

Lewandowska, Hanna

Służba zdrowia regionu mazowieckiego na rynku zamówień publicznych

Notatki Płockie 47/2-191, 23-28

2002

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

SŁUŻBA ZDROWIA REGIONU MAZOWIECKIEGO NA RYNKU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie roli jaką odgrywają samodzielne jednostki służby zdrowia województwa mazowieckiego w wydatkowaniu środków publicznych. Wykazanie, że wielkość środków per capita przeznaczonych na ochronę zdrowia jest uzależniona od rodzaju zamawianego asortymentu, a nie od ilości mieszkańców, stanowi jedną z przesłanek niniejszej publikacji.

Opracowanie oparte zostało na opublikowanych zaproszeniach do przetargów (dostawy) znajdujących się w Biuletynie Zamówień Publicznych oraz sprawozdaniach Urzędu Zamówień Publicznych [1996-1999]. Zakres analizy nie uwzględnia m.st. Warszawy.

System opieki zdrowotnej jest jednym z obszarów zainteresowań Unii Europejskiej (UE), a ustawodawstwo dotyczące innych dziedzin gospodarczych ma wpływ na ten system, poprzez odwoływanie się do przepisów dotyczących leków, środków farmaceutycznych, urządzeń medycznych i przetargów na zamówienia publiczne w służbie zdrowia. Zasadnicze kwestie dotyczące regulacji prawnych Unii Europejskiej przejawiają się głównie w zagadnieniach sformułowanych w artykule 129 Traktatu z Maastricht, określając prawne kompetencje Wspólnoty Europejskiej w zakresie zdrowia publicznego. Traktat stanowi, iż Wspólnota Europejska będzie popierać promocję zdrowia poprzez stymulowanie współpracy pomiędzy państwami członkowskimi, a także popierać współpracę w zakresie zdrowia publicznego z państwami „stowarzyszonymi”. Podpisany przez Polskę w Brukseli w 1991 roku Układ o Stowarzyszeniu z UE, obliguje Polskę do uregulowań prawnych w obszarze polityki zdrowotnej i ochrony zdrowia. Pomimo tego, że art. 129 odnosi się do świadczeń zapobiegawczych, a nie zdrowotnych, to proces integracji europejskiej w istotny sposób będzie miał wpływ na system opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. W aspekcie tym, rządy poszczególnych krajów są odpowiedzialne za opiekę zdrowotną i powinny uwzględniać w swojej polityce podejście koszt - efekt, a stosowanie subsydiarności powinno być uzależnione od decyzji podejmowanych na najniższych szczeblach zarządzania (np. w samodzielnych jednostkach służby zdrowia). Wpływ Unii Europejskiej na problematykę ochrony zdrowia następuje poprzez takie obszary jej działalności jak rozwój jednolitego rynku i polityki społecznej oraz rozwój badań naukowych i technologii informacyjnych.

W Polsce podstawowym dokumentem ukierunkowanym na promocję zdrowia jest Narodowy Program Zdrowia (NPZ), przyjęty do realizacji na podstawie Protokołu Ustaleń (nr 32 z 1993 r.) Rady Ministrów. „Strategia dla Zdrowia” opracowana w 1994 roku przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej łącznie z NPZ stały się dokumentami określającymi założenia polityki zdrowotnej Państwa opartej na europejskiej strategii, opracowanej i rekomendowanej przez Światową Organizację Zdrowia. Obecnie obowiązująca wersja programu, która została przyjęta w 1996 roku określa cele i kierunki polityki ochrony zdrowia publicznego w Polsce do 2005 roku.

Celem strategicznym NPZ w latach 1996-2005 jest poprawa zdrowia społeczeństwa i związanej z tym jakości życia. Narodowy Program Zdrowia oparty jest na zasadzie współodpowiedzialności obywatela za stan swojego zdrowia. Rola państwa polega natomiast na stworzeniu warunków do zachowania i umacniania tego stanu. Jedną z metod służącą realizacji tych celów są dotacje przeznaczone na finansowanie zadań służby zdrowia. Należą do nich takie obszary działalności jak ustawodawstwo dotyczące ubezpieczeń, leków i środków farmaceutycznych oraz przetargów na zamówienia publiczne.

