

Szanowny Pan

Marek Szczepanek Prezes Zarządu oraz
Szanowna Pani Krystyna Szczerbowska
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
"VITA" Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością z siedzibą
w Brzeszczach
ul. Piłsudskiego 6
32-620 Brzeszcze

Decyzja

z dnia 28 stycznia 2011 r.

nr 105/2011/STM

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 w zw. z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), w związku z odwołaniem złożonym przez – **Oferenta Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Brzeszczach, ul. Piłsudskiego 6, 32-620 Brzeszcze** – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-001283/STM/07/1/07.0000.213.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert / ~~rekwirant~~ w rodzaju LECZENIE STOMATOLOGICZNE , w zakresie ŚWIADCZENIA ORTODONCJI DLA DZIECI I MŁODZIEŻY DO UKOŃCZENIA 18 R. Ż.

uwzględnia/oddala* odwołanie

* niepotrzebne skreślić

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, ogłosił dnia 16 września 2010 r. postępowanie konkursowe poprzedzające zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 06-11-001283/STM/07/1/07.0000.213.02/1 w rodzaju LECZENIE STOMATOLOGICZNE w zakresie ŚWIADCZENIA ORTODONCJI DLA DZIECI I MŁODZIEŻY DO UKOŃCZENIA 18 R. Ż. na okres od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2013 r. W w/w ogłoszeniu podano również wartość zamówienia nie większą niż 674 989,20 zł. Na podstawie art. 151 ust. 1 cytowanej ustawy w dniu 22 grudnia 2010 r. nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Stanowi to spełnienie dyspozycji zawartej w art. 151 ust. 2 ustawy, który stanowi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz 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.

W myśl art. 154 ust. 1 ustawy świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

Zgodnie z brzmieniem art. 154 ust. 3 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.

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania Oferenci przystępujący do konkursu ofert oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego w tym w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z dnia 31 sierpnia

2009 r., Nr 140, poz. 1144 z późn. zm.), powinni zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy spełniać wymagania określone przez Prezesa NFZ wskazane w:

- zarządzeniu nr 55/2010/DSOZ Prezesa narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne,

- zarządzeniu nr 49/2010/DSOZ Prezesa narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto w ogłoszeniu w/w postępowania wskazano, że oferty będą oceniane zgodnie z zarządzeniem Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.).

Oferent złożył ofertę do postępowania o w/w numerze.

Odwolujący się złożył oświadczenie, że „zapoznał się z warunkami postępowania oraz z warunkami zawierania i realizacji umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania” (złożony do oferty i podpisany załącznik nr 2 do zarządzenia nr 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ).

Dnia 30 grudnia 2010 r. do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie wpłynęło odwołanie złożone przez **Oferenta Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Brzeszczach, ul. Piłsudskiego 6, 32-620 Brzeszcze.**

Zgodnie z treścią zawartą w art. 10 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r. (t.j. Dz. U. z 2000 r., Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.) Oferent został powiadomiony o prawie zapoznania się z materiałami postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert w związku ze złożonym przez Oferenta odwołaniem. Oferent poinformował MOW NFZ w Krakowie, że nie zamierza skorzystać z przysługującego mu prawa.

W przypadku wniesienia odwołania istotne jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy, który doznał uszczerbku. Zgodnie z wyjaśnieniem WSA w Warszawie zawartym w wyroku z dnia 10 września 2008 r. VII SA/Wa 821/08, powołując się na orzecznictwo NSA określa, że „Istotą interesu prawnego jest jego związek z konkretną normą prawa materialnego, z której podmiot legitymujący się tym interesem może wywodzić swoje racje. Może to być norma należąca do prawa administracyjnego bądź do innych gałęzi prawa,

