

WO-DP.422.93.2018

Poznań, dnia 25 września 2018 r.

**DECYZJA NR 81 /2018/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 2018 r. poz. 1510 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 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) na obszarze powiatów: kolskiego, m. Konin, konińskiego, słupeckiego i tureckiego, wniesionego przez Radomiła Hanca prowadzącego działalność leczniczą pod nazwą Poradnie Specjalistyczne „MEDICA” Radomił Hanc z siedzibą w Koninie (62-510), ul. Chopina 23A, postanawiam

**oddalić odwołanie w całości.**

**UZASADNIENIE**

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dalej zwanej: „Ustawą” lub „ustawą o świadczeniach” 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 4 lipca 2018 roku postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) na obszarze powiatów: kolskiego, m. Konin, konińskiego, słupeckiego i tureckiego.

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 171 600,00 złotych na okres rozliczeniowy od dnia 1 października 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, to 3 (słownie: trzy).

Na podstawie art. 151 ust. 1 Ustawy, w dniu 31 sierpnia 2018 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 7 września 2018 roku do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie wniesione przez Radomiła Hancę prowadzącego działalność leczniczą pod nazwą Poradnie Specjalistyczne „MEDICA” Radomił Hanc z siedzibą w Koninie (62-510) przy ul. Chopina 23A (zwanych dalej: „Odwołującym”) dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia

2018 roku postępowania w trybie konkursu ofert nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01. Odwołanie wniesione zostało w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe), Odwołujący zarzuca Komisji konkursowej naruszenie:

1. art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy poprzez niewybranie złożonej przez niego oferty, pomimo spełnienia warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 Ustawy;
2. §15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 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 poprzez niezaproszenie do negocjacji oferenta spełniającego warunki wymagane, co mogło zaburzyć wybór najlepszych ofert spełniających kryteria postępowania ofertowego;
3. art. 134 w zw. z art. 142 ust. 5 pkt 1 Ustawy, poprzez naruszenie zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, zachowania podczas postępowania uczciwej konkurencji, porównania ofert według kryteriów wskazanych w art. 148 Ustawy, a także reguły wyboru oferty lub większej liczby ofert, zapewniających ciągłość udzielania świadczeń, kompleksowość, najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia i jakości udzielanych świadczeń.

Wskazując na powyższe zarzuty Odwołujący wnosi o ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) oraz o umożliwienie wglądu w dokumentację z postępowania konkursowego, co jak podkreśla zostało mu utrudnione na etapie postępowania konkursowego i naruszało art. 135 ust. 2 pkt 2 Ustawy w zakresie w jakim uniemożliwiono Odwołującemu zapoznania się z treścią ofert, co w konsekwencji doprowadziło do braku możliwości weryfikacji ofert podmiotów wybranych przez Komisję konkursową. Zdaniem Odwołującego art. 135 Ustawy w zakresie objętym swoim normowaniem rozszerza zakres jawności względem art. 5 ust. 1 i 2 ustawy o dostępie do informacji publicznej. Odwołujący zwraca również uwagę, że w latach 2014-2018, udzielał w ramach kontraktu z NFZ świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) w ilości znacznie przekraczającej zakontraktowane limity.

Dnia 24 września 2018 r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło uzupełnienie oferty z dnia 18 września 2018 r. dotyczące postępowania nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 złożone przez oferenta Jerzego Emila Olasa, ul. Łąkowa 5A,

62-700 Turek. Pismo zostało złożone po terminie, co stanowi że stało się bezprzedmiotowe w toczącym się postępowaniu.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego pismami z dnia 10 września 2018 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 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01, 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 19 września 2018 roku z uprawnienia wglądu w akta sprawy skorzystał Odwołujący. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 25 września 2018 roku.

**Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 31 sierpnia 2018 roku postępowania numer 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) na obszarze powiatów: kolskiego, m. Konin, konińskiego, słupeckiego i tureckiego, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację oraz zarzuty przywołane w złożonym odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 oraz dokumentacja wytworzona przez Komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.**

W postępowaniu nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 września 2023 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) na obszarze powiatów: kolskiego, m. Konin, konińskiego, słupeckiego i tureckiego, złożone zostały oferty przez 4 oferentów na 5 miejsc udzielania świadczeń:

1. oferta numer: 15-18-000493[04/1]-0001/00 złożona przez oferenta Wiolettę Mażwę,  
ul. Kwiatowa 10, 62-510 Wola Podłęzna;
2. oferta numer: 15-18-000493[04/1]-0002/00 złożona przez oferenta Jerzego Emila Olasa,  
ul. Łąkowa 5A, 62-700 Turek;
3. oferta numer: 15-18-000493[04/1]-0003/00 złożona przez oferenta Radomiła Hanca,



ul. Chopina 23A, 62-510 Konin;

4. oferta numer: 15-18-000493[04/1]-0004/00 złożona przez oferenta Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk Spółka Jawna, ul. Wojska Polskiego 33, 62-500 Konin, obejmująca dwa miejsca udzielania świadczeń:
  - ul. Wojska Polskiego 33B, 62-500 Konin;
  - ul. Józefa Poniatowskiego 25, 62-600 Koło.

