



RAČUNSKO SODIŠČE
REPUBLIKE SLOVENIJE



Revizijsko poročilo

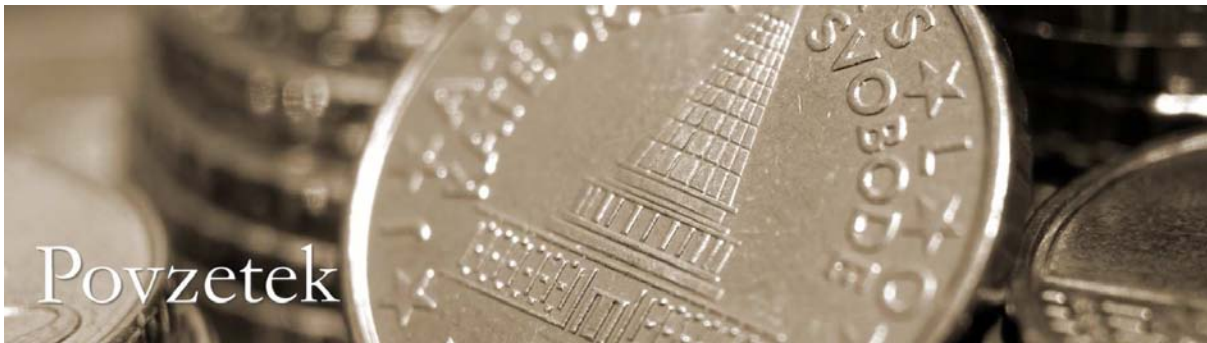
Ali se z javnimi sredstvi za medicinsko
opremo dobro upravlja

Poslanstvo

Računsko sodišče pravočasno in objektivno obvešča javnosti o pomembnih odkritjih revizij poslovanja državnih organov in drugih uporabnikov javnih sredstev ter svetuje, kako naj državni organi in drugi porabniki javnih sredstev izboljšajo svoje finančno poslovanje.

Revizijsko poročilo

Ali se z javnimi sredstvi za medicinsko opremo dobro upravlja



Računsko sodišče je izvedlo revizijo smotrnosti, da bi izreklo mnenje o učinkovitosti upravljanja z medicinsko opremo. Pri tem:

- *medicinska oprema* vključuje vse medicinske naprave, povezane z zdravljenjem in nego bolnikov v bolnišnicah, in medicinske naprave za diagnostične in laboratorijske namene;
- *upravljanje z medicinsko opremo* predstavlja celovit cikel od ugotavljanja potreb, načrtovanja nabav, postopka pridobitve, uporabe in vzdrževanja do izločitve iz uporabe;
- *financiranje medicinske opreme* vključuje sredstva, namenjena upravljanju medicinske opreme, ki poleg sredstev za nakupe vključujejo tudi stroške vzdrževanja, potrošnega materiala, stroške zaposlenih, ki s to opremo upravljajo, načrtovanja in ugotavljanja potreb, evidentiranja ipd.

Računsko sodišče je ugotavljalo, kako odgovorni upravljajo z medicinsko opremo oziroma ali se z javnimi sredstvi, uporabljenimi za medicinsko opremo, dobro upravlja. Za revidiranca sta bila določena Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju: ministrstvo) in Univerzitetni klinični center Ljubljana (v nadaljevanju: Klinični center).

Medicinska oprema se nabavlja iz javnih sredstev, katerih vir so v več kot 98 odstotkih sredstva, zbrana s prispevki in davki občanov. V letih od 2000 do vključno 2006 so bolnišnice in ministrstvo skupaj namenile nakupom medicinske opreme 34.577.361 tisoč tolarjev (144.258.672 evrov). Sistem upravljanja z medicinsko opremo je del sistema zdravstvenega varstva, za katerega je pristojno ministrstvo. Poleg tega ministrstvo prek načrtov razvojnih programov in izvrševanja Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, za obdobje od leta 1994 do 2008 načrtuje nakupe medicinske opreme, z javnimi naročili pa jih tudi neposredno izvaja.

Po mnenju računskega sodišča ministrstvo pri izvajanju nalog, povezanih z upravljanjem z medicinsko opremo, *ni učinkovito*. Revizorji računskega sodišča so ugotovili, da ministrstvo nima ustreznih podatkov o upravljanju bolnišnic z medicinsko opremo. Podatki, ki obstajajo na ministrstvu, so parcialni in se vodijo v posameznih organizacijskih enotah, med katerimi ni zadostnega sodelovanja in zadostnega pretoka informacij.

Ministrstvo ne spremlja zadovoljivo poročil o doseganju ciljev in rezultatov, ki so jih bolnišnice dolžne pripraviti vsako leto, zato obstaja tveganje, da med bolnišnicami in ministrstvom programski cilji niso usklajeni, predvsem pa se ne merijo s kazalci uspešnosti in učinkovitosti izvajanja dejavnosti, za katere bi se dogovorili skupno. Iz spremljanja poročil bolnišnic bi ministrstvo lahko ugotavljalo, kako na uspešnost doseganja programskih ciljev vpliva medicinska oprema, s katero bolnišnice upravljajo. Dodatni pomanjkljivosti sistema upravljanja medicinske opreme sta dejstvi, da ne obstojijo standardi materiala in materialnih zmogljivosti v mreži javne zdravstvene službe, posledica tega pa so slabo definirane tehnične

zahteve medicinske opreme in s tem neustrezno pripravljene razpisne dokumentacije, možnost pridobitve neustrezne opreme, povečano število revizijskih zahtevkov in podaljšanje postopkov javnega naročanja. Slabost sistema upravljanja z medicinsko opremo predstavljajo tudi predpisane stopnje odpisa medicinske opreme, ki ni realno povezana z življenjsko dobo opreme.