np. prawa cywilnego. W orzecznictwie sądownoadministracyjnym utrwalony został pogląd, uznawany również w doktrynie, iż podstawą legitymacji procesowej strony jest przepis prawa materialnego wskazujący na własne prawo (interes prawny) lub obowiązek podmiotu, które podlegają skonkretyzowaniu w postępowaniu administracyjnym. Szczególnymi cechami interesu prawnego w postępowaniu administracyjnym i w prawie administracyjnym jest po pierwsze bezpośredniość związku między sytuacją danego podmiotu a wspomnianą normą prawa materialnego, na której budowany jest interes prawny. Oznacza to, że jeżeli sprawa dotyczy dwóch lub więcej podmiotów, to interes prawny mają tylko te z nich, których sytuacja prawna wynika wprost z normy prawa materialnego, a nie powstaje za pośrednictwem drugiego podmiotu. Drugą szczególną cechą interesu prawnego jest jego realność, interes ten musi rzeczywiście istnieć w dacie stosowania danych norm prawa administracyjnego. Nie może to być interes tylko przewidywany w przyszłości ani hipotetyczny. (...) Oznacza to, że konieczne jest faktyczne naruszenie zasad postępowania, które musi naruszać faktycznie istniejący interes świadczeniodawcy".

Oferent w treści odwołania zarzucił, że w trakcie postępowania zostały naruszone „przepisy ustawy o ocenie ofert (art. 148), o wyborze ofert(art. 142 ust. 5 pkt 1), o prowadzeniu negocjacji z oferentami (art. 142 ust. 6) jak również narusza zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasadę nakładającą na NFZ obowiązek prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, wymienione w art. 134 ust. 1 ustawy.” Oferent wniósł o uwzględnienie odwołania oraz wybranie jego oferty do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ewentualne powtórzenie czynności obejmujących negocjacje co do ceny i ilości świadczeń oraz powtórzenie oceny ofert i powtórzenie czynności wyboru oferty do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zważyć należy, że po rozpoznaniu ofert w części jawnej Komisja Konkursowa uznała ofertę odwołującego się Oferenta jako spełniającą warunki formalne i nie podlegającą odrzuceniu. Ofertę zakwalifikowano do części niejawnej i przeprowadzono negocjacje z Oferentem. W trakcie negocjacji zajęto rozbieżne stanowisko co do liczby oraz ceny świadczeń.

Weryfikując treść oferty złożonej przez Oferenta Komisja konkursowa stwierdziła nieprawidłowości pomiędzy informacjami zawartymi w części VI formularza ofertowego „SZCZEGÓŁY OFERTY” a odpowiedziami zawartymi w części VIII formularza Ofertowego – „ANKIETY”. Nieprawidłowości te dotyczyły, udzielonych odpowiedzi na pytania zawarte niżej, odpowiednio dla miejsca udzielania świadczeń:

Przychodnia Rejonowo – specjalistyczna Nr 1, Poradnia ortodontyczna, kod res. 021,
ul. Nosala 7, Brzeszcze 32 – 620,

Treść pytania: „Czy liczba dni pracy przynajmniej jednego lekarza w poradni do godziny 18 wynosi powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego?”

Odpowiedź oferenta „Tak”

Odpowiedź zgodna z danymi przedstawionymi w ofercie „Nie”

Powyższa odpowiedź na pytanie ankietowe nie znalazła odzwierciedlenia w stanie faktycznym wykazanym w ofercie. Biorąc pod uwagę powyższe Komisja Konkursowa w części jawnej postępowania, na podstawie § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. z dnia 27 grudnia 2004 r.), który stanowi, że „W toku postępowania komisja konkursowa może żądać od świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy złożenia wyjaśnień dotyczących przeprowadzanego postępowania”, wezwała Oferenta, pismem z dnia 15 listopada 2010 r. do złożenia wyjaśnień w przedmiocie błędnie udzielonej odpowiedzi ankietowej. Oferent pismem z dnia 18 listopada 2010 r. potwierdził błędnie udzieloną odpowiedź na wskazane wyżej pytanie. Na tej podstawie Komisja Konkursowa zweryfikowała treść odpowiedzi udzielonej przez Oferenta na powyższe pytanie, na odpowiedź zgodną ze stanem faktycznym wykazanym w ofercie. Odpowiedź nie mająca potwierdzenia w wykazie personelu, wykazie sprzętu, w części VI formularza ofertowego - „SZCZEGÓŁY OFERTY” - spowodowała obniżenie ogólnej punktacji w rankingu.

