

WO.422.57.2017 2/AG

Poznań, dnia 26 czerwca 2017 r.

DECYZJA NR 48/2017/O

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.) w związku z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm.), po rozpatrzeniu sprawy z odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 4 maja 2017 r. postępowania nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych wniesionego przez Beatę i Piotra Żmudzińskich prowadzących Zakład Leczniczy pod nazwą Poradnia Stomatologiczna „VITA- DENT” z siedzibą w Borówcu (62-023) przy ul. Zapomnianej 61, postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.

UZASADNIENIE

Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „Ustawą”) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), ogłosił w dniu 7 kwietnia 2017 r. postępowanie w trybie konkursu ofert o numerze 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, obszar gminy: Mosina.

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 610 200,00 zł na okres

rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 31 grudnia 2017 r., zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania to 7 (słownie: siedem).

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

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

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 13 czerwca 2017 r. r. do Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło przy pomocy poczty odwołanie wniesione przez Beatę i Piotra Żmudzińskich z siedzibą w Borówcu (62-023), ul. Zapomniana 61 (zwani dalej „Odwołującym”), dotyczące rozstrzygnięcia z dnia 07 czerwca 2017 r. postępowania nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W zakresie dotyczącym rozstrzygnięcia postępowania nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, Odwołujący:

- wniósł o ponowne rozpatrzenie propozycji zakontraktowania usług stomatologicznych w Poradni Stomatologicznej w Babkach na lata 2017-2022 i zakontraktowanie, jeśli nie dotychczasowej, to choćby mniejszej ilości punktów usług stomatologicznych, wskazując, że świadczy usługi w ramach umów z NFZ nieprzerwanie od lat, do tej pory wykorzystując przyznane przez NFZ punkty na usługi stomatologiczne,
- wskazał, że nie wie, dlaczego jego oferta nie została wybrana skoro spełnił wszystkie wymagane warunki oraz został zaproszony na negocjacje, które w jego ocenie zakończyły się porozumieniem,
- zwrócił uwagę, że jego gabinet stomatologiczny znajduje się w Ośrodku Zdrowia w Babkach, a jako, że większość pacjentów stanowią osoby starsze, to korzystają ze świadczeń stomatologicznych „przy okazji” wizyt lekarza rodzinnego, a dotychczasowym pacjentom trudno będzie uzyskać opieki stomatologicznej w innych gabinetach na terenie gminy.

Prowadząc postępowanie administracyjne z odwołania wniesionego przez Odwołującego, pismami z dnia 13 czerwca 2017 r. Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował strony postępowania, tj. Odwołującego oraz świadczeniodawców, których oferta została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postępowaniu nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 o uprawnieniach wynikających z przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, w tym o możliwości czynnego udziału w każdym stadium postępowania odwoławczego oraz o możliwości wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, a także o przysługującym stronie prawie wglądu w akta sprawy. Wyżej wymienionymi pismami strony postępowania zostały również poinformowane o określeniu terminu wydania decyzji na dzień 26 czerwca 2017 r.

Na skutek złożonego przez Odwołującego odwołania, dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 7 czerwca 2017r. postępowania numer 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoznał w szczególności argumentację i zarzuty przywoływane przez Odwołującego w odwołaniu. Rozpatrzone zostały również zebrane w sprawie dokumenty, w tym oferty złożone przez pozostałych oferentów w postępowaniu 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01, oraz dokumentację wytworzoną przez komisję konkursową w toku prowadzonego postępowania. W tym też zakresie stwierdzić należało, co następuje.

W postępowaniu 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 prowadzonym w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych oferty złożyło 7 podmiotów, tj. Odwołujący oraz:

- Agnieszka Kręgielczak ul. Niezłomnych 2, 62-050 Mosina,
- Aleksandra Korytowska ul. Główna 50, 62-053 Pecna,
- Anna Szymkowiak ul. Działkowa 11, 61-160 Wiórek,
- Izabela Storożyńska ul. Słoneczna 1, 61-160 Daszewice,
- Jerzy Kilian ul. Pl. 20 Października 14, 62-050 Mosina,
- Krzysztof Adamczak ul. Wagi 24/7, 61-244 Poznań.