Postępowanie nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (t. j. Dz. U. z 2013 roku, poz. 1386 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 roku, poz. 1980 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 ze zm.);
- zarządzenia Nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- zarządzenia Nr 30/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2018 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”;
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami);

o czym to informacja znalazła się w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu z dnia 4 lipca 2018 roku.

Komisja konkursowa prowadząca postępowanie numer 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w trakcie części jawnej postępowania wezwała do uzupełnienia braków formalnych pod rygorem odrzucenia oferty dwóch oferentów oraz przeprowadziła weryfikację u czterech oferentów. Braki formalne uzupełniono

w terminie. Odrzuciła w całości jedną ofertę numer 15-18-000493[04/1]-0001/00 złożoną przez oferenta Wioletta Mażwa z powodu niespełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 Ustawy. Do części niejawnego postępowania zakwalifikowano zatem 3 (słownie: trzech) oferentów, jako spełniających wymagane warunki.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych przez pozostałych oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania nie skutkował dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert”, oceny i porównania ofert.

Stosownie do dyspozycji zawartych w art. 148 Ustawy oraz § 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny ofert dokonywano według następujących kryteriów (oferent miał możliwość wyboru jednej spośród wskazanych odpowiedzi):

### 1. Jakość udzielanych świadczeń:

#### a) kategoria „Personel”:

- lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej - równoważnik co najmniej 1 etatu:
  - tak (24,00 punkty);
  - nie (brak punktów);
- lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci lub młodzieży, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie dzieci i młodzieży - równoważnik co najmniej 1 etatu:
  - tak (16,00 punkty);
  - nie (brak punktów);
- psycholog kliniczny [jedna odpowiedź do wyboru]:
  - równoważnik co najmniej 1 etatu (12,00 punktów);
  - równoważnik co najmniej ½ etatu (8,00 punktów);
  - żadne z powyższych (brak punktów);
- logopeda, osoba o której mowa w lp. 4 w pkt 6 w ust. 1 w pkt 6 załącznika nr 6 rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego lub pedagog specjalny – równoważnik co najmniej ½ etatu:
  - tak (6,00 punktów);

- nie (brak punktów);
- osoba prowadząca psychoterapię - równoważnik co najmniej 1 etatu:
  - tak (12,00 punktów);
  - nie (brak punktów);
- b) kategoria „Realizacja wybranych świadczeń”:
  - porady w miejscu pobytu świadczeniobiorcy [jedna odpowiedź do wyboru]:
    - udział wizyt lub porad domowych, środowiskowych lub miejscowych, lub zamiejscowych, udzielanych poza miejscem udzielania świadczeń, co najmniej 50% ogółu świadczeń udzielonych przez zespół leczenia środowiskowego, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (0,50 punktu);
    - udział wizyt lub porad domowych, środowiskowych lub miejscowych, lub zamiejscowych, udzielanych poza miejscem udzielania świadczeń, co najmniej 70% ogółu świadczeń udzielonych przez zespół leczenia środowiskowego, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (1,00 punkt);
- c) kategoria „Monitorowanie procesu psychoterapii”:
  - superwizja psychoterapii – w lokalizacji:
    - tak (6,00 punktów);
    - nie (brak punktów);
- d) kategoria „Jakość - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”:
  - udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie:
    - tak (1,00 punkt ujemny);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli:
    - tak (1,00 punkt ujemny);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach:
    - tak (1,00 punkt ujemny);
    - nie (brak punktów ujemnych);
  - pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:
    - tak (1,00 punkt ujemny);

- nie (brak punktów ujemnych);
- niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli:
  - tak (1,00 punkt ujemny);
  - nie (brak punktów ujemnych);
- udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową:
  - tak (2,00 punkty ujemne);
  - nie (brak punktów ujemnych);
- przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli:
  - tak (2,00 punkty ujemne);
  - nie (brak punktów ujemnych);
- niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
  - tak (1,00 punkt ujemny);
  - nie (brak punktów ujemnych);
- stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach:
  - tak (1,00 punkt ujemny);
  - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty:
  - tak (1,50 punktu ujemnego);
  - nie (brak punktów ujemnych);
- nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym:
  - tak (1,50 punktu ujemnego);
  - nie (brak punktów ujemnych);
- e) kategoria „Jakość – pozostałe warunki”:
  - świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy



o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku;