Istniejąca od 1994 roku Ustawa o Zamówieniach Publicznych¹, podlega ciągłej nowelizacji, po stronie popytu w kierunku ekonomicznie uzasadnionego wydatkowania środków publicznych, jak i po stronie podaży w kierunku zwiększenia konkurencyjności. Do stosowania Ustawy o Zamówieniach Publicznych² zobowiązane są te podmioty gospodarcze, które wykonują zadania o charakterze użyteczności publicznej. Po ostatniej zmianie przepisów za środki publiczne uznaje się również te, które pochodzą ze składek na ubezpieczenia zdrowotne³.

Zamówienia publicznego udziela się w trybie:

- przetargu nieograniczonego - przy wartości zamówienia powyżej 30 tys. euro,
- przetargu ograniczonego - przy specjalistycznym charakterze zamówienia,
- przetargu dwustopniowego - gdy z góry nie można określić takich cech, które pozwolą na wybór najkorzystniejszej oferty,
- negocjacji z zachowaniem konkurencji - jeśli zachodzi pilna potrzeba udzielenia zamówienia, a nie można tego było przewidzieć wcześniej,
- zapytania o cenę - gdy przedmiotem zamówienia są dostawy o ustalonych standardach jakościowych,
- zamówienia z wolnej ręki - gdy wymagane jest natychmiastowe wykonanie zamówienia.

Rozporządzenia, dyrektywy i decyzje dotyczące farmaceutyków i urządzeń medycznych znajdują się w obszarze negocjacyjnym „Swobodny przepływ towarów”. Wynika to ze specyfiki tych urządzeń odróżniających je od innych towarów, będących przedmiotem transakcji rynkowych. Ukazanie się ustaw dotyczących dostosowania modułów europejskiego systemu oceny zgodności, kontroli rynku i ochrony konsumenta oraz odpowiedzialności producenta i ogólnego bezpieczeństwa wyrobu pozwoli na wdrożenie Dyrektywy⁴ dotyczącej ochrony zdrowia na poziomie rozporządzenia Rady Ministrów. Podczas sesji negocjacyjnej w listopadzie 2001 roku, obszar negocjacji dotyczący rejestracji farmaceutyków został zamknięty zapisem o okresie przejściowym do 2008 roku celem dostosowania ustawodawstwa polskiego do reguł unijnych.

Służba zdrowia województwa na rynku zamówień publicznych (dostawy)

Rynek zamówień publicznych staje się w coraz szerszym stopniu jednym z ważniejszych obszarów gospodarczych Polski. Bogaty i różnorodny asortyment pozwala na wybór produktów najwyższej jakości. Dotarcie do gamy oferowanych produktów (producentów/dostawców), poprzez zamówienia publiczne, jest jednym z celów systematycznie nowelizowanej Ustawy o Zamówieniach Publicznych. Instrumentem służącym do uzyskania optymalnych rozwiązań są tryby przetargowe zawarte w Ustawie, dające możliwość najlepszego wyboru dla zamawiającego.

Trybem obowiązkowym i dlatego najczęściej stosowanym jest tryb przetargu nieograniczonego. Przynosi on największe korzyści w postaci optymalnej ceny/wartości (por. tab. 4). Wśród zaproszeń do przetargów na roboty/dostawy/usługi publikowanych w Biuletynach Zamówień Publicznych (1996-1999), znaczące miejsce zajmują zamówienia na dostawy (por. tab. 1), a w tym zamówienia pochodzące od samodzielnych jednostek służby zdrowia.

Tablica 1. Zamówienia publiczne w latach 1996-1999.

Przetarg na:	Rok			
	1996	1997	1998	1999
- roboty budowlane*	14 699	18 646	17 393	15 051
- dostawy* w tym:	3 616	4 793	5 878	5 821
1. służba zdrowia	1 256	1 751	2 426	3 320*
2. służba zdrowia woj. mazowieckiego	106	160	206	170
- usługi	2 665	3 193	3 789	4 436

Źródło: opracowanie własne na podstawie ogłoszeń opublikowanych w BZP [1996-1999];*/sprawozdanie UZP za 1999r.

