

Hanna Lewandowska

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna we Wrocławku

FIRMY MEDYCZNE NA RYNKU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Wstęp

Ciągła obserwacja i analiza informacji napływających z rynku zamówień publicznych pozwalają – poprzez obserwację podmiotów funkcjonujących na tym rynku, zarówno po stronie popytu (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – dalej SPZOZ), jak i podaży (firmy medyczne) – na podejmowanie racjonalnych decyzji dotyczących wydatkowania i zarządzania finansowymi środkami publicznymi. Konieczność prowadzenia zrównoważonej gospodarki finansowej powoduje, że podmioty sektora opieki zdrowotnej zmuszone są do prowadzenia takiej „działalności”, która pozwoli na maksymalizowanie wpływów przy jednoczesnym minimalizowaniu kosztów. Można to osiągnąć m.in. przez optymalne wydatkowanie posiadanych finansowych środków publicznych na dostawy, stanowiących warunek *sine qua non* działalności operacyjnej SPZOZ. Specjalistyczny charakter zamówień kierowanych na rynek przez podmioty sektora ochrony zdrowia powoduje, że stroną podażową są w stanie zabezpieczyć tylko podmioty wyspecjalizowane w tym zakresie, a więc firmy medyczne.

Brak spójności między celami istnienia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jako podmiotów *non-profit* z celami istnienia firm medycznych jako podmiotów *for-profit* niweluje w znacznym stopniu ustawa o zamówieniach publicznych (od 1.05.2004 r. Prawo zamówień publicznych¹), wpływając pozytywnie na dążenia do osiągnięcia ogólnej korzyści podmiotów funkcjonujących w

¹ Od dnia akcesji Polski do Unii ustawa Prawo zamówień publicznych obowiązuje w całości, DzU 2004 nr 19, poz. 177 z późn. zm.

dwóch różnych sektorach gospodarki². **Rozwiązania przyjęte w gospodarkach rynkowych, zmuszające do jawnego i czytelnego wydatkowania finansowych środków publicznych, powodują, że kumulacyjny charakter rozwiązań technologicznych powiązany z globalizacją rynku wymusza na firmach medycznych ciągle controlling prowadzonej działalności.** Zamawiający coraz częściej biorą pod uwagę m.in. wielkość, strukturę, nowoczesność wyposażenia technicznego firmy. Wraz z ceną, kosztami eksploatacyjnymi i jakością rozwiązań stwarzają one rodzaj pewnego algorytmu dla innowacyjności. Wynikiem takiego postępowania jest oszczędność kapitału i efektywne powiązanie między konsumentem a producentem. Istniejące mechanizmy rynkowe wzmacniają te powiązania i ustalają niezbędną równowagę między kosztami i cenami.

Spadek realnej wartości wydatków publicznych na ochronę zdrowia w latach 1999–2003 mierzony relacją do PKB³ spowodował, że w SPZOZ występuje brak zrównoważenia kosztów z przychodami⁴. Ponieważ na usługę medyczną składają się⁵ sprzęt medyczny, środki medyczne (np. leki) i opieka medyczna, więc wzrost jednej z tych składowych przy *ceteris paribus* powoduje wzrost kosztu całości usługi medycznej. Komplementarność ta powoduje, że względnie nieograniczone możliwości redukcji kosztów stwarza rynek zamówień publicznych, na którym cena jako optymalna wypadkowa mechanizmu rynkowego jest w stanie jednoznacznie zweryfikować koszty podaży firm medycznych.

2. Rola zamówień publicznych w zarządzaniu jednostkami opieki zdrowotnej

Synchronizacja popytowej strony rynku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej z rynkową orientacją firm produkujących na potrzeby sektora ochrony zdrowia może się odbywać przez identyfikowanie potencjalnych nabywców usług medycznych (pacjentów). Rozpoznanie cech klientów/konsumentów ma wpływ na ukierunkowanie zasobów i możliwości produkcyjno-technicznych firm „branżowych”, tj. produkujących i zaopatrujących podmioty sektora ochrony zdrowia. Dokonać tego można poprzez analizę popytowo-podażową liczby zamówień kierowanych przez podmioty sektora ochrony zdrowia na rynek zamówień publicznych oraz ich realizację przez firmy medyczne.

² Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej należą do sektora publicznego, firmy medyczne zaś do sektora prywatnego, por. GUS, Warszawa 2003.

³ Por. *Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Informacja dla Sejmowej Komisji Zdrowia, MZ, Warszawa, listopad 2004*

⁴ Zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm. SPZOZ są zmuszane do udzielania świadczeń, które nie są refundowane, ani z budżetu państwa ani z ubezpieczenia zdrowotnego.

⁵ Szerzej na ten temat zob.: L.Leder, *Zdrowie a procesy przemian ustrojowych* [w:] *System opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2000.

Tabela 1. Liczba zamówień na dostawy SPZOZ i liczba odpowiedzi na złożone oferty w latach 1999 – 2003

Rok	Popyt (liczba zamówień SPZOZ)	Podaż (liczba odpowiedzi)	Wskaźniki (%)
1996*	2 102	1 581	75,21
1997*	3 175	2 713	85,44
1998*	2 859	3 228	112,91
1999	3 320	5 343	160,93
2000	5 124	10 485	204,62
2001	7 090	11 494	162,11
2002	6 319	11 120	175,97
2003	4 749	4 880	102,76

Źródło: obliczenia własne na podstawie liczby opublikowanych odpowiedzi w BZP [1996-2002]*
Dane pochodzące z lat 1996–1998 są liczbami, których nie można porównywać z latami 1999–2003 ze względu na brak obowiązku publikacji w BZP wyników postępowań przetargowych

Opisane wielkości stanowią potwierdzenie tezy o niestosowaniu przez samodzielne zakłady opieki zdrowotnej art. 3 ustawy o zamówieniach publicznych, który to zapis zabraniał dzielenia zamówienia na części i stosowania tego rodzaju praktyk⁶. Jednak celowe (lub nieświadome) omijanie tego zapisu przynosiło pozytywne wyniki w postaci m.in. mniejszej liczby unieważnionych postępowań przetargowych⁷, ponieważ unieważniano część zamówienia, a nie całość. Stan taki stwarzał możliwość zaistnienia na rynku zamówień publicznych sektora ochrony zdrowia firm medycznych o mniejszym potencjale ekonomiczno-technicznym oraz tych, które taką działalność rozpoczęły.

Zestawienie i analiza liczby wyemitowanych przez zakłady opieki zdrowotnej, zamówień na dostawy w zestawieniu z liczbą odpowiedzi otrzymaną od oferentów wskazuje na to, że strona podażowa rynku w latach 1998–2003 przewyższała stronę popytową. Wskaźniki napływu ofert na jedno ogłoszenie w pierwszych latach (1996–1997) funkcjonowania ustawy o zamówieniach publicznych kształtowały się poniżej wymaganego progu realizacji⁸ – odpowiednio 75,21 i 85,44%. Rok 1998 stanowił pewien przełom (112,91%), a lata 1999–2002 wykazywały dalszy wzrost tego wskaźnika. Jednak ustawowa wartość wskaźnika podaży/popytu została osiągnięta dopiero w 2000 r. Od roku 2003 notowany jest spadek liczby napływających ofert (102,76%) na jedno ogłoszenie kierowane przez SPZOZ na rynek zamówień publicznych. Stanowi to sygnał pogłębiającej się „zapaści” finansowej

⁶ Ustawa Prawo zamówień publicznych dopuszcza taką możliwość w art. 2 pkt 6, DzU 2004 nr 19, poz.177.

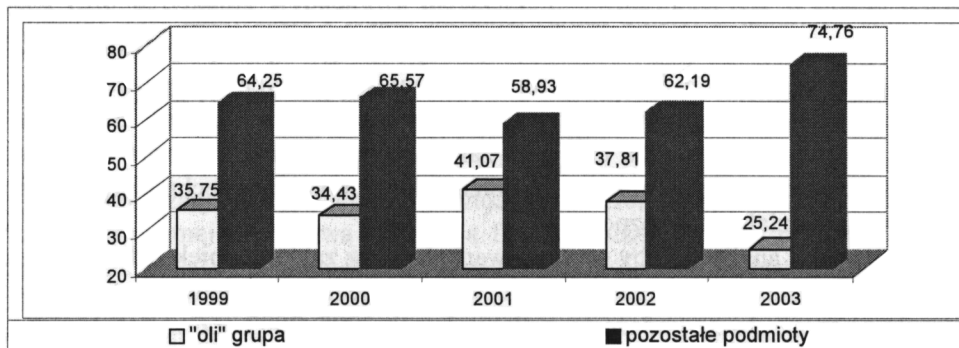
⁷ Por. sprawozdania Prezesa UZP z funkcjonowania systemu zamówień publicznych [1996-2002].