- tak (3,00 punkty);
- nie (brak punktów);
- zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:
  - tak (1,50 punktu);
  - nie (brak punktów);
- zewnętrzna ocena – systemy zarządzania – certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji:
  - tak (1,50 punktu);
  - nie (brak punktów);

2. Dostępność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych:
  - tak (2,00 punkty);
  - nie (brak punktów);
- odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu:
  - tak (2,00 punkty);
  - nie (brak punktów);
- czas pracy poradni w tygodniu [jedna odpowiedź do wyboru]:
  - powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie (1,00 punkt),
  - powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie (2,00 punkty),
  - powyżej 48 godzin (3,00 punkty);

3. Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej:

- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
  - tak (1,00 punkt);
  - nie (brak punktów);
- w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy [jedna odpowiedź do wyboru]:
  - proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat (2,00 punkty);

- proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat (4,00 punkty);
  - żadne z powyższych (brak punktów);
4. Inne warunki oceniane – część wspólna:
- współpraca z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r:
    - tak (2,00 punkty);
    - nie (brak punktów);
5. Cena świadczeń opieki zdrowotnej – obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia (maksymalnie 3,00 punkty).

Odnosząc się do kryterium ceny wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert:

- podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferowanej przez oferenta z ceną oczekiwaną przez Fundusz,
- ceną oczekiwaną przez Fundusz jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

$$A \begin{cases} C_{of} < C_{min} \\ y_c = s \end{cases}$$

$$B \begin{cases} C_{of} \geq C_{min} \\ y_c = \frac{s(C_{maks} - C_{of})}{C_{maks} - C_{min}} \end{cases}$$

gdzie:

$y_c$  - liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny,

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

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

$C_{of}$  - cena zaproponowana przez oferenta,

$C_{NFZ}$  - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 31 sierpnia 2018 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmiot, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) na obszarze powiatów: kolskiego, m. Konin, konińskiego, słupeckiego i tureckiego, wskazano oferenta Centrum Medyczne „MULTIMED” Tadeusz Jucyk Spółka Jawna z dwoma miejscami udzielania świadczeń tj. ul. Wojska Polskiego 33B w Koninie i ul. Józefa Poniatowskiego 25 w Kole oraz Jerzego Emila Ołasa z miejscem udzielania świadczeń zlokalizowanym w Turku przy ul. Łąkowej 5A.

Komisja konkursowa nie wybrała oferty Odwołującego, z powodu wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu postępowania oraz maksymalnej liczby umów przewidzianych do zawarcia i wyborze ofert, które uzyskały większą liczbę punktów w rankingu końcowym ofert. Należy w tym miejscu wskazać, że po dokonaniu szczegółowej analizy pozostałych ofert złożonych w postępowaniu nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 i zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania konkursowego ranking końcowy przedstawiał się następująco:

| RANKING KOŃCOWY (status pozycji oferty malejąco wg łącznej liczby punktów oceny) |                                                      |                                                                                    |                                                         |                  |        |               |            |          |      |                             |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|--------|---------------|------------|----------|------|-----------------------------|--------------------------|
| LP.                                                                              | POZYCJA OFERTY W RANKINGU<br>I<br>NAZWA OFERENTA     | ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ                                                 | CEN<br>A<br>JEDN<br>OSTK<br>I<br>ROZŁ.<br>ICZ.<br>(ZŁ.) | PUNKTACJA        |        |               |            |          |      | ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY | DECYZJA O WYBRANIU OFERT |
|                                                                                  |                                                      |                                                                                    |                                                         | ZA OFERTĘ CENOWĄ | JAKOŚĆ | KOMPLEKSOWOŚĆ | DOSTĘPNOŚĆ | CIĄGŁOŚĆ | INNE |                             |                          |
| 1                                                                                | Centrum Medyczne Multimед Tadeusz Jucyk Spółka Jawna | Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego) ul. Wojska Polskiego 33B 62-500 Konin    | 8,00                                                    | 1,50             | 47,00  | 0,00          | 5,00       | 0,00     | 0,00 | 53,50                       | TAK                      |
| 2                                                                                | Centrum Medyczne Multimед Tadeusz Jucyk Spółka Jawna | Zespół Leczenia Środowiskowego (domowego) ul. Józefa Poniatowskiego 25 62-600 Koło | 8,00                                                    | 1,50             | 35,50  | 0,00          | 5,00       | 1,00     | 1,00 | 43,00                       | TAK                      |
|                                                                                  | Jerzy Emil Ołás                                      | Zespół Leczenia Środowiskowego                                                     | 8,00                                                    | 1,50             | 1,00   | 0,00          | 6,00       | 1,00     | 0,00 | 9,50                        | TAK                      |

|   |              |                                                                                    |      |      |      |      |      |      |      |      |     |
|---|--------------|------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| 3 |              | (domowego)<br>ul. Łąkowa 5A<br>62-700 Turek                                        |      |      |      |      |      |      |      |      |     |
| 4 | Radomił Hanc | Zespół Leczenia<br>Środowiskowego<br>(domowego)<br>ul. Chopina 23A<br>62-510 Konin | 7,60 | 2,25 | 1,00 | 0,00 | 5,00 | 1,00 | 0,00 | 9,25 | NIE |

