

znak: WO-ZRP/ 583-D

Gdańsk, dnia 30 czerwca 2010 r.

**VITA-MED. Centrum Opieki Medycznej sp. z o.o.**  
**ul. Wejherowska 59**  
**81-049 Gdynia**  
**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**VITA-MED.**  
**ul. Wejherowska 59**  
**81-049 Gdynia**

**DECYZJA nr 287 /2010****z dnia 30 czerwca 2010r.****Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 oraz art. 142 ust. 5 pkt 1 w zw. z art. 148 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. Nr 164 z 2008r.; poz. 1027 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą” po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

**VITA-MED. Centrum Opieki Medycznej sp. zo.o. z siedzibą w Gdyni,**  
**przy ul. Wejherowskiej 59 założyciel NZOZ VITA-MED. w Gdyni z siedzibą w Gdyni,**  
**ul. Wejherowska 59**

od rozstrzygnięcia postępowania: 11-10-000278/AOS/02/1/02.1610.001.02/1

**w rodzaju:** ambulatoryjna opieka specjalistyczna**w zakresie:** otolaryngologia

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddała odwołanie.
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

**Uzasadnienie**

W dniu 11.03.2010r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2010 i lata następne w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie otolaryngologii dla obszaru powiatów: m. Sopot, m. Gdynia

W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące zarówno wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty jak i przepisy dotyczące kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oferent do złożonej oferty załączył oświadczenie z dnia 25.03.2010r., że zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz że przyjmuje je do wykonania. W dniu 06.04.2010 r. Oferent został wezwany przez Komisję Konkursową do uzupełnienia braków formalnych. Braki zostały uzupełnione w terminie.

Po sprawdzeniu oferty pod względem spełnienia warunków formalno-prawnych oraz analizie oferty w aspekcie spełnienia wymagań określonych w przepisach, oferta została przyjęta do dalszego postępowania.

W części niejawnej postępowania oferent został zaproszony na negocjacje, podczas których strony doszły do porozumienia w zakresie ceny i liczby punktów, czego wynikiem było podpisanie protokołu końcowego z negocjacji. Oferent został poinformowany, iż podpisanie zbieżnego protokołu z negocjacji nie jest gwarancją wybrania oferty.

Po przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami, którzy spełniali wymagane warunki, został sporządzony ranking końcowy zawierający wszystkie nieodrzucone oferty, uszeregowane zgodnie z uzyskaną łączną liczbą punktów oceny z części niecenowej i cenowej.

Na podstawie powyższego rankingu dokonano wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania wartości postępowania określonym w ogłoszeniu.

W wyniku rozstrzygnięcia oferta nie została wybrana z powodu niewystarczającej liczby punktów w ocenie oferty.

W dniu 16.06.2010r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania.

W terminie wynikającym z art. 154 ust.1 ustawy wpłynęło do NFZ POW odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-10-000278/AOS/02/1/02.1610.001.02/1

Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego oferent został poinformowany o tym, że posiada prawo do czynnego udziału na każdym etapie postępowania, a przed wydaniem decyzji przez Dyrektora Oddziału w przedmiotowej sprawie, istnieje możliwość wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

### **Odwołanie złożone przez oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.**

Oferta została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców kryteriów oceny określonych w Zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, Zarządzenia Nr 67/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3.11.2009r w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne oraz Zarządzenia Nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 02.11.2009r w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Należy przy tym podkreślić, iż Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, był uprawniony do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców. Kryteria oceny ofert i warunki

wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, zaś odwołujący się w oświadczeniu załączanym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz że przyjmuje je do wykonania.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy, Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Komisja konkursowa w oparciu o materiały konkursowe i zgodnie z Zarządzeniem Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionym Zarządzeniem Nr 85/2009/DSOZ oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów.