Komisja konkursowa jest zobowiązana do dokonania wyboru najkorzystniejszej oferty lub większej ilości ofert, które zapewniają zgodnie z art. 148 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności:

- ciągłość,
- kompleksowość,
- jakość,
- dostępność udzielanych świadczeń,
- cena.

Komisja konkursowa w części niejawnej postępowania ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z oferentami o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden Oferent.

Negocjacje odbywały się zgodnie z treścią art. 142 ust 6, ust 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który stanowi, że:

„6. Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia: 1. liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej; 2. ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

7. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent” oraz zgodnie z procedurą wprowadzoną do stosowania w trakcie postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Komisja Konkursowa zaprosiła Oferenta telefonicznie oraz drogą elektroniczną na negocjacje na dzień 25 listopada 2010 r. W dniu przewidzianym na odbycie negocjacji osoby reprezentujące Oferenta złożyły wniosek o wyznaczenie terminów negocjacji, prowadzonych z Oferentami reprezentowanymi przez osoby wskazane w pełnomocnictwie, w możliwie skumulowanych terminach. Komisja Konkursowa zmieniła termin negocjacji z Oferentem reprezentowanym przez osoby przez niego upoważnione. Jednocześnie w odpowiedzi na przedmiotowy wniosek grupy negocjacyjnej oraz mając na uwadze przywołane w uzasadnieniu wniosku okoliczności, wyraziła zgodę na skumulowanie terminów negocjacji, jednakże z uwzględnieniem obszarów kontraktowania określonych w ogłoszeniach postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. Komisja Konkursowa poinformowała osoby reprezentujące oferentów, że uwzględnienie wniosku w pełnym zakresie nie jest możliwe. Komisja konkursowa uzasadniła swoją decyzję prośbami Oferentów o przeprowadzenie negocjacji, dotyczących ustalenia zarówno ceny jak i liczby świadczeń, dla danego postępowania w jednym dniu bez konieczności kilkakrotnego pojawienia się w siedzibie MOW NFZ w Krakowie. Oferenci podnosili, że utrudnienia logistyczne polegające m.in. na odwoływaniu zaplanowanych wcześniej terminów ordynacji lekarskich, utrudnią świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja Konkursowa podniosła również, że przyjęcie systemu negocjacji, w którym w ciągu jednego dnia odbędą się negocjacje zarówno w zakresie ceny jak i liczby świadczeń dla danego obszaru kontraktowania świadczeń jest zasadne i spowoduje znaczne przyspieszenie przeprowadzenia negocjacji dla wszystkich Oferentów. Komisja Konkursowa wyraziła powyższe stanowisko w odpowiedzi na przedmiotowy wniosek skierowany do Komisji Konkursowej przez osoby upoważnione do reprezentowania Oferenta w trakcie negocjacji. O terminach negocjacji Komisja Konkursowa poinformowała osoby reprezentujące Oferenta. Komisja konkursowa zaprosiła Oferenta na negocjacje na dzień 18 grudnia 2010 r.

Komisja Konkursowa przeprowadziła negocjacje z Oferentem w celu uzgodnienia ceny oraz liczby świadczeń opieki zdrowotnej. Negocjacje zostały przeprowadzone zgodnie z prawem oraz obowiązująca w NFZ procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Negocjacje przeprowadzone były oddzielnie z każdym oferentem. Komisja konkursowa umożliwiła przedstawienie przez Oferenta jego dobrowolnej propozycji w zakresie zarówno ceny jak i liczby świadczeń.