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 w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. W postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) pytania ankietowe opracowane zostały zgodnie z treścią Tabeli nr 1 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, cz. 47. „Leczenie środowiskowe (domowe)” oraz Tabeli nr 2 „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - część wspólna” załącznika nr 4 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert oraz zgodnie z treścią rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII Formularza Ofertowego „Ankiety” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku):

**Oferent: Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk Spółka Jawna, ul. Wojska Polskiego 33, 62-500 Konin**

**miejsce udzielania świadczeń: ul. Józefa Poniatowskiego 25, 62-600 Koło**

**I. W zakresie kryterium jakość:**

**1) kategoria 1. Personel:**

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał 24,00 punkty;
- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci lub młodzieży, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub

lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie dzieci i młodzieży - równoważnik co najmniej 1 etatu za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował psychologa klinicznego – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymał 8,00 punktów;
- zadeklarował logopedę, osobę o której mowa w lp. 4 w pkt 6 w ust. 1 w pkt 6 załącznika nr 6 rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego lub pedagoga specjalnego – równoważnik co najmniej ½ etatu za co otrzymałby 6,00 punktów, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie przyznaniem punktów;
- nie zadeklarował osoby prowadzącej psychoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;

2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:

- na pytanie o porady w miejscu pobytu świadczeniobiorcy udzielił odpowiedzi „udział wizyt lub porad domowych, środowiskowych lub miejscowych, lub zamiejscowych, udzielanych poza miejscem udzielania świadczeń, co najmniej 50% ogółu świadczeń udzielonych przez zespół leczenia środowiskowego, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie”, za co otrzymał 0,50 punktu;

3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:

- nie zadeklarował superwizji psychoterapii – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;

4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował obciążenia świadczenioborców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczenioborców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;



- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało 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 poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- 5) kategoria 5. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie zewnętrzna – systemy zarządzania, zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,50 punktu;
- w punkcie zewnętrzna ocena – systemy zarządzania, zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1,50 punktu;

**II. W zakresie kryterium dostępność:**

- zadeklarował posiadanie na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty;
- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu – powyżej 48 godzin, za co otrzymał 3,00 punkty;

III. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 1,00 punkt;
- na pytanie, czy w dniu złożenia oferty, oferent zadeklarował, iż realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie udzielił odpowiedzi „Żaden z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

IV. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31le ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie kryterium ceny - oferent Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk Spółka Jawna, dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Kole przy ul. Józefa Poniatowskiego 25, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł za co otrzymał 1,50 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

W zakresie warunków wymaganych oferent 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.

**Oferent: Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk Spółka Jawna, ul. Wojska Polskiego 33, 62-500 Konin**

**miejsce udzielania świadczeń: ul. Wojska Polskiego 33B, 62-500 Konin**

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria I. Personel:

- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał 24,00 punkty;
- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie

psychiatrii dzieci lub młodzieży, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie dzieci i młodzieży - równoważnik co najmniej 1 etatu za co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował psychologa klinicznego – równoważnik co najmniej 1/2 etatu, za co otrzymał 8,00 punktów;
  - zadeklarował logopedę, osobę o której mowa w lp. 4 w pkt 6 w ust. 1 w pkt 6 załącznika nr 6 rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego lub pedagoga specjalnego – równoważnik co najmniej 1/2 etatu za co otrzymałby 6,00 punktów, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie przyznaniem punktów;
  - zadeklarował osobę prowadzącą psychoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co otrzymał 12,00 punktów;
- 2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:
- na pytanie o porady w miejscu pobytu świadczeniobiorcy udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
- 3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:
- nie zadeklarował superwizji psychoterapii – w lokalizacji, za co nie otrzymał punktów;
- 4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował obciążenia świadczenioborców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczenioborców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało 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 poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

### 5) kategoria 5. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie zewnętrzna – systemy zarządzania, zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co otrzymał 1,50 punktu;
- w punkcie zewnętrzna ocena – systemy zarządzania, zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co otrzymał 1,50 punktu;

### II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował posiadanie na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty;
- nie zadeklarował posiadania odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu – powyżej 48 godzin, za co otrzymał 3,00 punkty;

III. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymałby 1,00 punkt, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „Żaden z powyższych”, co skutkowało nie przyznaniem punktu;
- na pytanie, czy w dniu złożenia oferty, oferent zadeklarował, iż realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie udzielił odpowiedzi „Żaden z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

IV. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie kryterium ceny - oferent Centrum Medyczne Multimed Tadeusz Jucyk Spółka Jawna, dla miejsca udzielania świadczeń zlokalizowanego w Koninie przy ul. Wojska Polskiego 33B, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł za co otrzymał 1,50 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

W zakresie warunków wymaganych oferent 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.