Ministrstvo je med izvajanjem revizije že pričelo z organizacijskim preoblikovanjem, ki naj bi prispevalo k učinkovitejšemu sodelovanju in pretoku informacij znotraj ministrstva in tudi navzven z javnimi zdravstvenimi zavodi. Če bo pri tem bolj jasno in natančno določena odgovornost posameznikov za upravljanje z medicinsko opremo za vse faze procesa, bi lahko vplivali na povečano učinkovitost ministrstva pri upravljanju z medicinsko opremo.

Z medicinsko opremo neposredno upravljajo bolnišnice, zato je računsko sodišče vsem 26 bolnišnicam v Sloveniji posredovalo vprašalnik in na podlagi rezultatov analize odgovorov pripravilo oceno upravljanja z medicinsko opremo v bolnišnicah. O upravljanju z medicinsko opremo v bolnišnicah pa računsko sodišče ni izreklo mnenja, saj bolnišnice niso bile revidiranci.

Računsko sodišče ocenjuje, da obstaja tveganje, da bolnišnice ne upravljajo z medicinsko opremo zadovoljivo oziroma dovolj učinkovito. Bolnišnice ne vodijo ustreznih evidenc, pomembnih za ugotavljanje potreb in pravočasno načrtovanje nakupov. Osem od 26 bolnišnic ne vodi podatkov o predvideni življenjski dobi opreme in razlogu odpisa, kar deset od 26 bolnišnic pa tudi ne vodi evidence o stroških vzdrževanja. Izkoriščenost medicinske opreme spremlja le enajst od 26 bolnišnic, med njimi pa ni vseh največjih bolnišnic, ki uporabljajo opremo, za katero je vodenje tovrstne evidence tudi najbolj smiselno in potrebno. Kriterije za ugotavljanje prioritete nakupov medicinske opreme, ki so pomembni tako za kratkoročno kot dolgoročno načrtovanje, ima izdelane 17 od 26 bolnišnic. Kratkoročne načrte nakupov medicinske opreme kot del finančnega načrta, ki je obvezen dokument, ima 24 od 26 bolnišnic. Računsko sodišče ocenjuje, da je stanje pri dolgoročnem načrtovanju nakupov medicinske opreme slabo, saj ima za najmanj petletno obdobje izdelane načrte nakupov le sedem od 26 bolnišnic. Ker niso pripravljene načrti za dolgoročne nakupe, računsko sodišče ocenjuje, da obstaja tveganje, da je lahko kratkoročno načrtovanje nakupov medicinske opreme v bolnišnicah sestavljeno tudi ali celo predvsem iz interventnih nakupov. Računsko sodišče tudi ocenjuje, da tveganja pri nakupih medicinske opreme ne obstajajo le pri javnih razpisih, ampak da so še večja pri naročilih male vrednosti, predvsem pri nakupih z naročilnicami, kjer so pravila manj natančna, nadzor pa je otežen. Tovrstni nakupi so v letih od 2000 do vključno 2006 skupaj po vrednosti predstavljali 36,2 odstotka vseh nakupov, po številu nakupov pa kar 89,9 odstotka.

Računsko sodišče ocenjuje, da je pri upravljanju z medicinsko opremo opazen napredek, saj ima 25 od 26 bolnišnic za izvajanje pogodb o nakupu skrbnike, ki so odgovorni za izvajanje pogodb. To je tudi eden od argumentov, ki ga navajajo bolnišnice pri oceni, da se je njihovo upravljanje v obdobju od leta 2000 naprej izboljšalo.

Računsko sodišče meni, da je na način upravljanja z medicinsko opremo v Kliničnem centru v preteklosti negativno vplivalo predvsem dejstvo, da niso vodili ustreznih evidenc, ki bi vsebovale tudi podatke o vzdrževanju, izrabljenosti in druge podatke, pomembne za učinkovito upravljanje z medicinsko opremo. Glede na velikost in organizacijsko strukturo ter izvajanje dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni računsko sodišče meni, da Klinični center ne more učinkovito upravljati z medicinsko opremo brez integriranega informacijskega sistema, ki bi vodstvu omogočal ustrezno podlago za načrtovanje,

sprejemanje in spremljanje kvalitetnih in pravočasnih odločitev. Med izvajanjem revizije je Klinični center pričel intenzivno uvajati spremembe, s katerimi *povečuje učinkovitost upravljanja z medicinsko opremo*, kar je tudi eden od pogojev za bolj optimalno izvajanje dejavnosti.

Z vidika posameznih faz upravljanja z medicinsko opremo je računsko sodišče preverilo dve, v preteklosti v javnosti močno opaženi javni naročili, in sicer javno naročilo za 38 operacijskih miz, ki ga je v vrednosti 1.152.000 tisoč tolarjev (4.806.208 evrov) izvedel Klinični center, ter za 18 operacijskih miz, ki ga je izvedlo ministrstvo, njegova vrednost pa je bila 336.633 tisoč tolarjev (1.404.452 evrov). Pri prvem gre za javno naročilo, ki ga je naročnik izvedel samostojno, pri drugem pa za skupno javno naročilo, ki ga je za pet bolnišnic izvedlo ministrstvo. Za obe javni naročili je računsko sodišče ugotovilo, da sta primera slabega upravljanja z medicinsko opremo.