Postępowanie nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju prowadzone było w oparciu w szczególności o przepisy:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 193 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1980 ze zm.),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016r., poz. 1146);
- zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.;
- zarządzenia Nr 23/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

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

W tym miejscu wskazać należy, iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w trakcie prowadzenia w części jawnej postępowania, nie odrzuciła żadnej ze złożonych ofert.

Do części niejawniej postępowania zakwalifikowano, jako spełniające wymagane warunki, wszystkie oferty złożone terminie w postępowaniu nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych tj. ofertę Odwołującego oraz oferty w/wym. podmiotów.

Fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów nie skutkował jednak dokonaniem wyboru oferty, a jedynie pozwalał na dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - oceny i porównania ofert.

Stosownie do art. 148 Ustawy oraz do § 3 pkt 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert dokonywało się według następujących kryteriów:

1. jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:

- a) kwalifikacje personelu (maksymalnie 37,00 pkt),
- b) sprzęt i aparaturę medyczną (maksymalnie 5,00 pkt),
- c) realizacja wybranych świadczeń (maksymalnie 6,00 pkt),
- d) wyniki kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i inne nieprawidłowości - nieprawidłowość dotyczy umowy realizowanej w dniu złożenia oferty w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, oraz została stwierdzona w postępowaniu kontrolnym zakończonym wystąpieniem pokontrolnym lub w trakcie monitorowania, o którym mowa w art. 107 ust. 5 pkt 12 Ustawy (do -7,00 pkt),
- e) pozostałe warunki, w tym:
 - posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością (maksymalnie 1,00 pkt),
 - posiadanie certyfikatu ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji (maksymalnie 1,00 pkt),
 - prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku (maksymalnie 3,00 pkt),
 - prowadzenie w miejscu udzielania świadczeń szkolenia specjalizacyjnego lekarzy dentyistów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych (maksymalnie 5,00 pkt),

- prowadzenie w miejscu udzielania świadczeń szkolenia specjalizacyjnego lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych (maksymalnie 2,00 pkt),
- 2. dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana poprzez:
 - a) organizację udzielania świadczeń (maksymalnie 8,00 pkt),
 - b) dostęp do co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych w miejscu udzielania świadczeń (maksymalnie 2,00 pkt),
 - c) dostęp do odrębnej aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu (maksymalnie 2,00 pkt),
 - d) brak realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (do - 2,00 pkt),
 - e) brak realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (do - 2,00 pkt)
- 3. kompleksowość udzielanych świadczeń oceniana przez: realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem prac techników dentystycznych oraz badań histopatologicznych (maksymalnie 5,00 pkt.);
- 4. ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez:
 - realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (maksymalnie 5,00 pkt),
 - realizację w dniu złożenia oferty na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:
 - nieprzerwanie od 5 lat (maksymalnie 3,00 pkt)
 - nieprzerwanie od 10 lat (maksymalnie 6,00 pkt),
- 5. inne warunki oceniane,tj:
 - współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji poprzez realizację umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania (maksymalnie 2,00 pkt),
- 6. cena świadczeń opieki zdrowotnej – oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy (maksymalnie 10,00 pkt).

W tym miejscu wskazania wymaga, odnosząc się do kryterium ceny, iż zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 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:

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

Dnia 7 czerwca 2017 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego prowadzonego pod numerem 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01. W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania konkursu ofert jako podmioty, z którymi Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu zawrze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych wskazano 6 (słownie: sześciu) oferentów:

Po dokonaniu szczegółowej analizy ofert złożonych w postępowaniu nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01. ranking końcowy przedstawiał się następująco:

