

Z dostępnych mi informacji wynika, że do końca września nie zapłacono jeszcze za lipiec i sierpień, co sugeruje, że płatności kwartalne stały się normą. Ale lepsze to niż płatności półroczne, choć nie wpływa to dobrze na prawidłowe funkcjonowanie naszych szpitali. W takim bowiem układzie ciągle jesteśmy skazani na kredyt, a kiedy weźmie się pod uwagę, że kwoty za ostatni kwartał będą płacone w przyszłym roku, nie wygląda to najlepiej. Co prawda w zawartych umowach była mowa o konieczności utrzymania miesięcznych terminów, nawet pod groźbą kar finansowych w razie ich niedotrzymania, ale obowiązki jak zwykle muszą być respektowane jedynie przez zleceniobiorców a nie zleceniodawców.

Tak więc teoretycznie nie jest najgorzej. Dotychczasowa aktywność naszych pracowni dowodzi, że pomimo trudnej sytuacji finansowej działają one prężnie. Zapewne dy-

rektorzy naszych szpitali liczą, że Ministerstwo Zdrowia zdąży wypłacić wszystkie pieniądze do końca roku, a przy okazji w zaistniałej sytuacji mogą opóźnić (i ograniczyć) wypłaty ciężko pracującym zespołom w pracowniach hemodynamicznych.

Podsumowując, chciałem zwrócić uwagę na dwie ważne sprawy. Pierwsza dotyczy amortyzacji sprzętu, a druga wynagrodzeń za wykonywane procedury. Pomimo naszych starań, od 2 lat decydenci z Ministerstwa Zdrowia pozostają głusi na nasze postulaty. Jest sytuacją niedopuszczalną, że w Ministerstwie Zdrowia słyszymy, aby nie uwzględniać amortyzacji w rozrachunkach szpitalnych, a jednocześnie nasi księgowi pokazują nam stosowne zapisy prawne, nakazujące takie odpisy robić. Również istotnym problemem jest pozostawienie zbyt wolnej ręki dyrektorom wieloprofilowych szpitali lub, co więcej, zachęcanie ich (na wewnętrznych

naradach), by nie przestrzegali zasady spożytkowania środków finansowych jedynie dla kardiologii. W efekcie dochodzi do niepotrzebnych śpieć i budowania napiętej atmosfery pomiędzy różnymi oddziałami szpitali. A przecież nie jesteśmy winni, że nasza praca dostarcza dużej ilości pieniędzy szpitalowi. Jest to jednak możliwe jedynie w sytuacji, kiedy będzie ona odpowiednio wynagradzana. Jedynie wtedy nasze zespoły będą kontynuowały pracę nie tylko na drugiej ale i trzeciej zmianie. Natomiast część dyrektorów wskazuje nas innym oddziałom jako przyczynę swoich problemów („Ja muszę płacić kardiologii, a przez to nie mogę zapłacić wam...”). A wystarczy odpowiednio zreorganizować i zracjonalizować pracę wszystkich oddziałów szpitalnych, gdyż wiadomo, że od zmiany ich profilu nie ma odwrotu. Utrzymanie obecnego stanu posiadania po prostu nie jest już możliwe.

Zaopatrzenie w sprzęt zużywalny dla pracowni kardioangiograficznych w 2000 roku

Robert Gil

Wszyscy jeszcze pamiętamy przetargi centralne na sprzęt diagnostyczny oraz interwencyjny organizowane przez Instytut Kardiologii w Aninie. Były one prowadzone bardzo sprawnie przez prof. Z. Sadowskiego, Krajowego Konsultanta ds. Kardiologii. W ich wyniku uzyskiwano bardzo dobre (w porównaniu z Zachodem) ceny na niezłej klasy sprzęt. Podkreślić należy, iż z roku na rok sprzęt był coraz lepszy,

jego ilość wzrastała, a uzyskiwane ceny były coraz niższe (!). Paradoksalnie jednak rosło też niezadowolenie jego użytkowników. Ta pozornie dziwna sytuacja jest stosunkowo prosta do wyjaśnienia.