Komisja Konkursowa w toku prowadzonych negocjacji, na pierwszym ich etapie, wypracowała z Oferentem stanowisko rozbieżne zarówno w zakresie ceny jak i liczby świadczeń (oferent zaproponował wartości liczbowe), jednakże zgodnie z informacją zawartą w treści protokołu z negocjacji (należy podkreślić, że protokół ten nie miał charakteru ostatecznego) oraz z informacją przekazywana Oferentowi przez członków Komisji Konkursowej, ustalenia te są propozycją skierowaną do Oferenta na dany dzień i na dany moment negocjacji. Kolejno strony w dalszym etapie negocjacji dotyczących zarówno ceny jak i liczby świadczeń wypracowały zbieżne stanowiska w przedmiocie negocjacji. Oferent miał świadomość, że ustalenia powyższe nie stanowią o zakończeniu negocjacji. Komisja konkursowa rzetelnie informowała Oferenta, że jedynie spisanie **protokołu końcowego z negocjacji, stanowi o ostatecznych ustaleniach zarówno w zakresie ceny jak i liczby świadczeń.** Oferent był informowany, że ranking ofert funkcjonuje w sposób dynamiczny, poprzez zmiany cen ofert innych oferentów oraz, że dopiero końcowe ustalenia zapadłe w procesie negocjacji predysponują ofertę oferenta do ewentualnego ujęcia jej w rozstrzygnięciu postępowania. Komisja Konkursowa informowała Oferenta również, że w prowadzonym postępowaniu została określona kwota, o której Oferent uprzednio wiedział już na etapie składania oferty, przewidziana na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dopiero sporządzenie i podpisanie przez strony protokołu końcowego z negocjacji stanowi o ich zakończeniu i o ostatecznych ustaleniach poczynionych w procesie negocjacji. **Końcowy protokół z negocjacji sporządzony oraz podpisany przez strony wyrażał stanowisko rozbieżne w zakresie liczby świadczeń.** W końcowym etapie negocjacji Komisja Konkursowa nie miała już możliwości zaproponowania Oferentowi liczby punktów, z uwagi na fakt, że kwota postępowania została wyczerpana oraz oferty innych oferentów przedstawiały wyższą punktację za kryteria cenowe oraz niecenowe niż oferta odwołującego się Oferenta. **Strony podpisały protokół końcowy z negocjacji wyrażający stanowisko rozbieżne.** Oferent podpisał protokół końcowy z negocjacji wyrażający stanowisko rozbieżne. **Odwołujący się Oferent miał świadomość, że podpisanie protokołu końcowego z negocjacji ze statusem rozbieżnym**

zgodnie z jego zapisami powoduje, że oferta nie zostanie wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Należy w tym miejscu przytoczyć treść protokołu: „ ...Rozbieżność stanowisk w protokole końcowym oznacza, że oferta oferenta nie zostanie wybrana. W przypadku wystąpienia rozbieżności i odmowy podpisania przez oferenta protokołu końcowego, komisja odnotowuje ten fakt w pozycji „Uwagi” i podpisuje protokół jednostronnie informując jednocześnie oferenta o zakwalifikowaniu przez komisję konkursową oferty (lub jej odrębnie ocenianej części) do kategorii ofert, które nie zostaną wybrane w toku postępowania.”

Błędne są twierdzenia odwołującego się Oferenta jakoby przeprowadzane negocjacje miały charakter licytacji. Dodatkowo błędne są twierdzenia odwołującego się Oferenta jakoby Komisja Konkursowa nie była zobowiązana do przeprowadzenia negocjacji. Zważyć należy, że zgodnie z treścią art. 142 ust 6, ust 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który stanowi, że:

„6. Komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia: 1. liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej; 2. ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

7. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent”.

Odnosząc się do oceny oferty odwołującego się Oferenta, podnieść należy, że zarządzenie nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa jasno, według jakich kryteriów, oferty składane do postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są oceniane. Kryteria oceny ofert są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Oferent przystępując do postępowania ma możliwość zaznajomienia się z treścią w/w zarządzenia. Każdorazowa zmiana ceny świadczeń, którą ma możliwość dokonać Oferent, wpływa na wartość punktową jego Oferty. Ocena oferty dokonuje się według kryteriów:

1. jakość (kwalifikacje personelu, umiejętności, doświadczenie, wyposażenie w sprzęt, zewnętrzna ocena jakości, wyniki kontroli przeprowadzonej przez NFZ),
2. kompleksowość (możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wymagania formalne),
3. dostępność (liczbę dni i godzin pracy w harmonogramie, organizację przyjęć świadczeniobiorców, brak barier dla osób niepełnosprawnych),

4. ciągłość (oceniana w szczególności poprzez ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań, określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty),
5. cena (oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiąca końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy).