Pri fazah načrtovanja, nabave in spremljanja upravljanja z medicinsko opremo je računsko sodišče za postopek oddaje javnega naročila 38 operacijskih miz ugotovilo, da je Klinični center ravnal v nasprotju z ZJN-1. Računsko sodišče meni, da je Klinični center z neustreznim načinom poslovanja in z uporabo nepravilno izbranega postopka oddaje javnega naročila kršil temeljna načela javnega naročanja, predvsem načelo gospodarnosti in načelo transparentnosti porabe javnih sredstev. Z vidika celovitega cikla upravljanja z medicinsko opremo Klinični center ni ustrezno izvedel faze ugotavljanja in zbiranja potreb ter faze analize in načrtovanja. Računsko sodišče meni, da bi se nepravilnosti in nesmotrnosti vzdrževanja in finančnega najema operacijskih miz lahko pravočasno preprečile, če bi postopek javnega naročila predstavljal del celovitega in ustaljenega procesa upravljanja in bi temeljil na predhodno izdelani analizi potreb in načrtovanja nakupa medicinske opreme. Če bi bila odgovornost vseh zaposlenih, ki so vključeni v posamezne faze upravljanja z medicinsko opremo, natančneje določena, bi tudi to vplivalo na zmanjšanje tveganja za nepravilno izvedbo javnega naročila.

Z vidika celovitega cikla upravljanja z medicinsko opremo lahko pri oddaji skupnega javnega naročila 18 operacijskih miz, ki ga je izvedlo ministrstvo, poudarimo kot problematično predvsem fazo nakupa v delu, ki se nanaša na pripravo razpisne dokumentacije in izvedbo postopka javnega naročila v prvih treh poskusih in v četrtem postopku oddaje javnega naročila, ko je ministrstvo na podlagi nepravilno izbranega postopka javnega naročila postopek zaključilo. Na podlagi razkritij revizije računsko sodišče meni, da gre pri javnem naročilu 18 operacijskih miz za primer slabe prakse nabav medicinske opreme. Računsko sodišče tudi meni, da bi k zmanjšanju podobnih težav pripomogli sprejeti standardi medicinske opreme.

Računsko sodišče ministrstvu priporoča, naj v okviru ministrstva določi naloge, potrebne za bolj učinkovito upravljanje z medicinsko opremo v vseh fazah upravljanja, in določi odgovorne osebe za izvedbo teh nalog. Poleg tega naj skupaj z bolnišnicami, glede na mrežo javne zdravstvene službe, določi programske cilje ter merljive kazalce uspešnosti in učinkovitosti izvajanja dejavnosti. Preveri naj stanje na področju priprave standardov medicinske opreme (materiala in materialnih zmogljivosti) ter dejansko stanje medicinske opreme v bolnišnicah. Na podlagi primerjave dejanskega stanja medicinske opreme in "novih" standardov naj pripravi načrt razvojnih programov, ki bo upošteval programske cilje bolnišnic oziroma cilje na področju zdravstva.

KAZALO

1. PREDSTAVITEV REVIZIJE	8
1.1	PODROČJE REVIZIJE8
1.2	CILJ REVIZIJE.....8
1.3	REVIDIRANCA9
1.4	METODE DELA.....9
2. UPRAVLJANJE Z MEDICINSKO OPREMO	10
2.1	VLOGA MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE PRI UPRAVLJANJU MEDICINSKE OPREME13
2.1.1	Kako ministrstvo izvaja naloge, povezane z upravljanjem medicinske opreme.....15
2.2	VLOGA BOLNIŠNIC PRI UPRAVLJANJU Z MEDICINSKO OPREMO23
2.2.1	Kako bolnišnice upravljajo z medicinsko opremo25
2.2.1.1	Ugotavljanje in zbiranje potreb..... 26
2.2.1.2	Analiziranje in načrtovanje 28
2.2.1.3	Nakup 30
2.2.1.4	Uporaba 34
2.2.1.5	Izkušnje bolnišnic pri upravljanju z medicinsko opremo..... 38
2.2.2	Ocena upravljanja z medicinsko opremo v bolnišnicah.....39
2.3	UPRAVLJANJE Z MEDICINSKO OPREMO NA PRIMERU OPERACIJSKIH MIZ40
2.3.1	Javno naročilo 38 operacijskih miz, ki ga je izvedel Klinični center.....42
2.3.2	Javno naročilo 18 operacijskih miz, ki ga je izvedlo Ministrstvo za zdravje48
3. MNENJE	53
3.1	MNENJE O UPRAVLJANJU Z MEDICINSKO OPREMO - MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE.....53
3.2	MNENJE O UPRAVLJANJU Z MEDICINSKO OPREMO - UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA54
4. PRIPOROČILA	55
5. PRILOGE	57

1. PREDSTAVITEV REVIZIJE

Revizija upravljanja z medicinsko opremo je bila uvrščena v program dela izvrševanja revizijske pristojnosti Računskega sodišča Republike Slovenije v letu 2006. Sklep o izvedbi revizije¹ je bil izdan 26. 7. 2006.

Pravno podlago za izvedbo revizije predstavljata Zakon o računskem sodišču² (v nadaljevanju: ZRacS-1) in Poslovnik Računskega sodišča Republike Slovenije³. Obdobje, na katerega se nanaša revizija, je bilo od leta 2000 do datuma izdaje osnutka revizijskega poročila⁴.

Revizijo smo opravili v skladu z mednarodnimi revizijskimi standardi INTOSAI, ki jih določa Napotilo za izvajanje revizij⁵.

1.1 Področje revizije

Področje revizije je upravljanje z medicinsko opremo, pri čemer:

- *medicinska oprema* vključuje vse medicinske naprave, povezane z zdravljenjem in nego bolnikov v bolnišnicah, in medicinske naprave za diagnostične in laboratorijske namene;
- *upravljanje z medicinsko opremo* predstavlja celovit cikel od ugotavljanja potreb, načrtovanja nabav, postopka pridobitve, uporabe in vzdrževanja, do izločitve iz uporabe;
- *financiranje medicinske opreme* vključuje sredstva, namenjena upravljanju medicinske opreme, ki poleg sredstev za nakupe vključujejo tudi stroške vzdrževanja, potrošnega materiala, stroške zaposlenih, ki s to opremo upravljajo, načrtovanja in ugotavljanja potreb, evidentiranja ipd.