Wzrastająca liczba zamówień może być wynikiem zrozumienia korzyści, jakie przynosi ta forma realizacji dostaw oraz skutkiem przestrzegania Ustawy o Zamówieniach Publicznych, która w sposób obligatoryjny zobowiązuje podmioty dysponujące środkami publicznymi do ich jawnego i czytelnego wydatkowania.

Tablica 2. Jednostki służby zdrowia woj. mazowieckiego w zaproszeniach do przetargów.

Rok	Liczba jedn. ZOZ	śred. liczba zaprosz.	liczba zaprosz. przy uwzględnieniu podziału na pakiety* i części*	średnia liczba zaprosz. przy uwzględnieniu podziału
1996	17	6,23	199	11,70
1997	24	6,66	352	14,66
1998	27	7,62	371	13,74
1999	27	6,29	540	20,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie zaproszeń ogłoszonych w BZP w latach 1996-1999

Zaobserwowany na rynku zamówień publicznych (dostawy) spadek ilości zaproszeń do przetargów w roku 1998 (por. tab. 1), spowodowany został podniesieniem wartości progowej zamówienia (z 20 tys. do 30 tys. euro), powyżej której istnieje obowiązek publikacji ogłoszenia o przetargu nieograniczonego⁵.

Samodzielne jednostki służby zdrowia prawidłowo interpretując zmiany zachodzące w relacjach popyt/podaż na rynku zamówień publicznych, po kilku latach funkcjonowania Ustawy wiedzą, że wystarczy w miarę dokładnie sprecyzować przedmiot zamówienia, aby znalazł się dostawca, który taki asortyment dostarczy. Pomimo że dzielenie jednego zamówienia na części jest niezgodne z założeniami Ustawy, jednostki służby zdrowia omijają ten przepis na korzyść ceny/wartości. W ciągu roku wielokrotnie korzystają z tej formy realizacji własnych celów przy ogłaszaniu zaproszeń do przetargów. Dzieląc jedno zamówienie na „pakiety” i „części” (por. tab. 2), podmioty gospodarcze (służba zdrowia) starają się osiągnąć optymalny poziom ceny/wartości (por. tab. 3), jako jedynego kryterium. Stosowanie innych kryteriów (np. wydajności) przy zamówieniach na farmaceutyki i inne środki medyczne jest niemożliwe ze względu na specyfikę asortymentu.

„Pakiety” i „części”, dotyczą tego samego asortymentu towaru (dostawy) według Europejskiej Klasyfikacji Działalności (EKD). Pozwala to na wybór najlepszego (najtańszego) dostawcy spośród funkcjonujących na rynku podaży małych i średnich przedsiębiorstw, posiadających „przywileje” podatkowe, a więc znacznie mniejsze koszty dostawy, (np. Zakłady Pracy Chronionej, produkujące asor-

tyment w zakresie grupy 24.51 EKD - środki czystości). Podział taki przynosi również wymierne korzyści w postaci „zaoszczędzenia” środków finansowych w jednym dziale (np. środki czystości) i przesunięciu ich do innego działu EKD (np. leki lub sprzęt medyczny), bez konieczności zmiany przeznaczenia dotacji celowej. Pozwala tym samym na zmniejszenie kosztu funkcjonowania samodzielnej Jednostki Służby Zdrowia i w efekcie na zmniejszenie dotacji budżetowych.

Koszty i korzyści korzystania z rynku zamówień publicznych

Zgodnie z art. 30 dyrektywy 93/37/EWG, art. 26 dyrektywy 93/36/EWG i art. 36 dyrektywy 92/50/EWG zamawiający wybierając ofertę powinien kierować się kryterium najniższej ceny lub wybierać ofertę uznaną za najkorzystniejszą ekonomicznie. W aspekcie tym, rozwijający się rynek zamówień publicznych po stronie podaży, pozwala samodzielnym jednostkom służby zdrowia na wybór dostawcy, spośród konkurujących ze sobą oferentów. Zamawiający przy zastosowaniu różnorodności kryteriów ekonomicznych w ocenie oferty (cena, termin wykonania, jakość i serwis) pośrednio może wpływać na „wymuszanie” u potencjalnych dostawców poszukiwania nowych rozwiązań w postaci wprowadzania nowych technik i technologii.