NAZWA OFERENTA	PUNKTACJA						DECYZJA O WYBRANIU OFERT TAK/NIE
	CENA	JAKOŚĆ	KOMPLEKSOWOŚĆ	DOSTĘPNOŚĆ	CIĄGŁOŚĆ	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY	
Agnieszka Kręgielczak	7,2123	13,5	5	9	8	42,71	TAK
Izabela Storożyńska	5,4424	14	5	10	8	42,44	TAK
Jerzy Kilian	5	17,5	0	5	11	38,5	TAK
Anna Szymkowiak	5	8,5	0	7	11	31,5	TAK
Krzysztof Adameczak	5	7	5	10	0	27	TAK
Aleksandra Korytowska	5	8,5	0	2	11	26,5	TAK
Beata Żmudzińska, Piotr Żmudziński	5	1,5	0	7	11	24,5	NIE

Komisja konkursowa podjęła decyzję o niewybraniu oferty złożonej przez Odwołującego, gdyż liczba punktów jakie uzyskała jego oferta w toku oceny była mniejsza w stosunku do ofert, które zostały wybrane w trakcie prowadzonego postępowania i które wyczerpały „wartość zamówienia” określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01. Zaznaczyć należy, że w ogłoszeniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń w trybie ofert wskazano, że zostanie zawarte maksymalnie 7 umów. Ilość ta, co już zasygnalizowano, została jednak ograniczona wartością zamówienia.

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

Wskazać w tym miejscu należy, iż na pytania ankietowe z części VIII FORMULARZA OFERTOWEGO „ANKIETY” oferenci biorący udział w postępowaniu nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w

sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych udzielali następujących odpowiedzi (liczbę punktów podano w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku).

Oferent: Agnieszka Kręgielczak

W zakresie kryterium kompleksowości:

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

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodencją, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy, z co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował 100% czasu pracy pozostałego personelu, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. b rozporządzenia stomatologicznego – 100% czasu pracy poradni, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenie świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy

poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało odjęciem **0,5 punktu**,

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikacje udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował wykonanie w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 200 procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych, za co otrzymał **6 punktów**,
- zadeklarował zapewnianie endometru – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **2 punkty**,
- zadeklarował cyfrowy aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał **3 punkty**;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie przyznano punktów;

- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie przyznano punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń w poradni w każdą sobotę przez co najmniej 6 godzin, za co nie przyznano punktów,
- zadeklarował realizację świadczeń w poradni: 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18, za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował odrębną aplikację służącą do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował braku realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5 punktów,

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie 5 lat, za co otrzymał 3 punkty,

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania) współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie przyznano punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 1,08 zł, za co otrzymał 7,2123 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnienia ceny oczekiwanej przez Fundusz 1,13 zł.

Oferent: Izabela Storożyńska:

W zakresie kryterium kompleksowości:

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

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy, z co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował 100% czasu pracy pozostałego personelu, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. b rozporządzenia stomatologicznego – 100% czasu pracy poradni, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenie świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym – co zostało dodatkowo zweryfikowane przez komisję konkursową i po uzyskaniu wyjaśnień nie skutkowało odejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikacje udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- zadeklarował wykonania w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 200 procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych, za co otrzymał 6 punktów,
- zadeklarował zapewnianie endometru – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował cyfrowy aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie przyznano punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie przyznano punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

- zadeklarował realizacji świadczeń w poradni w każdą sobotę przez co najmniej 6 godzin, za co otrzymał 3 punkty,
- zadeklarował realizację świadczeń w poradni: 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18, za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co nie przyznano punktów,

- nie zadeklarował braku realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5 punktów,
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie 5 lat, za co otrzymał 3 punkty,

W zakresie innych warunków ocenianych:

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

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 1,12 zł, za co otrzymał 5,4424 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnienia ceny oczekiwanej przez Fundusz 1,13 zł.