**Oferent: Jerzy Emil Olas, ul. Łąkowa 5A, 62-700 Turek**

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria I. Personel:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci lub młodzieży, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie dzieci i młodzieży - równoważnik co najmniej



- 1 etatu za co otrzymałby 16,00 punktów, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie przyznaniem punktów;
- na pytanie o psychologa klinicznego udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował logopedę, osobę o której mowa w lp. 4 w pkt 6 w ust. 1 w pkt 6 załącznika nr 6 rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego lub pedagoga specjalnego – równoważnik co najmniej ½ etatu, za co otrzymałby 6,00 punktów, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie przyznaniem punktów;
  - nie zadeklarował osoby prowadzącej psychoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- 2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:
- na pytanie o porady w miejscu pobytu świadczeniobiorcy udzielił odpowiedzi „udział wizyt lub porad domowych, środowiskowych lub miejscowych, lub zamiejscowych, udzielanych poza miejscem udzielania świadczeń, co najmniej 70% ogółu świadczeń udzielonych przez zespół leczenia środowiskowego, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie”, za co otrzymał 1,00 punkt;
- 3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:
- zadeklarował superwizję psychoterapii – w lokalizacji, za co otrzymałby 6,00 punktów, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie przyznaniem punktów;
- 4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało 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 poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

5) kategoria 5. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie zewnętrzna – systemy zarządzania, nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie zewnętrzna ocena – systemy zarządzania, nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował posiadanie na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty;

- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 1,00 punkt;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu – powyżej 36 godzin do 48 godzin włącznie, za co otrzymał 3,00 punkty;

III. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 1,00 punkt;
- na pytanie, czy w dniu złożenia oferty, oferent zadeklarował, iż realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie udzielił odpowiedzi „Zaden z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

IV. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;

V. W zakresie kryterium ceny - oferent Jerzy Emil Olas, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 8,00 zł za co otrzymał 1,50 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

W zakresie warunków wymaganych oferent 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.

**Odwolujący: Radomił Hanc, ul. Chopina 23A, 62-510 Konin**

I. W zakresie kryterium jakość:

1) kategoria I. Personel:

- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie

psychiatrii dzieci lub młodzieży, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie dzieci i młodzieży - równoważnik co najmniej 1 etatu za co nie otrzymał punktów;

- na pytanie o psychologa klinicznego udzielił odpowiedzi „Żadna z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;
  - zadeklarował logopedę, osobę o której mowa w lp. 4 w pkt 6 w ust. 1 w pkt 6 załącznika nr 6 rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego lub pedagoga specjalnego – równoważnik co najmniej ½ etatu za co otrzymałby 6,00 punktów, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie przyznaniem punktów;
  - nie zadeklarował osoby prowadzącej psychoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu, za co nie otrzymał punktów;
- 2) kategoria 2. Realizacja wybranych świadczeń:
- na pytanie o porady w miejscu pobytu świadczeniobiorcy udzielił odpowiedzi „udział wizyt lub porad domowych, środowiskowych lub miejscowych, lub zamiejscowych, udzielanych poza miejscem udzielania świadczeń, co najmniej 70% ogółu świadczeń udzielonych przez zespół leczenia środowiskowego, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie”, za co otrzymał 1,00 punkt;
- 3) kategoria 3. Monitorowanie procesu terapii uzależnień:
- zadeklarował superwizję psychoterapii – w lokalizacji, za co otrzymałby 6,00 punktów, przy czym w świetle udzielonych wyjaśnień, decyzją Komisji konkursowej zmieniono odpowiedź na „NIE”, co skutkowało nie przyznaniem punktów;
- 4) kategoria 4. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem 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, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
  - nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało 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 poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieprzyznaniem punktów ujemnych;

5) kategoria 5. Pozostałe warunki:

- nie zadeklarował, że świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie zewnętrzna – systemy zarządzania, nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie otrzymał punktów;
- w punkcie zewnętrzna ocena – systemy zarządzania, nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie otrzymał punktów;

II. W zakresie kryterium dostępność:

- zadeklarował posiadanie na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego ogólnodostępnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, za co otrzymał 2,00 punkty;