Zgodnie z załącznikiem nr 1 - **tab. 1.5 LECZENIE STOMATOLOGICZNE** - do w/w zarządzenia oferent może uzyskać maksymalnie za kryterium ceny 30 pkt obliczonych na podstawie wzoru określonego w zał. nr 2. Cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Dodatkowo nadmienić należy, że zgodnie z treścią art. 97 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz działa w imieniu własnym, lecz na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Co więcej, analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej jest elementem niezbędnym do prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Skutkiem prowadzonej analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej jest określenie kosztów świadczeń w wielkościach bezwzględnych, a także wzajemnych relacji kosztowych pomiędzy poszczególnymi świadczeniami. Ustalenia te są podstawą do wyceny świadczeń przy pomocy jednostek rozliczeniowych. Fundusz obowiązany jest zarządzać (dysponować) ograniczonymi środkami finansowymi w taki sposób, aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty w zakresie zabezpieczenia świadczeń. Fundusz działa w interesie świadczeniobiorców. MOW NFZ w Krakowie musi podejmować działania, aby należycie zabezpieczyć świadczenia opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców.

Podpisanie protokołu końcowego z negocjacji jest równoznaczne z zakończeniem czynności negocjacji podejmowanych w toku postępowania konkursowego. Komisja Konkursowa traktowała każdego oferenta jednakowo i żaden z Oferentów nie miał możliwości wyrażenia swoich ostatecznych stanowisk kilkakrotnie.

Po przedstawieniu ostatecznej ceny oraz ilości świadczeń przez oferentów przeprowadzony zostaje ranking końcowy wszystkich ofert spełniających wymagane prawem warunki niezbędne do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia. Ranking

końcowy ofert dokonuje się w sposób zautomatyzowany przez system informatyczny w oparciu o kryteria zawarte w zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. a także dane przedstawione przez oferenta w formularzu ofertowym. Ranking końcowy zawiera wszystkie oferty, które nie zostały odrzucone.

Oferty w rankingu końcowym są uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Uszeregowane są malejąco według liczby uzyskanych punktów z oceny oferty. **W końcowej części rankingu umieszcza się oferty, które nie zostaną wybrane, tj. w szczególności takie, co do których nie uzgodniono zbieżnych stanowisk w wyniku negocjacji.**

Oferta oferenta uzyskała :

w kryterium ceny – 30 pkt

kryterium ciągłość – 10 pkt

kryterium jakość – 25 pkt

kryterium dostępność – 5 pkt

RAZEM = 70 pkt

Odwołujący się Oferent – Oferenta Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Brzeszczach, ul. Piłsudskiego 6, 32-620 Brzeszcze – **uzyskał ocenę punktową oferty w rankingu niższą od oferentów, którzy zostali wybrani do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz podpisał końcowy protokół z negocjacji – protokół rozbieżności, co oznacza, że oferta w/w Oferenta nie została wybrana i nie zostanie z nim zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.**

Jednocześnie odnosząc się do wniosku Oferenta o udostępnienie wszystkich akt postępowania w tym obejmujących wszystkie oferty oferentów, uczestniczących w przedmiotowym konkursie ofert oraz wszystkie dokumenty sporządzone przez komisję konkursową przeprowadzającą ten konkurs ofert, stwierdzić należy, że udostępnienie wszystkich dokumentów jest bezzasadne. Porównanie ofert złożonych w danym postępowaniu następuje - zgodnie z zapisami art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy – w części niejawnego postępowania i w związku z tym nie podlegają one ujawnieniu poszczególnym oferentom, co potwierdza swoim stanowiskiem także Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.

Biorąc pod uwagę powyższe, postępowanie komisji konkursowej było zgodne z przepisami ustawy, Regulaminem pracy Komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o