1.2 Cilj revizije

Cilj revizije je izrek mnenja o učinkovitosti upravljanja z medicinsko opremo. Pri tem smo odgovorili na vprašanje, kako odgovorni upravljajo z medicinsko opremo oziroma ali se z javnimi sredstvi, ko se jih uporabi za medicinsko opremo, dobro upravlja.

¹ Št. 1213-7/2006-2.

² Uradni list RS, št. 11/01.

³ Uradni list RS, št. 91/01.

⁴ 19. 9. 2007.

⁵ Uradni list RS, št. 41/01.

1.3 Revidiranca

Revidiranca sta bila Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju: ministrstvo), Štefanova 5, Ljubljana in Univerzitetni klinični center Ljubljana (v nadaljevanju: Klinični center), Zaloška 2, Ljubljana.

Tabela 1: Odgovorne osebe revidirancev v obdobju izvajanja revizije, to je od leta 2000 dalje

Revidiranec	Odgovorna oseba	Obdobje odgovornosti
Ministrstvo za zdravje	dr. Marjan Jereb	do 7. 6. 2000
	dr. Dušan Keber	od 1. 12. 2000 do 3. 12. 2004
	mag. Andrej Bručan	od 8. 6. 2000 do 30. 11. 2000 in od 3. 12. 2004 do 11. 9. 2007
	Zofija Mazej Kukovič	od 12. 9. 2007 dalje
Klinični center	prof. dr. Primož Rode	do 15. 10. 2003
	doc. dr. Sergej Hojker	od 16. 10. 2003 do 29. 2. 2004
	mag. Franc Hočevar	od 1. 3. 2004 do 9. 8. 2005
	mag. Darinka Miklavčič	od 10. 8. 2005 dalje

Vir: ministrstvo in Klinični center.

1.4 Metode dela

Pri izvedbi revizije smo uporabili predvsem naslednje metode:

- proučevanje pravnih podlag in dokumentacije področja revizije,
- proučevanje in primerjava dobre prakse s področja upravljanja z medicinsko opremo,
- preverjanje pravilnosti postopka izvedbe javnih naročil,
- intervjuje ter
- druge kvantitativne in kvalitativne metode in tehnike revidiranja.

Poleg metod, ki smo jih uporabili v okviru izvajanja revizije pri obeh revidirancih in predstavljajo podlago za izrek mnenja o učinkovitosti upravljanja z medicinsko opremo, smo vsem 26 bolnišnicam⁶ v Sloveniji posredovali vprašalnik o upravljanju z medicinsko opremo⁷. Izpolnjene vprašalnike smo prejeli od vseh 26 bolnišnic. Rezultate analize odgovorov in oceno upravljanja z medicinsko opremo v bolnišnicah predstavljamo v poglavju 2.2 tega poročila.

O učinkovitosti upravljanja z medicinsko opremo v bolnišnicah ne izrekamo mnenja, saj bolnišnice niso bile revidiranci.

⁶ Seznam bolnišnic je v prilogi 1.

⁷ Vprašalnik je v prilogi 2.

2. UPRAVLJANJE Z MEDICINSKO OPREMO

Z medicinsko opremo neposredno upravljajo bolnišnice. Upravljanje z medicinsko opremo, ki predstavlja celovit cikel od ugotavljanja potreb, načrtovanja nabav, postopka javnega naročanja, uporabe in vzdrževanja do izločitve iz uporabe, je pomemben del poslovanja bolnišnic.

Sistem upravljanja z medicinsko opremo je del sistema zdravstvenega varstva, za katerega je pristojno Ministrstvo za zdravje.

Poleg tega ministrstvo prek načrtov razvojnih programov in izvrševanja Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, za obdobje 1994 - 2008 (v nadaljevanju: Zakon o investicijah v javne zdravstvene zavode)⁸ načrtuje nakupe medicinske opreme, z javnimi naročili pa jih tudi izvaja.

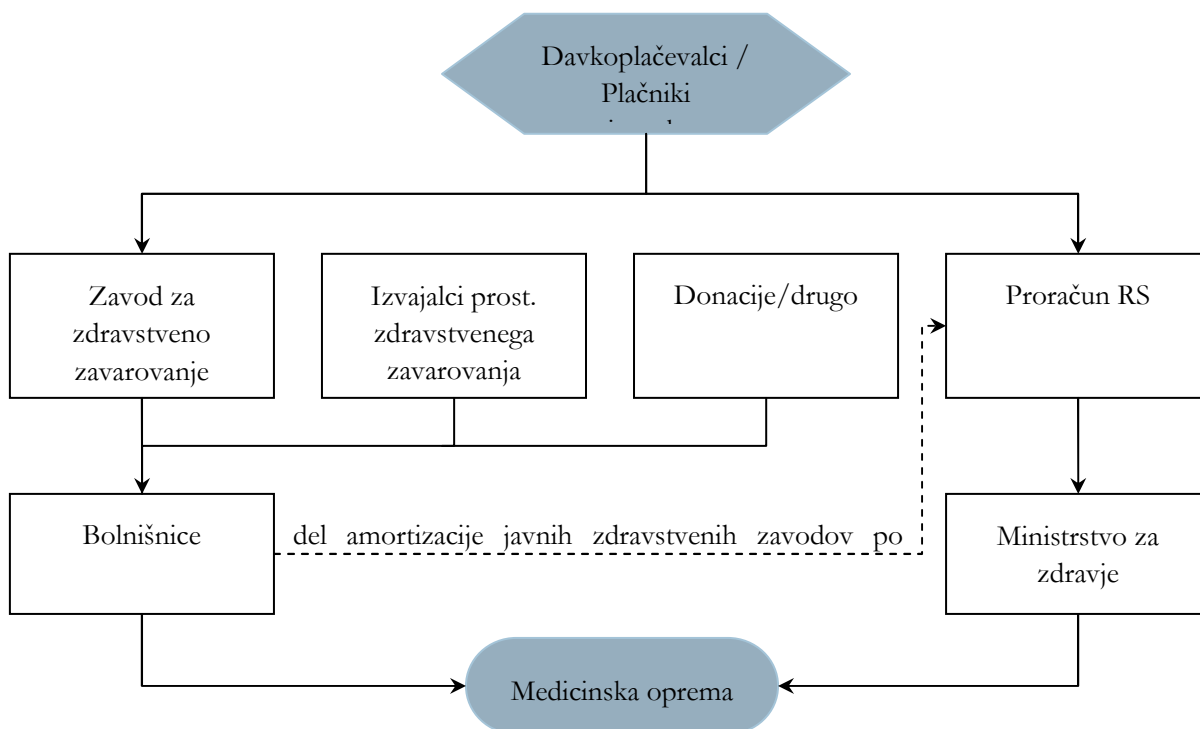
Vrednost opreme vseh 26 slovenskih bolnišnic je na dan 31. 12. 2006 znašala 18.201.952 tisoč tolarjev⁹, od tega večji del predstavlja medicinska oprema.