Po pierwsze, po sprzęt trzeba było udać się do Warszawy. Z natury przetargu wynikało, że asortyment był dość ograniczony. Jeśli dodać do tego trudności zamawiającego w zdobyciu odpowiedniej

ilości sprzętu konkretnych rozmiarów i typów kolejnych produktów, to nie dziwi rosnące niezadowolenie ich użytkowników. Oczywiście trzeba obiektywnie przyznać, że Biuro Handlu Zagranicznego Instytutu Kardiologii oraz Banku Sprzętowego nie miało łatwej pracy. Z jednej strony rosła liczba procedur wykonywanych w kraju, powstawały nowe ośrodki oraz nastąpił ogromny postęp technologicz-



fol. Artur Krzywkowski

Trafia do nas sprzęt coraz lepszej jakości

ny w naszej branży, a z drugiej strony za mało było współpracowników zaangażowanych w wiele innych ogólnokrajowych zakupów. Jakby na to nie spojrzeć, świadomość konieczności przeprowadzenia zmian była obecna po obu stronach. Dwa spotkania zorganizowane przez prof. Z. Sadowskiego w Instytucie Kardiologii w kwietniu i maju br. wydawały się przygotowywać nową jakość przetargu centralnego. Jego atutem miały być niskie ceny oraz uwzględnienie indywidualizacji zakupu. Muszę przyznać, że był taki moment (zwłaszcza podczas pierwszego spotkania), kiedy zdecydowana większość przedstawicieli polskich pracowni kardiograficznych była skłonna korzystać w dalszym ciągu z przetargu centralnego. Po tym spotkaniu oczekiwaliśmy na oficjalne pisma potwierdzające ustne zapewnienia, jednak z wyjątkiem informacji o zróżnicowaniu opłat za pośrednictwo Instytutu Kardiologii w zakupie sprzętu zużywalnego pisma te nigdy się nie pojawiły.

Tak więc w maju sytuacja dotycząca przetargów nie była uregulowana. Większość z nas postanowiła zaryzykować przeprowadzenie przetargów lokalnych i choć część kolegów postanowiła nie rezygnować z usług prof. Z. Sadowskiego, to jednak wszyscy wierzyliśmy w

końcowe powodzenie. Firmy sprzętowe nie pozostawały obojętne. Praktycznie wszystkie z mniejszym lub większym zaangażowaniem deklarowały uwzględnienie w swojej ofercie kwoty przeznaczonej na sprzęt (tj. 250 zł dla koronarografii oraz 3000 dla PTCA). Jestem przekonany, że w większości pracowni właśnie ten argument przeważał na korzyść przeprowadzenia przetargów lokalnych.

Już na początku było wiadomo, że pracownie zlokalizowane w centralnych szpitalach MON oraz MSWiA będą zaopatrywały się same. W poprzednim okresie czyniły to z niezłymi efektami i dlatego dla wszystkich było to oczywiste. Natomiast pozostałe ośrodki nie miały większych doświadczeń. Pierwszym krokiem było zwrócenie się do Zakładu Zamówień Publicznych o stosowne pozwolenie oraz przygotowanie całej dokumentacji (w tym specyfikacji przetargowej). Trzeba przyznać, że wszyscy, którzy się zdecydowali na samodzielność zaopatrzeniową, byli tym zaskoczeni, ale dzięki wymianie informacji oraz wzajemnym wsparciu w końcu przebrnęliśmy przez te formalności.

W okresie między czerwcem a sierpniem odbyło się 14 przetargów lokalnych, a na początku września zostanie rozstrzygniętych na-

stępnych 5. Z tego co mi wiadomo, znaczna część pozostałych ośrodków, zachęconych powodzeniem „pionierów”, przygotowuje się do organizacji swoich przetargów.

Przetarg centralny zorganizowany w grudniu ubiegłego roku opiewał na kwotę prawie 4 mln USD, natomiast 14 wspomnianych przetargów dotyczy sumy 3,75 mln USD (!). Z tej ostatniej kwoty 75% realizacji jest przewidziane na rok bieżący. Lokalne przetargi zostały zorganizowane przez najbardziej prężne ośrodki kardiologii interwencyjnej, wykonujące znaczną część polskich procedur diagnostycznych oraz interwencyjnych. Co więcej, porównanie stosownych kwot pozwala przypuszczać, że zakupy nie były gorsze niż w przetargu centralnym. Z własnego punktu widzenia mogę powiedzieć, iż uzyskaliśmy ceny zdecydowanie lepsze, niż się spodziewaliśmy, a wysoka jakość i różnorodność pozyskanego sprzętu jest bardzo zadowalająca.

Jak już pisałem, część z kolegów uważała, iż pozyskiwany w ramach przetargu centralnego sprzęt nie był najlepszy, ponadto pojawiały się zastrzeżenia co do produktów niektórych firm. Dlatego też postanowiłem przeprowadzić analizę udziału poszczególnych firm na naszym rynku. Jest to moim zdaniem dobry sposób na porównanie wyników przetargu centralnego z przetargami lokalnymi oraz ocenę tzw. preferencji rynkowych.