Oferent: Jerzy Kilian

W zakresie kryterium kompleksowości:

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

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją, za co nie otrzymał punktów;

- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy, z co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował czas pracy lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej – 100% czasu pracy poradni, za co otrzymał 7 punktów,
- zadeklarował 100% czasu pracy pozostałego personelu, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. b rozporządzenia stomatologicznego – 100% czasu pracy poradni, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenie świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym – postępowanie wyjaśniające wykazało, że oferent nie spełnia warunków, w rezultacie Komisja odjęła 0,5 punktu,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikacje udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował wykonanie w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 200 procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych, za co otrzymał 6 punktów,
- zadeklarował zapewnianie endometru – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował aparatu RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie przyznano punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie przyznano punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania) współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie przyznano punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 1,13 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnienia ceny oczekiwanej przez Fundusz 1,13 zł.

Oferent: Anna Szymkowiak

W zakresie kryterium kompleksowości:

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

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy, z co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował czas pracy lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej – 100% czasu pracy poradni, za co otrzymał 7 punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy pozostałego personelu, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. b, c, d rozporządzenia stomatologicznego – 100% czasu pracy poradni, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenie świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało odjęciem **0,5 punktu**,

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikacje udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował realizacji procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnianie endometru – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował aparatu RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie przyznano punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie przyznano punktów,

- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie przyznano punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5 punktów,

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania) współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie przyznano punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 1,13 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnienia ceny oczekiwanej przez Fundusz 1,13 zł.

Oferent: Krzysztof Adamczak

W zakresie kryterium kompleksowości:

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

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy, z co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej, za co nie otrzymał punktów;
- zadeklarował 100% czasu pracy pozostałego personelu, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. b rozporządzenia stomatologicznego – 100% czasu pracy poradni, za co otrzymał 3 punkty;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenie świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikacje udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował realizacji procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnianie endometru – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty,
- zadeklarował aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie przyznano punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie przyznano punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

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

- nie zadeklarował braku realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, co skutkowało nicodejmowaniem punktów,

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania) współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie przyznano punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 1,13 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnienia ceny oczekiwanej przez Fundusz 1,13 zł.

Oferent: Aleksandra Korytowska

W zakresie kryterium kompleksowości:

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

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodoncją, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy, z co nie otrzymał punktów;

- zadeklarował czas pracy lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej – 100% czasu pracy poradni, za co otrzymał 7 punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy pozostałego personelu, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. b,c,d rozporządzenia stomatologicznego, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenie świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym – postępowanie wyjaśniające wykazało, że oferent nie spełnia warunków, w rezultacie Komisja odjęła 0,5 punktu,
- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikacje udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,

- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował realizacji procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnianie endometru – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował aparatu RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie przyznano punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie przyznano punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

- nie zadeklarował realizacji świadczeń w poradni w każdą sobotę przez co najmniej 6 godzin, za co nie przyznano punktów,

- nie zadeklarował realizacji świadczeń w poradni: 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18, za co otrzymał nie otrzymał punktów,
- zadeklarował co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował odrębnej aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za co otrzymał nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował braku realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- zadeklarował brak realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 14 miesięcy miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - postępowanie wyjaśniające wykazało, że oferent nie spełnia warunków w/wym, w rezultacie Komisja nie odjęła punktów,

W zakresie kryterium ciągłości:

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania) współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie przyznano punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 1,13 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnienia ceny oczekiwanej przez Fundusz 1,13 zł.