Največji delež sredstev, ki se namenja upravljanju medicinske opreme, predstavljajo prispevki za zdravstveno zavarovanje in davki, kar pomeni, da dejansko financiramo medicinsko opremo plačniki prispevkov zdravstvenega zavarovanja in vsi davčni zavezanci.

⁸ Uradni list RS, št. 19/94, 28/00, 111/01.

⁹ Bilance stanja bolnišnic na dan 31. 12. 2006.

Slika 1: Financiranje medicinske opreme



Bolnišnice pridobivajo sredstva za opravljanje javne službe, torej tudi za upravljanje z medicinsko opremo, z izvajanjem zdravstvenih storitev na podlagi Splošnega dogovora, Področnega dogovora za bolnišnice in pogodbe med posamezno bolnišnico in plačnikom zdravstvenih storitev¹⁰, s katerim sta določena obseg in cena posamezne zdravstvene storitve. Zdravstvene storitve se plačujejo iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje, sredstev izvajalcev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, doplačil pacientov in plačil samoplačnikov. Financiranje bolnišnic oziroma medicinske opreme je prikazano na sliki 1.

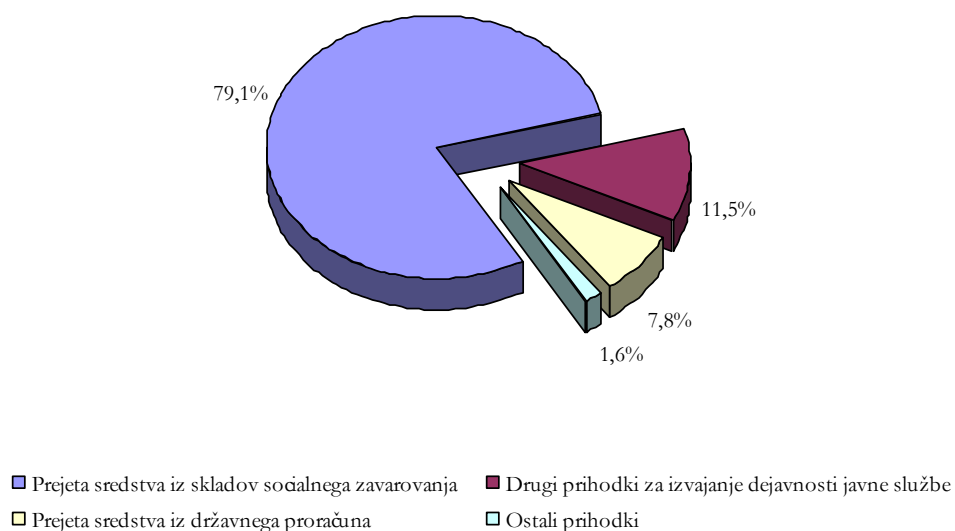
Vseh 26 bolnišnic je v letih od 2000 do vključno 2006 pridobilo skupaj 1.249.219.110 tisoč tolarjev prihodkov¹¹, od tega 98,4 odstotka sredstev iz skladov socialnega zavarovanja¹², drugih prihodkov za izvajanje dejavnosti javne službe in sredstev državnega proračuna ter 1,6 odstotka ostalih prihodkov, kar je razvidno iz slike 2.

¹⁰ Dogovora in pogodbe se sklepajo letno.

¹¹ Podatek je iz izkaza prihodkov in odhodkov po denarnem toku.

¹² V sklade socialnega zavarovanja so vključena tudi sredstva zdravstvenega zavarovanja.

Slika 2: Struktura prihodkov bolnišnic od leta 2000 do vključno 2006



Vir: izkazi prihodkov in odhodkov bolnišnic po denarnem toku za leta 2000 do vključno 2006.

Del cene zdravstvene storitve je namenjen za stroške amortizacije in predstavlja po navedbah ministrstva približno 6 odstotkov cene. Po Zakonu o investicijah v javne zdravstvene zavode bolnišnice, ki so zajete v program investicij, del amortizacije (največ 20 odstotkov), ki je priznana v ceni njihovih storitev, odvajajo na poseben račun ministrstva¹³, in je namenjen investicijam. Dodatna sredstva, ki jih bolnišnice tudi lahko namenjajo investicijam v medicinsko opremo, so sredstva, pridobljena od donacij, ter presežek prihodkov nad odhodki.