⁸ Por. art. 27b, pkt.1 podp.1 ustawy o zamówieniach publicznych, DzU 1998 nr 119, poz. 773 z późn. zm.

podmiotów sektora ochrony. Przyczyny można dopatrywać się w braku koncepcji zarządzania podmiotami sektora i ciągłej nowelizacji przepisów dotyczących powszechnej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

3. Firmy medyczne na rynku podaży

Specjalistyczny charakter dostaw dla podmiotów sektora opieki zdrowotnej i wymagania z tym związane spowodowały, że na rynku zamówień publicznych ukształtowała się grupa firm medycznych – liderów – które w znacznej mierze opanowały rynek dostaw dla SPZOZ. Podmioty te w latach 1999–2002 realizowały ok. 40% wszystkich zamówień na dostawy asortymentu medycznego (por. ryc. 1), wyemitowanych na rynek zamówień przez samodzielne zakłady opieki zdrowotnej. Znaczne zmniejszenie udziału dużych firm w realizowaniu dostaw dla SPZOZ w roku 2003 spowodowane było zadłużeniem podmiotów sektora. Skutkiem braku płynności finansowej SPZOZ było uzależnienie dostaw/sprzedaży od formy płatności (gotówka)⁹. Brak chęci lub możliwości kredytowania zadłużonych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wywarł wpływ na zmniejszoną aktywność największych firm medycznych na rynku zamówień publicznych.



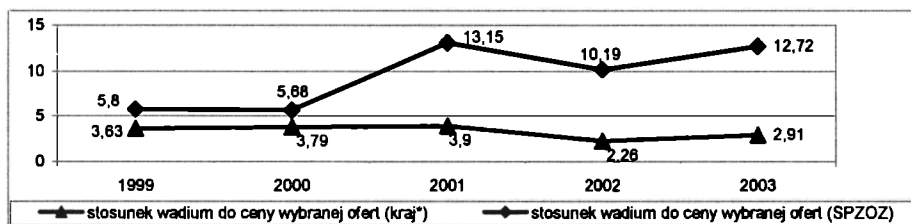
Ryc. 1. Udział wybranych firm medycznych w rynku podaży dla SPZO w latach 1999 – 2003

Źródło: obliczenia własne na podstawie ogłoszeń o wyborze oferty (1999-2003).

Najaktywniejszymi uczestnikami tego specjalistycznego rynku dostaw dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 1999–2003 były takie firmy medyczne, jak: Johnson & Johnson, Aesculap Chifa, GlaxoSmithKline, Sanofi Synthelabo, Cefarm, Cezal, Urtica i Zarys. Ekspansja tych podmiotów na rynku zamówień publicznych powiązana była w omawianych latach ściśle z ich

⁹ Ministerstwo Zdrowia, *Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Informacja dla Sejmowej Komisji Zdrowia*, Warszawa, listopad 2004.

przychodami¹⁰. Dysponując nieograniczonymi możliwościami finansowymi, podmioty te mogły zaoferować poza całym panelem swoich dostaw, również takie „udogodnienia” jak długi termin płatności, stałość cen oraz żądane przez zamawiających wysokie wadium, wartością znacznie odbiegające od wartości średniej krajowej. Warunku takiego nie mogły spełnić firmy medyczne średniej wielkości, a więc o mniejszym potencjale finansowym (por. ryc. 2). Żądanie przez zamawiających wysokiego wadium może świadczyć o braku orientacji w kształtowaniu się cen na asortyment medyczny i w związku z tym nieświadome konstruowanie niszy cenowej natychmiast „zapełnianej” przez koncerny medyczne, które stając się liderami rynkowymi, dyktowały ceny na wybrany asortyment medyczny.