Duża ilość ofert złożonych na jedno zaproszenie do przetargu w rozpatrywanych latach, przy jednoczesnym zmniejszeniu ilości ofert odrzuconych (por. tab. 3), jest wynikiem coraz lepszego przygotowania merytorycznego zamawiających i dostawców oraz opanowania procedur wymaganych przy realizacji zamówień publicznych⁶.

Zmniejszające się wartości podpisanych kontraktów świadczą o zwiększonej konkurencji cenowej (por. tab. 3). W roku 1996, na skutek nie stosowania się do przepisów Ustawy, brak było pełnych informacji o wynikach postępowań przetargowych, ponieważ w Ustawie o Zamówieniach Publicznych brak było odpowiedniego zapisu. W roku

Tablica 3. Ilość ofert i średnie ceny oferty najtańszej i najdroższej oraz średnia wartość podpisanego kontraktu

Rok	Ilość ofert złożo-	Ilość ofert odrzuconych	Cena średnia oferty najtańszej	Cena średnia oferty najdroższej	Cena średnia podpisanego kontraktu
1996	brak	brak	brak	brak	136 651,07
1997	9,15	1,35	125 455,95	236 241,51	208 342,52
1998	6,86	1,02	172 914,95	275 051,03	133 042,24
1999	7,47	0,85	131 544,74	179 432,45	117 136,10

Źródło: opracowanie własne na podstawie zaproszeń do przetargów opublikowanych w BZP w latach 1996-1999.

1997 wartość podpisanej umowy znajdowała się poniżej wartości oferty najdroższej, natomiast w latach 1998-1999 wartość realizowanego zamówienia mieściła się poniżej ceny średniej oferty najtańszej (por. tab. 3).

Pełniejsze przygotowanie merytoryczne zamawiających, którzy w sposób coraz bardziej jasny, czytelny i precyzyjny potrafią określić przedmiot zamówienia powoduje, że pracochłonność i koszt ponoszony przez obie strony przyszłego kontraktu również maleją. Duży wpływ na zmniejszenie się kosztów postępowań przetargowych po stronie dostawców ma nowelizacja ustawy zmniejszająca wysokość wnoszonego wadium (od 1%-3% wartości zamówienia). Dalsze zmiany w Ustawie⁷ również zmierzają w tym kierunku, pozwalając na zwiększenie konkurencyjności poprzez udział w zamówieniach tych dostawców, którzy nie dysponują znacznym potencjałem finansowym (rezerwami finansowymi).

Sprostanie coraz większym wymaganiom konsumentów, oczekujących poprawy jakości usług w ochronie zdrowia wpływa stymulująco na celowe i uzasadnione wydatkowanie przydzielanych środków publicznych. Wymagania strony popytowej stanowią w efekcie jeden z warunków przygotowujących krajowych dostawców/wykonawców do (po zniesieniu preferencji krajowych od 2004 roku), konkurowania z dostawcami pochodzącymi z krajów Unii Europejskiej.

Dowolne dysponowanie środkami publicznymi w ramach jednej grupy EKD powoduje, że przy próbie rozpatrywania nakładów na ochronę zdrowia per capita, wysokość ta jest odwrotnie proporcjonalna do ilości składanych zamówień. Spadek wartości per capita przy wzroście ilości zamówień może mieć przyczynę w zamawianym asortymencie dostaw lub oszczędnym wydatkowaniu środków (por. tab. 4). Jednak ogólnie wartość nakładów (per capita) ma tendencje rosnącą, co może świadczyć o zwiększonych wymaganiach strony popytowej (pacjentów - konsumentów) i o konieczności sprostania zapotrzebowaniom na nowoczesne metody leczenia. Przyczyną tego może być wzrost konkurencji pomiędzy prywatnymi i społecznymi jednostkami służby zdrowia prowadzący do zmniejszenia wartości zawieranych umów na dostawy. Do wniosku takiego prowadzą informacje o zmniejszaniu się pakietu świadczeń w zakresie ochrony zdrowia finansowanych przez państwo i coraz częstsze odchodzenie od standardu traktowania samodzielnych jednostek służby zdrowia w kategoriach podmiotów gospodarujących typu non profit.