Poleg bolnišnic izvaja investicije v medicinsko opremo iz sredstev državnega proračuna še ministrstvo. Ministrstvo v okviru izvajanja projektov, vključenih v načrte razvojnih programov, kupuje medicinsko opremo in jo prenaša v upravljanje posameznim bolnišnicam.

V letih od 2000 do vključno 2006 so bolnišnice in ministrstvo skupaj namenile nakupom medicinske opreme 34.577.361 tisoč tolarjev.

Glede na to, da so za izvajanje zdravstvene dejavnosti potrebna javna sredstva, je pri upravljanju z medicinsko opremo potrebno ravnati racionalno ter upoštevati načela gospodarnosti in učinkovitosti. Pričakuje se, da je medicinska oprema pridobljena pravočasno in v obsegu, ki je potreben za izpolnjevanje nalog bolnišnic. Slednje naj bi določala mreža bolnišnic in standardi medicinske opreme.

Ocenili smo, da so tveganja na področju upravljanja z medicinsko opremo v celotnem ciklu, to je v vseh fazah upravljanja: pri ugotavljanju potreb, analiziranju in načrtovanju, nakupih in uporabi, in ne le na področju javnega naročanja. Ocenili smo tudi, da so tveganja tako na ministrstvu kot v bolnišnicah.

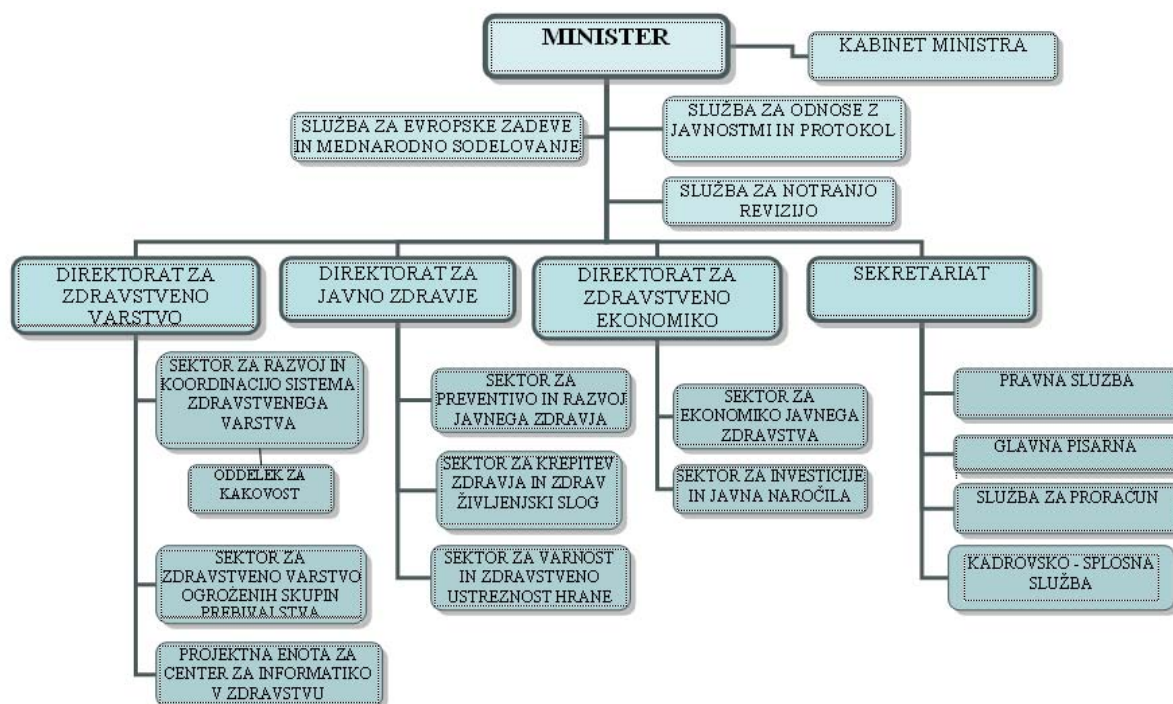
¹³ Drugi odstavek 7. člena Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode.

Ministrstvo nastopa le kot izvajalec postopkov oddaje javnega naročanja in nima zadostnega pregleda nad dejanskim stanjem potreb v bolnišnicah, bolnišnice pa ne vodijo ustreznih seznamov osnovnih sredstev, ki bi omogočali sprotni pregled stanja (uporabnosti) medicinske opreme, kar lahko predstavlja tveganje pri pripravi načrtov nabav (kratkoročnih in dolgoročnih), posledično pa tudi pri nabavah.

2.1 Vloga Ministrstva za zdravje pri upravljanju medicinske opreme

Ministrstvo opravlja naloge na področjih varovanja in krepiteve zdravja, zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti, zdravstvene varnosti živil, zdravega prehranjevanja, zdravil in medicinskih pripomočkov ter kemikalij¹⁴.

Slika 3: Organigram ministrstva¹⁵



Vir: ministrstvo.

Na ministrstvu sta se v obdobju, na katerega se nanaša revizija, glede na notranjo organizacijo in delitev nalog s problematiko upravljanja z medicinsko opremo neposredno ali posredno ukvarjala vsaj dva sektorja, in sicer Sektor za investicije v javno zdravstvo in Sektor za ekonomiko javnega zdravstva.

¹⁴ 40. člen Zakona o državni upravi (Uradni list RS, št. 113/05).

¹⁵ Po reorganizaciji marca 2007.