- zadeklarował posiadanie odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 2,00 punkty;
- zadeklarował czas pracy poradni w tygodniu – powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie, za co otrzymał 1,00 punkt;

### III. W zakresie kryterium ciągłość:

- zadeklarował, iż w dniu złożenia oferty, realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 1,00 punkt;
- na pytanie, czy w dniu złożenia oferty, oferent zadeklarował, iż realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie udzielił odpowiedzi „Żaden z powyższych”, za co nie otrzymał punktów;

### IV. W zakresie innych warunków:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją – świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania – dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r., za co nie otrzymał punktów;

### V. W zakresie kryterium ceny - oferent Radomił Hanc, zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej na poziomie 7,60 zł za co otrzymał 2,25 punktu w dokonywanej ocenie oferty z uwzględnieniem kryterium ceny.

W zakresie warunków wymaganych oferent 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.

Odnosząc się kolejno do zarzutów i argumentacji powoływanej przez Odwołującego w treści złożonego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr: 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) na obszarze powiatów: kołskiego, m. Konin, konińskiego, słupeckiego i tureckiego, należy wskazać, co następuje.

W odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy poprzez niewybranie oferty Odwołującego pomimo spełnienia warunków wymaganych określonych przepisami prawa w pierwszej kolejności wyjaśnić należy, że Komisja konkursowa w trakcie postępowania konkursowego nie odrzuciła oferty Odwołującego na podstawie art. 149 Ustawy, a zatem nie mogło dojść do jego naruszenia. Komisja konkursowa nie stwierdziła także braku spełnienia przez Odwołującego lub jego ofertę warunków

określonych w przepisach prawa lub szczegółowych warunków udzielania świadczeń określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, a fakt uznania przez Komisję konkursową spełnienia wszystkich wymaganych warunków formalnych został potwierdzony poprzez zakwalifikowanie oferty Odwołującego do części niejawnego postępowania oraz dokonanie na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oceny i porównania oferty Odwołującego z pozostałymi ofertami. Oferta Odwołującego nie została odrzucona, a jedynie ze względu na otrzymanie łącznie najniższej punktacji oraz większą liczbę oferentów od możliwej do zawarcia przez Fundusz liczby umów, w wyniku przeprowadzenia postępowania konkursowego, nie została wybrana, co nie jest tożsame z odrzuceniem oferty na podstawie art. 149 Ustawy.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła, podając z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku, 9,25 pkt, podczas gdy ostatni oferent wskazany jako ten, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawrze umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) na obszarze powiatów: kołskiego, m. Konin, konińskiego, słupeckiego i tureckiego otrzymał 9,50 pkt. W tym miejscu wskazania wymaga, iż 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. W ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert z dnia 4 lipca 2018 roku Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazał, iż po przeprowadzeniu ww. postępowania zawrze maksymalnie 3 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym wyjaśnić należy, iż jedna umowa jest w tym przypadku rozumiana jako jedno miejsce udzielania świadczeń, bowiem w ofercie obejmującej więcej niż jedno miejsce udzielania świadczeń, każde miejsce oceniane jest osobno. Zatem w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia mógł zawrzeć nie więcej niż 3 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) i to z oferentami, których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów w rankingu końcowym. Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż wybór wskazanych w rankingu końcowym miejsc udzielania świadczeń wyczerpał zarówno liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 zostaną zawarte po jego przeprowadzeniu, jak również wyczerpał środki finansowe przeznaczone

na udzielanie świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe), w wyniku przeprowadzonego postępowania.

O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała punktacja, jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskali oferenci wybrani w rankingu ofert. Komisja konkursowa dokonywała oceny ofert w oparciu o deklaracje oferentów złożone w formularzach ofertowych poparte analizami danych posiadanych przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w systemie informatycznym służącym do gromadzenia danych sprawozdanych przez świadczeniodawców z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto oferenci przedkładali stosowne umowy, polisy, certyfikaty potwierdzające spełnianie zadeklarowanych warunków.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia przez Komisję konkursową przepisu § 15 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, poprzez nieprzeprowadzenie negocjacji z Odwołującym w zakresie ceny i liczby świadczeń uznać należy za bezzasadny. Odwołujący został zaproszony do negocjacji dotyczących ustalenia ostatecznej ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej na dzień 28 sierpnia 2018 r. Ponadto wskazać należy, iż potwierdzeniem przeprowadzenia negocjacji z Odwołującym jest dokument „Protokół końcowy z negocjacji”, autoryzowany własnoręcznym podpisem Odwołującego oraz członków Komisji i dołączony do dokumentacji postępowania nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego naruszenia art. 134 w zw. z art. 142 ust. 5 pkt 1 Ustawy, poprzez naruszenie zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców i zachowania podczas postępowania uczciwej konkurencji, należy wskazać co następuje.