Dynamika wartości per capita w roku 1997 wykazuje, że nakłady na ten sektor mają tendencje rosnącą w stosunku do roku poprzedniego. Spadek tej wartości w roku 1998 w stosunku do roku 1997 może mieć przyczynę w przeprowadzonej reformie

służby zdrowia utrudniającej korzystanie ze świadczeń zdrowotnych poprzez ograniczenie pakietu usług kontrolowanych przez Regionalne Kasy Chorych oraz zmianami w Ustawie o Zamówieniach Publicznych (podwyższenie wartości progowej zamówienia zmuszającej do publikacji w BZP). W roku 1999 dynamika per capita wykazuje tendencję rosnącą, co może być wynikiem ustabilizowania się sytuacji finansowej w służbie zdrowia, zwiększeniem dotacji celowych i zawartych porozumień pomiędzy Kasami Chorych o finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Przy porównywalnej liczbie zamówień (por. tab. 4) można zauważyć różnice w wysokości

wydatkowanych środków publicznych na jednego mieszkańca (per capita). Może to być wynikiem występującego poziomu wymagań ze względu na ilość i jakość świadczonych usług medycznych ze strony konsumentów (pacjentów) oraz występującymi uwarunkowaniami demograficznymi (płeć, wiek).

Wielkość środków per capita nie zawsze dotyczy dostaw służących ochronie zdrowia (por. tab. 5). Wśród środków wydatkowanych przez służbę zdrowia znajduje się taki asortyment jak artykuły spożywcze i produkty rafinacji ropy naftowej, których udział w całości zamówień ma wartość znaczącą. Ze środków publicznych wydatkowanych

Tablica 4. Charakterystyka zaproszeń do przetargów (dostawy) w ujęciu kosztowym w woj. mazowieckim.

Miasto	Liczba zamówień				Wartość per capita (w tys. PLN)				Dynamika wartości per capita (rok poprzedni = 100)		
	1996	1997	1998	1999	1996	1997	1998	1999	1997	1998	1999
Ciechanów	5	9	13	27	14,54	39,71	36,47	66,56	173,10	91,84	182,50
Garwolin	4	2	14	2	33,54	25,40	112,84	14,10	75,73	444,25	12,49
Gostynin	8	48	11	7	54,13	492,53	71,71	40,37	909,90	14,55	56,29
Grodzisk Maz.	brak	brak	1	8	brak	brak	5,23	36,45	brak	5,23	696,94
Grójec	10	7	6	5	92,99	99,86	53,91	39,29	107,38	53,98	72,88
Kozienice	2	brak	35	20	12,89	brak	218,54	109,95	brak	218,54	50,31
Lipsko	21	16	23	10	180,1	504,96	463,48	177,42	280,37	91,78	38,27
Łomianki	brak	1	6	13	brak	15,66	58,67	109,51	15,66	374,64	186,65
Maków Maz.	brak	8	6	12	brak	157,20	75,28	131,32	157,20	47,88	174,44
Mińsk Maz.	10	10	brak	brak	38,39	58,18	brak	brak	147,70	brak	brak
Mława	brak	15	1	18	brak	102,77	4,36	68,88	102,77	4,24	1579,81
Nowe Miasto	brak	8	11	11	brak	378,72	332,5	286,24	378,22	87,79	86,08
Ostrołęka	brak	8	10	2	brak	30,35	24,09	4,21	30,35	79,37	17,47
Ostrów Maz.	brak	3	4	17	brak	27,77	23,64	86,93	27,77	85,12	367,72
Otwock	18	25	53	65	55,79	117,55	159,11	171,81	210,70	135,35	107,98
Piaseczno	1	brak	brak	1	5,38	brak	brak	4,36	brak	brak	4,36
Płock	14	15	20	66	14,99	23,94	20,30	59,04	159,70	84,79	290,83
Płońsk	3	10	1	3	17,98	90,96	5,78	15,27	505,89	6,35	264,18
Przasnysz	brak	37	14	1	brak	440,40	106,40	6,69	440,40	24,15	6,28
Przysucha	brak	brak	3	3	brak	brak	58,67	52,43	brak	58,67	89,36
Radom	48	52	39	72	28,18	46,56	22,33	36,41	165,22	47,95	163,05
Siedlce	20	38	23	52	36,50	105,11	40,46	79,91	287,97	38,49	197,50
Sochaczew	brak	8	5	brak	brak	41,86	16,70	brak	41,86	39,89	brak
Sokolów Podl.	brak	7	23	34	brak	79,24	166,25	214,05	79,24	209,80	128,75
Wołomin	22	13	20	27	82,16	74,18	72,67	86,38	90,28	97,96	118,86
Węgrów	6	2	1	11	64,58	32,54	10,39	99,08	50,38	31,92	953,60
Wyszków	brak	brak	3	14	brak	brak	15,77	62,09	brak	15,77	393,72
Zuromin	2	4	7	15	32,54	99,19	110,83	206,64	304,82	111,73	186,44
Żyrardów	5	6	18	26	15,71	28,73	54,90	69,99	182,87	191,08	127,48