Ryc. 2. Stosunek wadium do ceny oferty wybranej w latach 1999 – 2003 (%)

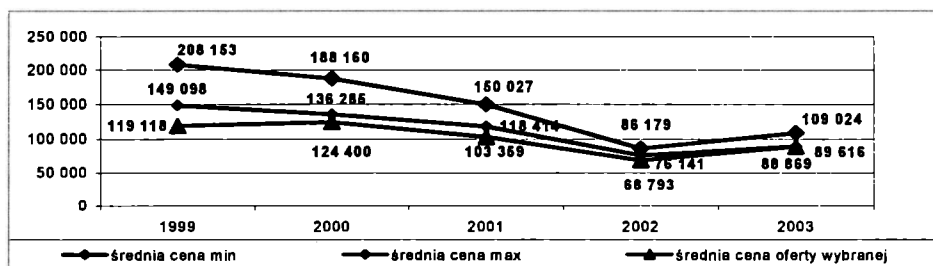
Źródło: obliczenia własne na podstawie ogłoszeń o zamówieniu (wyborze) oferty.*
Sprawozdanie UZP (1999–2003).

4. Struktura i dynamika cen zawartych kontraktów w latach 1999–2003

Wymienione podmioty, zaopatrując sektor ochrony zdrowia w rozmaite produkty, począwszy od środków czystości i odzieży ochronnej poprzez leki i odczynniki, do sprzętu i aparatury medycznej włącznie¹¹, tworzyły w latach 1999–2002 grupę quasi-oligopolistyczną. Jednak niekorzystna sytuacja finansowa, w jakiej znalazły się podmioty sektora ochrony zdrowia, paradoksalnie wywarła pozytywny wpływ na konkurencyjność wśród dostawców. **Konieczność funkcjonowania na rynku wymusiła na firmach medycznych politykę obniżania i urealnienia cen proponowanego asortymentu do takiej wysokości, która pozwoliłaby podmiotom sektora ochrony zdrowia na ich realizowanie.** Potwierdzenie tej tezy można znaleźć w dyspersji cen podpisanych kontraktów (por. ryc. 3).

¹⁰ Na przykład *Sprawozdanie Prezesa UZP z funkcjonowania systemu zamówień publicznych za 2002 i 2003 rok*, UZP, Warszawa 2003 oraz *Monitor Polski B*.

¹¹ Biuletyny zamówień publicznych (1998 – 2003).

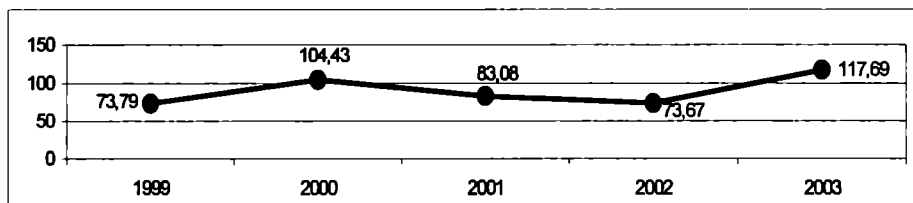


Ryc. 3. Dyspersja cen ofert napływających i wybranych do realizacji ofert w latach 1999–2003 (w tys. PLN)

Źródło: obliczenia własne na podstawie wyników opublikowanych w BZP [1999–2003].

Kontrakty na asortyment oferowany przez firmy medyczne zawierane były poniżej lub na poziomie średniej ceny minimalnej oferowanej w danym postępowaniu przetargowym. W roku 1999 różnica ta była największa – wynosiła 25,16%, w roku 2000 – 9,55% i dalej odpowiednio: w roku 2001 – 14,56%, w roku 2002 – 10,68%, a w roku 2003 różnica pomiędzy ceną minimalną a ceną podpisanych kontraktów kształtowała się na poziomie 0,8% poniżej ceny minimalnej proponowanej przez firmy medyczne.

Różnice między ceną maksymalną a ceną podpisanego kontraktu (por. ryc. 3) od roku 1999 również systematycznie się zmniejszały. W roku 1999 różnica ta wynosiła 89 035 zł, w 2000 r. 63 760 zł, w 2001 r. 46 668 zł, w 2002 r. 17 386 zł, a w roku 2003 wzrosła o 222 zł w stosunku do roku poprzedniego. Ustabilizowanie cen maksymalnych na porównywalnych poziomach w latach 2002 i 2003 może świadczyć o zaniechaniu przez firmy medyczne strategii *skimming*¹². Stanowi to także potwierdzenie tezy o toczącej się konkurencji cenowej między firmami medycznymi na rynku zamówień publicznych sektora ochrony zdrowia.