Odnosząc się do zarzutów oferenta w przedmiocie postępowania Komisji – należy podnieść, że Komisja konkursowa informowała o cenie oczekiwanej każdego z oferentów, w tym odwołującego się oferenta. Negocjacje z oferentem odbywały się osobiście. Ponadto, tzw. cena oczekiwana jest wyliczana zgodnie ze wzorem podanym w załączniku nr 2 do Zarządzenia Nr 73 / 2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009r. Tym samym, zgodnie ze złożonym przez oferenta oświadczeniem oferent zaakceptował podane przez Fundusz warunki i nie zgłosił do nich zastrzeżeń w dniu składania oferty. W dniu 31.05.2010 r. Oferent został zaproszony na negocjacje w zakresie otolaryngologia. Negocjowano cenę oraz ilość punktów. Oferent został poinformowany o cenie oczekiwanej POW NFZ-8,60 zł. Wynegocjowane warunki zostały zawarte w protokole razem z klauzulą, o treści:

*„Komisja konkursowa zaakceptowała cenę i liczbę punktów określone w złożonej ofercie. Jednak Oferent w trakcie spotkania negocjacyjnego, mając na celu zwiększenie liczby punktów oceny za kryterium cenowe, postanowił obniżyć cenę punktu w ofercie, na co Komisja wyraziła zgodę. Podpisanie protokołu negocjacyjnego NIE jest gwarancją wybrania oferty. Wynegocjowane warunki zostaną wzięte pod uwagę przy tworzeniu rankingu końcowego. Ranking tworzony jest na podstawie sumy punktów za kryteria niecenowe i punktów wynikających z ceny punktu. Komisja dokonuje wyboru Oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. **Świadczeniodawca został poinformowany o cenie oczekiwanej przez NFZ.**”*

W przedmiocie podpisania z oferentem protokołu końcowego z negocjacji –należy wskazać, że to oferent w trakcie spotkania podejmował decyzję o podpisaniu wynegocjowanych warunków, zawartych w protokołach: „z negocjacji z dnia.....” , zwanego protokołem cząstkowym czy też tzw. „protokołu końcowego z negocjacji”.

Komisja dołożyła wszelkich starań, żeby oferenci podczas postępowania konkursowego otrzymywali od komisji konkursowej takie same informacje i żeby postępowanie komisji w stosunku do każdego z oferentów było jednakowe. Należy również wskazać, że wszyscy oferenci, zaproszeni do negocjacji spełniali wymagania, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ze zmianami oraz Zarządzenia Nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, natomiast Komisja konkursowa ma za zadanie wynegocjowanie najkorzystniejszych warunków po jak najkorzystniejszej cenie u oferentów spełniających w/w wymagania. Zadaniem komisji nie jest ocena ryzyka oferenta, a wszelkie ustalenia dokonywane są wyłącznie w formie pisemnej, odzwierciedlone w protokole z negocjacji.

Ze wszystkimi oferentami, którzy mieli już podpisane protokoły końcowe a złożyli wniosek dotyczący kolejnych negocjacji polegających na obniżeniu wartości punktu (i było to napisane w piśmie oferenta), a status postępowania na to pozwalał takie negocjacje były prowadzone. W przypadku zakończenia negocjacji przez komisję takich możliwości już nie było. W trakcie trwania postępowania konkursowego oferent zawsze miał możliwość pisemnego wystąpienia do komisji konkursowej ze swoim wnioskiem bądź prośbą.

Po przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami, którzy spełniali warunki wymagane przepisami prawa wskazanymi w ogłoszeniu o konkursie, został sporządzony ranking końcowy zawierający wszystkie nieodrzucone oferty, uszeregowane zgodnie z uzyskaną łączną liczbą punktów oceny z części niecenowej i cenowej. Następnie dokonano wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania wartości postępowania określonym w ogłoszeniu.

Oferent otrzymał za kryteria cenowe 16,744 punktów, za kryteria niecenowe 43,846 punktów, łącznie 60,590 punktów. Ostatnia oferta, która została wybrana do realizacji świadczeń zdrowotnych od 01.07.2010 do 30.06.2013 uzyskała za kryteria cenowe 15,000 punktów, za kryteria niecenowe 46,666 punktów, łącznie 61,666 punktów. Świadczenia w tym zakresie zostały zabezpieczone.

Wobec braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - należało je oddalić.

Ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego, decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności na podstawie art. 108 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego.

### **Pouczenie**

W oparciu o art. 154 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie, ul. Grójecka 186. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Pomorskiego oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

Podpisała:  
-[Dorota Pieńkowska]-  
Dyrektor  
Pomorskiego OW NFZ