Na szczęście nie wszystkie informacje dotyczące przetargów są objęte tajemnicą handlową, dlatego udało mi się (z pomocą przyjaciół, którym w tym miejscu serdecznie dziękuję) dokonać takich porównań. A są one bardzo interesujące. Tabela 1 przedstawia procentowy udział poszczególnych firm w przetargu centralnym. Uwzględniono w nim zarówno zakup sprzętu diagnostycznego, jak i interwencyjnego, ale warto pamiętać, że firma Boston wygrała w konkurencji cewników diagnostycznych, a Guidant w cewnikach balonowych oraz stentach.

Tabela 1

Firma	% rynku
Boston	22
Guidant	39
Medtronic	12
Cordis	19
Terumo	1
Cook	5
Jomed	2

Analiza globalna wyników lokalnych przetargów wykazuje (tab. 2), że stan rzeczy zmienił się niewiele, jakkolwiek widać, iż udziały czterech największych producentów rozłożyły się bardziej równomiernie. Warto przy tym pamiętać, iż tylko w jednym ośrodku zwycięzcą przetargu została jedna firma.

Tabela 2

Firma	% rynku
Boston	25
Guidant	28
Medtronic	19
Cordis	20
Terumo	1
Cook	1
Jomed	5
Braun	1

Analiza wyniku przetargów centralnego i lokalnych poszczególnych produktów dostarcza jeszcze ciekawszych danych. Tabela 3 przedstawia procentowy udział poszczególnych firm w sprzęcie diagnostycznym (introduktry pod-

Tabela 3

Firma	Cewniki	Prowadniki	Introduktry
Boston	77	36	5
Guidant	0	0	1
Medtronic	0	40	76
Cordis	5	11	4
Terumo	7	0	3
Cook	2	13	8
Jomed	9	0	0
Balton	0	0	2
Braun	0	0	0

ne są zbiorczo wraz z częścią zabiegową).

Z powyższej tabeli można wyciągnąć kilka wniosków, ale najważniejszy to ten, że na naszym rynku nie ma już monopolistów. Co więcej, nie zawsze dotychczasowi potentaci potrafią utrzymać swoją pozycję. Zwraca uwagę fakt marginesowego udziału w przetargu dawnego monopolisty w cewnikach diagnostycznych (Cordis) oraz wejście dwóch firm niezbyt dotychczas znanych w tej materii (Jomed, Terumo).

Tabela 4 przedstawia procentowy udział poszczególnych firm w sprzęcie niezbędnym do wykonywania zabiegów interwencyjnych. Jej analiza utwierdza w przekonaniu, że dokonują się w naszym kraju istotne zmiany, zanikają monopole, a dotychczasowi potentaci nie mogą być pewni swojej pozycji. Widać, że na rynek wchodzi prętnie nowe firmy, które posiadają dostęp

do najnowszych technologii. Pragnę podkreślić, że przedstawiona analiza uwzględnia ostatni przetarg centralny. Jestem przekonany, iż jej powtórka dotycząca tylko przetargów lokalnych będzie jeszcze ciekawsza. Na to jednak poczekajmy do końca listopada.

Na zakończenie krótka refleksja. Uzyskane przez poszczególne pracownie wyniki lokalnych przetargów jednoznacznie wykazują, że decyzja o ich organizowaniu była słuszna. Uzyskane ceny oraz ilość sprzętu napawają spokojem, jeśli chodzi o realizację kontraktów z Ministerstwem Zdrowia. Ponadto wszystko wskazuje na to, że jakość pracy osiągnięta niespotykany dotychczas poziom. Świadczy o tym fakt, iż w naszych pracowniach będziemy mogli korzystać z najnowszych produktów markowych firm, które będą systematycznie uzupełniane w okresie 2–4-tygodniowym.

Tabela 4

Firma	Cewniki balonowe	Prowadniki angioplastyczne	Stend „na balonie” (permounted)	Stend (bare)	Cewniki prowadzące	Strzykawka z manometrem
Boston	35	7	1	40	10	35
Guidant	46	91	48	0	1	1
Medtronic	11	0	12	0	54	26
Cordis	4	3	36	0	35	10
Terumo	0	0	0	0	0	0
Cook	4	0	0	0	0	26
Jomed	1	0	3	60	0	0
Balton	0	0	0	0	0	0
Braun	0	0	0	0	0	2