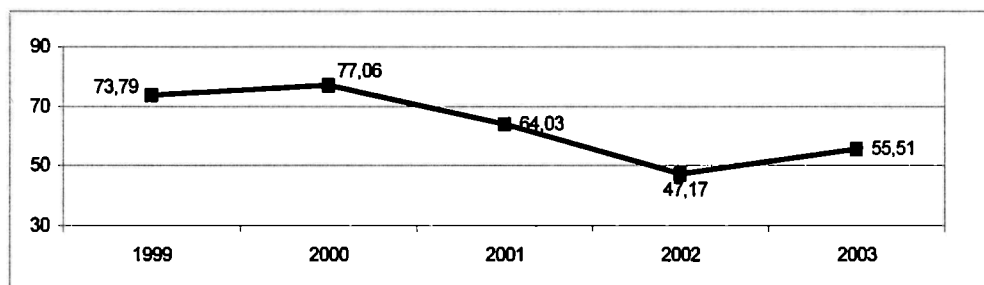
Ryc. 4. Dynamika cen zawartych kontraktów na dostawy dla SZOZ w latach 1999–2003 (rok poprzedni = 100)

Źródło: obliczenia własne na podstawie wyników o wyborze oferty [1998–2003].

¹² Strategia ta polega na ustaleniu wysokiej ceny początkowej, a następnie stopniowym jej obniżaniu.

Dynamika cen kontraktów zawartych w poszczególnych latach w stosunku do roku poprzedniego (por. ryc. 4) uzależniona była od kondycji finansowej podmiotów sektora ochrony zdrowia. W latach 1999–2003 wykazała ona dość znaczne różnice. Odnotowany wzrost tej wielkości w roku 2000 w stosunku do 1999 r. o 30,64% może być wynikiem zwiększonej liczby kontraktów zawieranych na dostawę aparatury i sprzętu medycznego, a więc asortymentu o znacznej wartości. Przyczyną tego mogła być konieczność przekształcania się zakładów publicznych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i przekazywanie środków finansowych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) na wyposażenie szpitali, dla których były one organami założycielskimi. Spadek zaś tej dynamiki w 2001 r. o 21,35% w stosunku do roku 2000, a następnie o 9,41% w roku 2002 w stosunku do roku poprzedniego stanowi jeszcze jedno potwierdzenie tezy o rozpoczynającej się zapaści finansowej podmiotów sektora ochrony zdrowia. Wzrost natomiast o 44,02% dynamiki w roku 2003 w stosunku do roku 2002 może być wynikiem wzrostu cen na rynku zamówień publicznych spowodowanego próbą ich wyrównania z porównywalnym asortymentem w krajach Unii Europejskiej przed mającą nastąpić akcesją Polski.

Analizując dynamikę cen zawartych kontraktów w latach 1999–2003 w stosunku do roku 1998 (por. ryc. 5) można zauważyć spadek tej wielkości w poszczególnych latach. W roku 1999 spadek dynamiki cen w stosunku do 1998 r. wynosił 26,21 punktu procentowego, a w latach następnych spadek ten wynosił odpowiednio: 22,94 punktu procentowego (pkt. procent.) w 2000 roku; 35,94 pkt. procent. w 2001 r.; 52,83 pkt. procent. w 2002 r. i 44,49 pkt. procent. w 2003 r. Spadek wartości tego wskaźnika w latach 1999–2000 może wynikać ze zwiększonej konkurencji wśród firm medycznych na rynku zamówień publicznych, a w latach następnych (2001–2003) może stanowić symptom rosnącego zadłużenia SPZOZ (por. tab. 2).



Ryc. 5. Dynamika cen zawartych kontraktów (rok 1998 = 100)

Źródło: opracowanie własne na podstawie cen wybranych ofert [1998 – 2003].