Za upravljanje z medicinsko opremo, ki se nanaša na fazo nabave, je bil odgovoren Sektor za investicije v javno zdravstvo¹⁶, ki med drugimi opravlja naslednje naloge:

- načrtovanje, vodenje, nadzor nad izvedbo in spremljanje investicij ter pripravo analiz, poročil in drugih gradiv s področja investicij v javne zdravstvene zavode, katerih ustanoviteljica je Republika Slovenija;
- oddajo javnih naročil za investicije, prevzem in obračun izvedenih javnih naročil;
- druge naloge, ki v skladu s predpisi in naravo dela v javnih zdravstvenih zavodih, katerih ustanoviteljica je Republika Slovenija, ter drugimi predpisi, zadevajo področje investicijskih vlaganj v javno zdravstvo;
- razpolaganje z nepremičninami oziroma drugim opredmetenim premoženjem države, ki je v upravljanju javnih zdravstvenih zavodov, katerih ustanoviteljica je Republika Slovenija;
- spremljanje gospodarjenja z zgradbami in opremo v javnih zdravstvenih zavodih, katerih ustanoviteljica je Republika Slovenija.

Za spremljanje upravljanja z medicinsko opremo so pomembne naloge Sektorja za ekonomiko javnega zdravstva¹⁷, in sicer:

- pripravljane strokovnih in sistemskih rešitev pri pripravi predpisov s finančno-računovskega področja javnih zdravstvenih zavodov;
- priprava poročil, analiz in drugih gradiv s področja finančnega poslovanja javnih zdravstvenih zavodov;
- priprava navodil in sodelovanje pri pripravi letnih finančnih načrtov javnih zdravstvenih zavodov ter izdaja soglasij v zvezi s finančnimi načrti javnih zdravstvenih zavodov;
- priprava finančnih načrtov in sodelovanje pri pripravi letnih pogodb javnih zdravstvenih zavodov, ki se financirajo iz proračuna, ter spremljanje porabe javno finančnih sredstev.

Poleg stalnih nalog, ki naj bi jih ministrstvo izvajalo, so z vidika upravljanja z medicinsko opremo pomembne predvsem naloge, ki jih je določil Nacionalni program zdravstvenega varstva¹⁸, opredeljene pa so tudi v drugih predpisih ministrstva, in se nanašajo na mrežo bolnišnic ter pripravo standardov medicinske opreme. Mreža in določitev standardov sta namreč med osnovnimi potrebnimi pogoji za urejenost področja zdravstva in s tem tudi upravljanja z medicinsko opremo.

V nadaljevanju poročila so povzete ugotovitve in ocene izvajanja nalog ministrstva. Preverili smo, ali ministrstvo oziroma njegove notranje organizacijske enote opravljajo naloge, ki jih določajo predpisi in za katere menimo, da so pomembne za upravljanje z medicinsko opremo.

¹⁶ http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/organigram/Organigram__reorganizacija_MZ_maj_2007.doc (20. 10. 2007).

¹⁷ http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstvena_ekonomika/ekonomika_javnega_zdravstva/ (na dan 20. 10. 2007).

¹⁸ Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije - zdravje za vse do leta 2004 (NPZV), Državni zbor Republike Slovenije, 30. 5. 2000 (Uradni list RS, št. 49/00; v nadaljevanju: Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije).

Za kriterije učinkovitosti izvajanja nalog ministrstva pri upravljanju z medicinsko opremo smo določili:

- obstoj in usklajenost strateških ciljev,
- povezanost organov oziroma notranjih organizacijskih enot pri izvajanju nalog na področju upravljanja z medicinsko opremo,
- spremljanje in analiziranje načrtov in poročil javnih zdravstvenih zavodov, v tem primeru bolnišnic,
- izvajanje in spremljanje načrta razvojnih programov,
- odgovornosti posameznih služb ministrstva in posameznikov pri izvajanju javnih naročil,
- izvajanje nalog, ki jih določajo predpisi, povezani z upravljanjem z medicinsko opremo.

2.1.1 Kako ministrstvo izvaja naloge, povezane z upravljanjem medicinske opreme

Notranje organizacijske enote ministrstva so nepovezane, med oddelki ni sodelovanja in zadostnega pretoka informacij. Vse organizacijske enote ministrstva se neposredno ali posredno ukvarjajo tudi z bolnišničnim zdravstvom. Naloge organizacijskih enot so med sabo prepletene, zato bi bilo za uspešno opravljanje nalog zelo pomembno, da med organizacijskimi enotami obstaja dobra komunikacija, sodelovanje in skupne evidence.

Na podlagi opravljenih razgovorov in pridobljenega gradiva ministrstva ocenjujemo, da sodelovanje in komunikacija med posameznimi enotami ministrstva niso zadostne. Evidence, ki obstajajo, so parcialne in se vodijo ločeno v posameznih enotah. Posledice tega so lahko podvajanje ali neizvrševanje nekaterih delovnih nalog, nepoznavanje vseh podatkov, ki jih ima ministrstvo, in/ali sprejemanje ukrepov in odločitev na podlagi pomanjkljivih podatkov.

Med izvajanjem revizije je ministrstvo pričelo z organizacijskim preoblikovanjem, in sicer na podlagi 5. člena Uredbe o spremembah in dopolnitvah Uredbe o notranji organizaciji, sistemizaciji, delovnih mestih in nazivih v organih javne uprave in v pravosodnih organih¹⁹. Na ministrstvu je 5. 2. 2007 začel z delom nov direktorat, in sicer Direktorat za zdravstveno ekonomiko, ki združuje naloge Sektorja za ekonomiko javnega zdravstva in Sektorja za investicije v javno zdravstvo. Reorganizacija naj bi izboljšala sodelovanje in s tem pretok informacij znotraj ministrstva, kot tudi z javnimi zdravstvenimi zavodi.