Źródło: opracowanie własne na podstawie tab. 3 i Rocznika Demograficznego GUS [1998-2000]

przez służbę zdrowia finansowane są również urządzenia techniczne, których zadaniem jest usprawnienie działalności obiektów związanych z ochroną zdrowia (urządzenia podnośnikowe i chwytakowe), a których koszt jest wyjątkowo wysoki ze względu na rozwiązania konstrukcyjne. Powoduje to sztuczne zawyżanie dotacji przeznaczanych na funkcjonowanie jednostek opieki zdrowotnej, chociaż nie ma to żadnego wpływu na podwyższenie stanu zdrowia społeczeństwa.

Wnioski:

1. Wysokość wydatkowanych finansów publicznych ma wpływ na wielkość deficytu budżetowego, który stanowi jedną z determinant przystąpienia Polski do Unii i dlatego optymalne ich wykorzystanie przez samodzielne jednostki służby zdrowia w istotny sposób wpływa na prawidłową i ekonomicznie uzasadnioną ich alokację. Takie okoliczności są istotne w aspekcie kryteriów przyjętych w Maastricht (1992r.) dotyczących eliminowania deficytów budżetowych państw stowarzyszonych i kandydujących do UE,

2. Stosowanie efektywnej polityki zamówień publicznych jest możliwe wówczas, jeśli przepływ informacji pomiędzy uczestnikami rynku (nabywcami, wykonawcami i organami publicznymi) będzie dokładny i pełny, a nie fragmentaryczny, jak to ma miejsce obecnie,

3. Przepisy obowiązującej Ustawy o Zamówieniach Publicznych nie zawsze spełniały rolę pozytywną, a ściśle ich przestrzeganie (art. 3 pkt 2) nie pozwalało na racjonalne gospodarowanie przydzielonymi środkami publicznymi,

4. Nie stosowanie się samodzielnymi jednostkami służby zdrowia do art. 3 pkt. 2 Ustawy przynosiło wymierne korzyści w postaci przesunięcia środków finansowych na zadania i cele bardziej pożądane (w ramach EKD).