Odwolujący:

W zakresie kryterium kompleksowości:

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

W zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, w dziedzinie stomatologii zachowawczej lub stomatologii zachowawczej z endodencją, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej z co najmniej 10-letnim stażem pracy, z co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy lekarza dentysty ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował czasu pracy pozostałego personelu, o którym mowa w § 2 pkt 4 lit. b,c,d rozporządzenia stomatologicznego czasu pracy poradni, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował udzielania świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w sposób i warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował nieprzekazania wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenie świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym – postępowanie wyjaśniające wykazało, że oferent nie spełnia warunków, w rezultacie Komisja odjęła 0,5 punktu,

- nie zadeklarował obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował udzielania świadczeń w miejscach nieobjętych umową, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikacje udzielonych świadczeń – tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie okresu rozliczeniowego, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia tylko na podstawie kontroli, co skutkowało nieodejmowaniem punktów,
- nie zadeklarował realizacji procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych, za co nie otrzymał punktów,
- zadeklarował zapewnianie endometru – w miejscu udzielania świadczeń, za co otrzymał 2 punkty,
- nie zadeklarował aparatu RTG do zdjęć wewnątrzustnych – w miejscu udzielania świadczeń, za co nie otrzymał punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co nie przyznano punktów;
- nie zadeklarował posiadania certyfikatu ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, za co nie przyznano punktów,

- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do przeprowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach stomatologicznych, za co nie przyznano punktów,
- nie zadeklarował, że w miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy dentystów przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych, za co nie otrzymał punktów,
- nie zadeklarował prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań – co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku, za co nie przyznano punktów,

W zakresie kryterium dostępności:

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

W zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co otrzymał 5 punktów,

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

W zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacji umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 Ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania) współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co nie przyznano punktów.

W zakresie kryterium ceny oferent zaoferował cenę na poziomie 1,13 zł, za co otrzymał 5 punktów w dokonywanej ocenie oferty, przy uwzględnienia ceny oczekiwanej przez Fundusz 1,13 zł.

Ponadto wskazać należy, iż wszyscy oferenci zadeklarowali, iż w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy spełniają i spełniać będą 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.

Na wstępie wskazać należy, iż w dniu 11 maja 2017 r roku Komisja konkursowa prowadząca postępowanie. podjęła uchwałę, zgodnie z którą:

- w przypadkach, gdy złożona przez oferenta oferta zawiera sprzeczne, wzajemnie wykluczające się informacje będzie wzywać oferenta, do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu albo korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt omyłkowego udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);
- w przypadkach, gdy treść udzielonej przez oferenta odpowiedzi na pytanie ankietowe o charakterze rankingującym stoi w opozycji do treści informacji i danych, znajdujących się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (np. wyniki prowadzonych postępowań kontrolnych, wyniki czynności monitorujących, sprawozdawanie list oczekujących, okres obowiązywania umowy, dane sprawozdawcze związane z dotychczasową realizacją umów) - wzywać oferenta, do złożenia stosownych wyjaśnień, zaś po ich przyjęciu korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i odejmować punkty rankingujące (oferent

wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż nie spełnia warunku dodatkowo ocenianego) albo też korygować treść odpowiedzi ankietowej oferenta i dodawać punkty rankingujące (oferent wskazuje na fakt niezgodnego ze stanem rzeczywistym udzielenia odpowiedzi na pytanie ankietowe i wskazuje ostatecznie, iż spełnia warunek dodatkowo oceniany);

- w przypadkach innych niż w/w., gdy oferent w złożonej ofercie zadeklarował w sposób niebudzący wątpliwości spełnianie warunku dodatkowo ocenianego, a dopiero wyniki prowadzonej w miejscu udzielania świadczeń weryfikacji oferenta (dotyczy np. posiadania sprzętu i aparatury medycznej, spełnienia warunków lokalowych czy dysponowania pomieszczeniem sanitarnym przystosowanym dla osób niepełnosprawnych) lub też wyniki oceny oferty dokonywanej w oparciu o informacje i dane inne, niż znajdujące się w posiadaniu Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dotyczy np. faktu współpracy oferenta z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, posiadania aplikacji służącej do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną czy prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej) wiodą do wniosku, iż oferent przedmiotowego warunku nie spełnia - wzywać ewentualnie oferenta do złożenia stosownych wyjaśnień i przedłożenia niezbędnych dokumentów, zaś po ich przyjęciu, gdy nie potwierdzą one faktu spełnienia przez oferenta warunku dodatkowo ocenianego odrzucać ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 Ustawy, zgodnie z którym odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

Odnosząc się do zarzutów i argumentacji przywołanej w treści złożonego przez Odwołującego odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych wskazać należy, co następuje.

