Andrzeja Hajdasza, prowadzącego indywidualną praktykę lekarską w Buku (64-320) przy ul. Dworcowej 34/2, na skutek wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 15 marca 2017 roku, sygn. akt: II SA/Po 134/17 uchylającego decyzję nr 72/2014/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lipca 2014 roku i poprzedzającą ją decyzję nr 53/2014/O Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2014 roku, od którego to wyroku skarga kasacyjna Syndent W. Synoracki sp. j. (poprzednio Alicja Popioł-Synoracka, Wiktor Synoracki Syndent s.c.) z siedzibą w Poznaniu (60-396) przy ul. Bukowskiej 84/3 została oddalona wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 26 września 2017 roku, sygn. akt: II GSK 2580/17, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia stwierdza, iż w odwołaniu wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 30 czerwca 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne w sposób naruszający interes prawny Odwołującego. Naruszenie zasad postępowania nastąpiło wskutek dopuszczenia do postępowania oferty, która winna podlegać

obligatoryjnemu odrzuceniu. Powyższe miało wpływ na wynik postępowania i tym samym spowodowało naruszenie interesu prawnego Odwołującego, a to z tego powodu, że Odwołujący nie został wskazany w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego nr 15-14-000287/STM/07/1/07.0000.218.02/1 z dnia 23 maja 2014 r. jako ten, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne.

Wobec powyższego należy uwzględnić wniesione odwołanie i orzeczone jak w sentencji.

[Signature]
Hanna Philips (1)

POUCZENIE

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity; Dz. U. 2017, poz. 1938 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 5 egzemplarzach:

1. Odwołujący Andrzej Hajdasz. – 1 egz.,
2. SYNDENT W. Synoracki sp. j. – 1 egz.
3. Dorota Mazurkiewicz-Bor – 1 egz.,
4. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Anna Marciniak-Pilarska – Wydział Organizacyjny.