Art. 134 Ustawy stanowi, że Fundusz obowiązany jest zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a ponadto na takich samych zasadach udostępniać świadczeniodawcom wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest m. in. określona w art. 148 ust.3 Ustawy delegacja do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia określającego szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż każdy z oferentów biorących udział w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiada

na te same pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym, a w zależności od udzielonej odpowiedzi przyznawana jest mu odpowiednia ilość punktów, określona (w zależności od rodzaju świadczeń będących przedmiotem umów) we właściwym załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W niniejszym postępowaniu jest to załącznik numer 4 „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”. Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert m. in. w oparciu o oświadczenia i dokumenty w nich zawarte. Każdy z oferentów ponosi odpowiedzialność za treść złożonej oferty i jest zobowiązany przygotować ją z należytą starannością. Odpowiedzi ankietowe mają istotny wpływ na ocenę składanych ofert. W miejscu tym podkreślenia wymaga, że ustawodawca stworzył silnie sformalizowany tryb przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest brak możliwości dokonywania oceny rozstrzygnięcia Komisji konkursowych na zasadzie słuszności bądź uznaniowości. Art. 139 ust. 4 Ustawy, przyznaje Dyrektorowi Wojewódzkiego Oddziału Funduszu kompetencje do powoływania i odwoływania Komisji w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tryb działania Komisji konkursowej określa rozporządzenie 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 wydane na podstawie ustawowej delegacji zawartej w ust. 9 art. 139 Ustawy. Dyspozycja § 9 ust. 3 i 4 ww. rozporządzenia wskazuje, iż Komisja konkursowa podejmuje uchwały w obecności co najmniej  $\frac{2}{3}$  jej składu w drodze jawnego głosowania zwykłą większością głosów. Celem zachowania równego traktowania świadczeniobiorców, zasady przyjęte w uchwałach stosowane są w odniesieniu do wszystkich sytuacji, które spełniały opisane w uchwałach okoliczności. Ponadto zgodnie z art. 134 ust. 2 Ustawy wszelkie wymagania i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem konkursowym nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim oferentom na tych samych zasadach, dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Taki sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich Oferentów. Przenosząc powyższe na sytuację Odwołującego należy wskazać, iż Komisja konkursowa zgodnie z art. 148 Ustawy oraz na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert dokonała porównania 3 (z wyjątkiem jednej odrzuconej) ofert złożonych w toku postępowania konkursowego nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 pod względem jakości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym jedna oferta została złożona na dwa miejsca udzielania świadczeń, uzyskania O miejscu w rankingu końcowym zdecydowała



punktacja, jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie wskazane kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskali oferenci wybrani w rankingu ofert. Komisja konkursowa dokonywała oceny ofert w oparciu o deklaracje oferentów złożone w formularzach ofertowych poparte analizami danych posiadanych przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w systemie informatycznym służącym do gromadzenia danych sprawozdanych przez świadczeniodawców z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto oferenci przedkładali stosowne umowy, polisy, certyfikaty potwierdzające spełnianie zadeklarowanych warunków.

Podkreślenia wymaga ponownie, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 podlegała tym samym 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. W ocenie Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, zarzut dotyczący prowadzenia przez Komisję konkursową ww. postępowania z naruszeniem zasady równości oraz uczciwej konkurencji, o których mowa w art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy, należy uznać za chybiony.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 135 ust. 2 pkt 2 Ustawy poprzez uniemożliwienie zapoznania się z treścią ofert, co w konsekwencji zdaniem Odwołującego uniemożliwiło weryfikację ofert pozostałych uczestników postępowania, wskazać należy, że w myśl art. 134 ust. 1 i 2 Ustawy Narodowy Fundusz Zdrowia jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji a wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach. Stosownie do art. 135 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 Ustawy oferty złożone w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne a Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zasadę jawności ofert, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę - w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert. Ponadto zgodnie z § 11 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zmianami), oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po jego zakończeniu, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę (...). Zastrzeżenie dotyczące wyłączenia jawności oferty winno wskazywać, w sposób nie budzący wątpliwości, informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy (zastrzeżeniu nie nadaje się charakteru zastrzeżenia generalnego). Odwołujący wskazał elementy oferty, które w jego uznaniu zasługują na zastrzeżenie, przy czym należy wyraźnie podkreślić, że są to zastrzeżenia dotyczące części oferty, a nie całości.