Dynamika cen zawartych kontraktów w zestawieniu z ich wartością pozwala na potwierdzenie tezy o braku środków finansowych w podmiotach sektora ochrony zdrowia. Wynikiem tego jest realizowanie największej liczby zamówień w tzw. systemie na *cito* i o niewielkiej wartości. (por. tab. 2). W omawianym okresie największy odsetek stanowiły kontrakty do 120 tys. zł, a więc zawierane na podstawowy asortyment medyczny w postaci leków, środków opatrunkowych i odczynników¹³. Brak zrozumienia przez zarządzających podmiotami sektora opieki zdrowotnej tego, że wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny może stymulować przychody tych podmiotów, spowodował, że wysokość kontraktów zawieranych powyżej 600 tys. zł stanowi niewielki odsetek wszystkich podpisanych kontraktów – zwłaszcza w 2002 r. Wzrost natomiast w roku 2003 (do 6,54%) kontraktów powyżej 600 zł może być wynikiem oddziaływania polityki społecznej Narodowego Funduszu Zdrowia, preferującego jakość wykonywanych usług medycznych. (por. ryc. 1).

Tabela 2. Struktura zrealizowanych ofert przetargowych w latach 1999–2003 według ceny oferty wybranej (w %)

Wartość zamówienia/rok	1999	2000	2001	2002	2003
Do 120 tys. zł	35,61	73,67	67,85	83,85	79,57
121 – 200 tys. zł	9,48	7,86	8,21	7,45	5,61
201 – 400 tys. zł	2,96	2,81	2,14	6,11	6,39
401 – 600 tys. zł	4,38	1,44	1,67	1,75	1,89
p/w 600 tys. zł	2,84	1,19	1,07	0,95	6,54

Źródło: obliczenia własne na podstawie ogłoszeń o cenie wybranej oferty [BZP 1999-2003].

Nowa konstrukcja ubezpieczenia, preferująca swobodny wybór świadczeniodawcy dla pacjentów/konsumentów, oraz konkurs ofert na wykonywanie usług medycznych spowodowały, że wysokość podpisywanych kontraktów została uzależniona od rodzaju posiadanego wyposażenia medycznego¹⁴ (aparatury i sprzętu). Działania te skłoniły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej do zwiększonego inwestowania w środki trwałe mogące w przyszłości wygenerować przychody.

Podsumowanie. Pojawienie się nowych rozwiązań w technice medycznej, sposobie jej wykorzystania oraz sposobach leczenia stało się stymulatorem nowocze-

¹³ H. Lewandowska, *System zamówień publicznych w zarządzaniu SPZOZ*, Politechnika Częstochowska, Częstochowa 2004, maszynopis.

¹⁴ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003 nr 43, poz. 339 oraz załącznik nr 2 do uchwały nr 220/2003 Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia.

snych rozwiązań w zakresie poszerzenia diagnostyki, skrócenia czasu wykonywanych usług i podwyższenia ich standardu. Wpływ na funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w szeroko rozumianym zakresie wywierają firmy medyczne funkcjonujące na rynku. Obszarem, na którym następuje weryfikacja zasadności działania tych podmiotów, jest rynek zamówień publicznych. Pozwala on na skorelowanie działalności tych podmiotów, wywierając istotny wpływ na funkcjonowanie całej gospodarki. Wzajemne relacje podmiotów działających w dwóch różnych sektorach gospodarki mają decydujący wpływ na funkcjonowanie pojedynczego podmiotu w każdym z tych sektorów, wyznaczając strategię rozwoju i pobudzając do ciągłego controllingu podjętych działań.

Literatura

- [1] Abraham F., Stuyck J., *Privatisations and Public Procurement in the European Union*, Leuven University Press, Leuven 1998.
- [2] Baran A., *Finanse w ochronie zdrowia*, [w:] *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001.
- [3] Golinowska S., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002.
- [4] Leder L., *System opieki zdrowotnej*, Wyd. Scholar, Warszawa 2000.
- [5] Lewandowska H., *System zamówień publicznych w zarządzaniu samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej*, Politechnika Częstochowska, Częstochowa 2004 (maszynopis).
- [6] Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2003.
- [7] Włodarczyk C., *Reformy zdrowotne*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.

MEDICAL COMPANIES ON THE MARKET OF INDEPENDENT PUBLIC HEALTH CENTRE

Summary

Activities of health centres (independent public health centres) and medical companies are correlated with each other despite the different range and different purposes of their existence. Direction of undertaken activities and processes of changes in health sector are dependent upon efficiency of operation of the medical companies. Market of public orders, on which, as a result of a market play, costs and incomes of the market are created, constitutes one of the areas ability to verify the optimal directions of the undertaken activities.