Podsumowanie

System ochrony zdrowia ma na celu zaspokajanie rosnących potrzeb zdrowotnych ludności. Istnienie różnych źródeł finansowania powoduje, że potrzeby zdrowotne mogą być zaspokajane za pośrednictwem rynku dóbr i usług konsumpcyjnych, a ujawniać się mogą jako oczekiwanie na świadczenia ze

Tablica 5. Asortyment i ilość dostaw według EKD w województwie mazowieckim

Rodzaj działalności	EKD (pod klasa)	Liczba zamówień w latach			
		1996	1997	1998	1999
artykuły spożywcze	15.89	13	4	24	18
odzież robocza i ochronna	18.21	brak	5	brak	1
bielizna	18.23	1	brak	brak	3
wyroby z papieru i tektury	21.22	brak	brak	1	2
papierowe artykuły piśmienne	21.23	brak	1	brak	brak
produkty rafinacji ropy naftowej	23.20	17	14	19	13
gazy techniczne	24.11	brak	1	2	brak
podstawowe środki farmaceutyczne	24.41	4	brak	7	31
preparaty farmaceutyczne	24.42	40	103	64	163
preparaty myjące i czyszczące	24.51	13	5	10	69
chemikalia fotograficzne	24.64	brak	3	1	1
odczynniki chemiczne	24.66	10	11	66	brak
szkło laboratoryjne i techniczne	26.15	brak	3	9	7
pojemniki metalowe	28.71	1	1	1	brak
urządzenia podnośnikowe i chwytakowe (windy)	29.22	2	1	3	2
urządzenia chłodnicze i wentylacyjne	29.23	2	1	2	brak
maszyny ogólnego przeznaczenia	29.24	1	brak	brak	brak
komputery i inne urządzenia do przetwarzania informacji	30.02	2	1	6	1
silniki elektryczne, generatory i transformatory	31.10	3	1	brak	brak
sprzęt oświetleniowy i lampy elektryczne	31.50	brak	1	2	brak
nadajniki telewizyjne i radiowe	32.20	1	1	brak	2
sprzęt medyczny i chirurgiczny oraz przyrządy ortopedyczne	33.10	72	185	135	214
instrumenty pomiarowe, kontrolne i badawcze	33.20	9	9	16	3
pojazdy mechaniczne	34.10	brak	brak	brak	3
meble	36.14	8	1	brak	7
wytwarzanie i dystrybucja pary i gorącej wody	40.30	brak	brak	1	brak
pobór, uzdatnianie i rozprowadzanie wody	41.00	brak	brak	2	brak

Źródło: opracowanie własne na podstawie zaproszeń ogłoszonych w BZP w latach 1996-1999

społecznego funduszu spożycia"⁸ (środków publicznych). Dostępność świadczeń medycznych wpływa na rozwój jednostek służby zdrowia poprzez konkurencję na rynku popytu stymulując jednocześnie rozwój podaży w zakresie nowych technik, technologii i urządzeń medycznych. Sztywne ramy obowiązującej Ustawy o Zamówieniach Publicznych uniemożliwiały często osiągnięcie optymalnego kryterium ekonomicznego. Poprzez odwołanie się do produkcji małych i średnich przedsiębiorstw Samodzielne Jednostki Służby Zdrowia „wyrzedzając” w 1999 roku

art. 3 pkt. 1-5 znowelizowanej Ustawy z 2001 r., potrafiły osiągnąć wymierne korzyści, zmniejszając koszty marginalne swojej działalności.

Zmniejszające się koszty postępowań przetargowych pozwoliły na udział w rynku zamówień publicznych również podmiotom gospodarczym nie posiadającym rezerw finansowych, (małym i średnim przedsiębiorstwom). Będzie to miało w efekcie pozytywny wpływ na rozwój i przygotowanie podmiotów gospodarczych do konkurencji z przedsiębiorcami państw Unii po zniesieniu preferencji krajowych w 2004 roku.

Przypisy

¹ Dz. U. Nr 140 z 1994 r., poz. 776

² Dz. U. Nr 89 z 1996 r., poz. 414 z póź. zm.

³ Dz. U. Nr 119 z 1998 r. poz. 773 z póź. zm.

⁴ Art. 129 Traktatu WE

⁵ Dz. U. Nr 123 z 1997 r., poz. 778

⁶ Dz. U. Nr 76 z 2001 r., poz. 813, art. 22

⁷ Dz. U. Nr 76 z 2001 r., poz. 813, art. 41

⁸ J. Suchecka, Modelowanie sfery ochrony zdrowia, Łódź 1992