W załączniku nr 8 do zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia stanowiącym wzór oświadczenia oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy i załączonym do oferty, Odwołujący wskazał następujące punkty: 7. ofertę w zakresie liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń, 10. ankiety dotyczące danego postępowania w części zawierającej informacje zastrzeżone, wskazane w lp. 1 – 9. Co przy tym istotne, do dnia 7 września 2018 roku, tj. do dnia złożenia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie wpłynął żaden wniosek od Odwołującego o umożliwienie wglądu w oferty złożone w tym postępowaniu., bowiem możliwość ta istniała wcześniej, jednak Odwołujący o umożliwienie wglądu w te oferty nie występował. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia nie jest natomiast zobowiązany do informowania oferentów o uprawnieniu wglądu w akta sprawy (odmiennie niż na etapie prowadzenia sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania konkursowego), bowiem uprawnienie to przysługuje na podstawie art. 135 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 Ustawy niezależnie od okoliczności złożenia odwołania i niezależnie od czasu, w którym wnioskodawca zwróci się o udostępnienie wglądu w te oferty. Przypomnieć w tym miejscu należy, iż zgodnie z przywołanymi przepisami (prawa powszechnie obowiązującego) oferty złożone w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne a Fundusz realizuje zasadę jawności ofert, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę – w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert. Na marginesie zauważenia przy tym wymaga, iż prawo wglądu w oferty powstaje z chwilą zakończenia (rozstrzygnięcia) postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (o czym stanowi przytoczony już powyżej § 11 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami). Z chwilą tą jednocześnie odwoływana jest Komisja konkursowa (co zgodne jest z § 20 ust. 2 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, w myśl którego z chwilą ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania dyrektor oddziału odwołuje Komisję konkursową). Komisja konkursowa nie mogłaby zatem, nawet hipotetycznie, dokonać naruszenia prawa wglądu w oferty kontroferentów, bo albo prawo to dla oferenta jeszcze by się nie zaktualizowało albo udostępnienie ofert nie leżałoby już w gestii (odwołanej wszak) Komisji konkursowej. Przypomnieć również w tym miejscu należy, iż Odwołujący składając ofertę w postępowaniu nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie

uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) złożył również, oświadczenie oferenta według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami, w którym oświadczył, iż zapoznał się z przepisami ww. zarządzenia (a zatem także i jego § 11) oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania. Odwołującemu znane były zatem postanowienia § 11 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami. W związku ze złożeniem odwołania pismem z dnia 11 września 2018 roku Odwołujący oraz pozostali uczestnicy postępowania konkursowego wskazani do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zostali poinformowani o możliwości przejrzenia akt sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Odwołujący w dniu 19 września 2018 roku zapoznał się z aktami sprawy. W toku postępowania administracyjnego wszczętego na skutek wniesionego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) Odwołującemu umożliwiono wgląd w dokumentację oferentów wybranych w toku ww. postępowania konkursowego oraz w część wspólną dla wszystkich oferentów, przy uwzględnieniu anonimizacji danych osobowych oraz skutecznego zastrzeżenia przez oferentów informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, zawartych w ofertach złożonych w ww. postępowaniu konkursowym z uprawnienia tego również skorzystał Odwołujący. Powyższe świadczy o respektowaniu w pełni prawa Odwołującego do czynnego udziału w postępowaniu administracyjnym.

Za chybiony uznać należy także zarzut nie zwrócenia przez Komisję konkursową uwagi na argumenty Odwołującego dotyczące współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2014-2018 oraz realizacji kontraktu w ilości znacznie przekraczającej zakontraktowane limity. 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 nr 4 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. Podkreślenia wymaga ponownie, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr: 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 podlegała tym samym 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: 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym Fundusz po przeprowadzeniu w/w postępowania zawrze maksymalnie trzy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, brak było podstaw dla wybrania oferty Odwołującego, gdyż uzyskała ona niższą punktację, niż oferty które w całości wyczerpały wartość zamówienia.

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 Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 o zawarcie umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie leczenia środowiskowe (domowe) na obszarze powiatów: kolskiego, m. Konin, konińskiego, słupeckiego i tureckiego. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-18-000493/PSY/04/1/04.2730.001.02/01 podlegała ocenie prowadzonej z uwzględnieniem identycznych kryteriów oceny, a każdy z oferentów mógł kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji, jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków, jak również ponosząc odpowiedzialność za składane w ofercie oświadczenia. 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

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych  
Hanna Philips (2)

### 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. 2018, poz. 1510 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 do 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 egz.:

1. Odwołujący Radomil Hanc, ul. Chopina 23A, 62-510 Konin;
2. Centrum Medyczne Multimед Tadeusz Jucyk Spółka Jawna, ul. Wojska Polskiego 33, 62-500 Konin;
3. Jerzy Emil Ołás, ul. Łąkowa 5A, 62-700 Turek;
4. a/a;
5. a/a.

Opracowała: Hanna Piwłak