Zgodnie z art. 139 ust. 3 pkt 5 Ustawy ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń. W obecnym postępowaniu nie zostało zawarte 7 umów, a 6 umów, albowiem wskazani oferenci wyczerpali wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu o postępowaniu nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01. Podkreślić należy, że w ogłoszeniu konkursowym wskazano, że zostanie zawarte maksymalnie 7 (słownie: siedem) umów z oferentami, a nie że taka liczba umów zostanie zawarta.

Łączna liczba uzyskanych przez Odwołującego punktów oceny wynosiła 24,5 pkt, podczas gdy, ostatnia z wybranych oferta oferenta, z którym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych otrzymała 26,5 pkt.

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. Nadto, podkreślenia wymaga, iż określona w ogłoszeniu wartość przedmiotu zamówienia, tj. wartość jaka przeznaczona została na udzielanie świadczeń w zakresie na obszarze gminy Mosina, została wyczerpana po wyborze sześciu ofert wskazanych w rankingu. Wybranie oferty Odwołującego spowodowałoby przekroczenie wartości zamówienia, co jest niedopuszczalne w postępowaniach prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W związku z powyższym zgłoszony przez Odwołującego wniosek o ponowne rozpatrzenie propozycji zakontraktowania usług stomatologicznych nie może zostać uwzględniony. Co istotne, w kontekście ograniczonych środków finansowych istotą postępowania konkursowego pozostaje wybór oferentów, którzy uzyskują najwyższą ocenę punktową, nie zaś wybór wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Stwierdzić zatem należy, iż rozpisanie konkursu na podstawie którego zostanie zawarte mniej umów niż jest oferentów, czy też zostanie zawarta mniejsza ilość umów niż jest maksymalnie przewidziana w przypadku wyczerpania wartości zamówienia, nie narusza prawa.

W tym miejscu po raz wtóry podkreślić należy, że 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.

Zwrócić należy uwagę, że każda ze złożonych ofert w postępowaniu nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 podlegała identycznym kryteriom oceny, a każdy z oferentów mógł swobodnie kształtować zadeklarowane przez siebie warunki udzielania świadczeń, posiadając jednocześnie wiedzę o punktacji jaka możliwa była do uzyskania za zadeklarowanie każdego z podlegających punktacji warunków

Odnosząc się do argumentów Odwołującego, z których wynika, że spełnił wszystkie wymagane warunki, wskazać należy, że Komisja konkursowa miała to na uwadze, albowiem nie stwierdziła żadnych uchybień z tym związanych. Natomiast w przypadku stwierdzenia niespełnienia warunków wymaganych komisja konkursowa prowadząca postępowanie konkursowe miałaby podstawę do odrzucenia oferty niespełniającej warunków wymaganych. Jak już wyżej wskazano fakt spełnienia wszystkich wymaganych warunków przez oferentów umożliwia komisji konkursowej dokonanie, na podstawie art. 148 Ustawy oraz rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - oceny i porównania ofert.

Konkludując, spełnienie wymogów koniecznych stanowi warunek sine qua non uczestnictwa oferenta w postępowaniu, ale o miejscu w rankingu i ewentualnym wyborze decyduje spełnienie warunków dodatkowo ocenianych.

Ustosunkowując się do argumentu Odwołującego, że umowę dotyczącą świadczeń ogólnostomatologicznych świadczy od wielu lat, wykorzystując przyznane przez Fundusz punkty na usługi stomatologiczne wskazać należy, że Odwołujący w ankiecie zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie przez 10 lat, za co otrzymał łącznie w zakresie kryterium ciągłości 11 punktów.

Odnosząc się do pytania Odwołującego dotyczącego zaproszenia jego do udziału w negocjacjach w toku postępowania konkursowego 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01, a ostatecznie nie zawarcia z nim umowy wskazać należy, że powyższe postępowanie było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.

Podkreślenia wymaga fakt, że w dniu 29 maja 2017 roku podpisany został protokół końcowy z negocjacji, z Odwołującym, który potwierdził zbieżność stanowisk z oczekiwaniami stron. Na tym etapie Odwołujący złożył propozycję mniejszej ilości punktów niż przedstawioną w ofercie. Ponadto protokół końcowy zawierał klauzulę o treści: „Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do liczby i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy”.

Postępując w w/w sposób komisja konkursowa postępowwała zgodnie z § 15 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłaszania o postępowaniu konkursowym, do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia, przy czym do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Jak należy wyjaśnić, do negocjacji w toku postępowania konkursowego 15-17-000108/SPO/14/114.2142.026.04/01 zaproszono 7 oferentów, tj. liczbę oferentów zapewniającą możliwość skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupu liczby świadczeń lub wartości zamówienia określonych w ogłoszeniu o przeprowadzeniu z dnia 7 kwietnia 2017 r. Natomiast § 15 ust. 7 stanowi, że: ustalenie w procesie negocjacji ceny i liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Podkreślić należy, że 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

ustalenia dwóch niezbędnych składników oferty zmierzające do wyłonienia najkorzystniejszej ze złożonych ofert. Również podpisanie protokołu końcowego z negocjacji nie stanowi gwarancji zawarcia umowy.

Odnosząc się do argumentu, z którego wynika, że dotychczasowi pacjenci Odwołującego mogą mieć utrudniony dostęp do świadczeń stomatologicznych, wyjaśnić należy, że Ustawa w przypadku zakończenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi, że:

- świadczeniobiorca wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie (art. 20 st. 10a Ustawy);
- świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 20 ust. 10b Ustawy);
- świadczeniodawca jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy (art. 20 ust. 10c Ustawy).

Ponadto pacjenci już objęci leczeniem będą mogli ubiegać się o udzielanie na ich rzecz świadczeń zdrowotnych u innych świadczeniodawców, albowiem oferenci, którzy wygrali konkurs będą świadczyć usług na terenie gminy Mosina w niedalekiej odległości od miejsca udzielania świadczeń Odwołującego i są oni zobowiązani zapewnić pacjentom równy i niedyskryminujący dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. W tym miejscu zapewnić należy, że w przypadku uchylania się od tego obowiązku Fundusz podejmie stanowcze, przewidziane prawem działania mające na celu usunięcie naruszeń.

Biorąc powyższe pod uwagę stwierdzić należy, iż we wniesionym odwołaniu nie wykazano, że Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył zasady prowadzenia postępowania nr 15-17-000619/STM/07/1/07.0000.218.02/01 o zawarcie umów w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych. Naruszeń takich nie dostrzegł również z urzędu Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowanie administracyjne w sprawie. Powyższe uzasadnia wniosek, że w trakcie prowadzonego postępowania nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania. Wobec powyższego odwołanie zostało oddalone i orzeczono jak w sentencji.

Z up. Dyrektora WOW NFZ

Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych
Krzysztof Filipowiaś

POUCZENIE

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

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu. W trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Wykonano w 9 egzemplarzach:

1. Odwołujący – 1 egz.;
2. Agnieszka Kręgielec ul. Niezłomnych 2, 62-050 Mosina,
3. Aleksandra Korytowska ul. Główna 50, 62-053 Pecna,
4. Anna Szymkowiak ul. Działkowa 11, 61-160 Wiórek,
5. Izabela Storożyńska ul. Słoneczna 1, 61-160 Daszewice,
6. Jerzy Kilian ul. Pl. 20 Października 14, 62-050 Mosina,
7. Krzysztof Adamczak ul. Wagi 24/7, 61-244 Poznań,
8. a/a. – 2 egz.

Opracowała: Anna Gawrysiak – WOW NFZ