Na ministrstvu nimajo ustreznih podatkov o upravljanju bolnišnic z medicinsko opremo. Ena od ključnih nalog ministrstva je tudi spremljanje upravljanja z zgradbami in opremo v javnih zdravstvenih zavodih. Za izvedbo te naloge je bil v revidiranem obdobju znotraj ministrstva odgovoren Sektor za investicije v javno zdravstvo. Na podlagi opravljenih razgovorov in posredovanega gradiva²⁰ ocenjujemo, da Sektor za investicije v javno zdravstvo ne spremlja celovitega cikla upravljanja, kar lahko pomeni, da tudi ne more izvajati analiz stanja, ki bi bile opravljene na podlagi kvalitetnih podatkov, oziroma upravljanja z medicinsko opremo, zato tudi ne more ustrezno načrtovati javnih naročil. V Sektorju za investicije pojasnjujejo, da imajo samo šest zaposlenih, zato se osredotočajo samo na najpomembnejše naloge, ki so priprava, izvedba in spremljanje postopkov javnih naročil, drugih pa ne morejo izvesti.

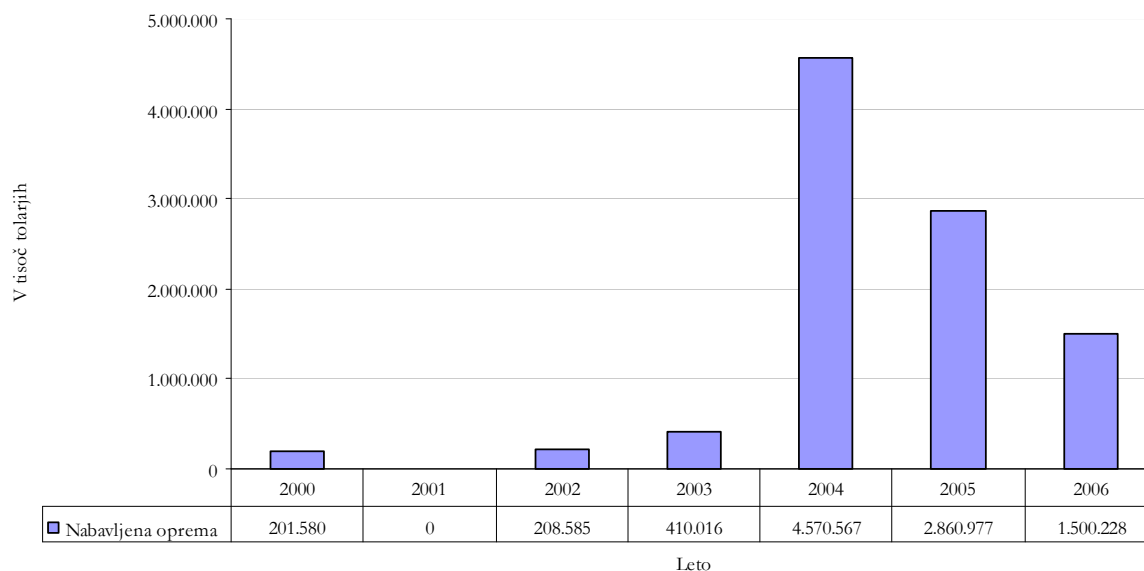
Sektor za investicije v javno zdravstvo je v letih 2000 do vključno 2006 pripravil 76 pogodb za investicije v opremo za državne javne zdravstvene zavode v skupni vrednosti 9.875.056 tisoč tolarjev, od tega je

¹⁹ Uradni list RS, št. 112/2005.

²⁰ Dopis št. 3531-6/2006-2 z dne 20. 10. 2006.

bolnišnicam za opremo namenil do 9.751.953 tisoč tolarjev, kar prikazujemo na sliki 4. Gre za oceno, saj iz pridobljenih evidenc Sektorja za investicije v javno zdravstvo ni povsem jasno razvidno, katere pogodbe so sklenjene za nabavo medicinske opreme v bolnišnicah.

Slika 4: Investicije ministrstva v opremo bolnišnic



Vir: Sektor za investicije v javno zdravstvo.

Skokovita rast sredstev v letu 2004 je posledica nabav opreme za Onkološki inštitut Ljubljana v skupni vrednosti 3.724.498 tisoč tolarjev, kar je 81,5 odstotka vseh sredstev. V letu 2005 je bilo namenjeno Onkološkemu inštitutu 2.077.378 tisoč tolarjev oziroma 72,6 odstotka, v letu 2006 pa tretjina vseh sredstev. V sredstvih za leto 2006 je tudi 18 operacijskih miz v skupni vrednosti 336.632 tisoč tolarjev, ki jih je ministrstvo nabavilo za pet bolnišnic.

Nabave medicinske opreme so del načrtov razvojnih programov. Gre predvsem za opremo v novih bolnišničnih stavbah. Načrti razvojnih programov so bili prvič izdelani že leta 1994, dopolnjeni v letu 2003 in se, po navedbah ministrstva, od tedaj letno dopolnjujejo.

Ocenjujemo, da *obstaja tveganje, da načrti razvojnih programov niso realni*, saj roki, ki so bili postavljeni za dokončanje posameznih projektov, niso bili doseženi, sprva načrtovane vrednosti posameznih projektov pa so znatno presežene. *Obstaja tveganje, da je bilo načrtovanje projektov pomanjkljivo, sredstva in čas za dosego ciljev pa nerealno postavljeni*, kar pomeni neučinkovito upravljanje z javnimi sredstvi na področju investicij v zdravstvo, kamor sodijo tudi nakupi medicinske opreme.

Po pojasnilu ministrstva so v letu 2001 zbrali, v letu 2002 pa obdelali podatke ne le o stanju, temveč tudi o vzdrževanju vse opreme v vseh državnih zdravstvenih zavodih, katerih posamezna vrednost je presegala pet milijonov tolarjev, vendar pa evidence opreme ne dopolnjujejo, tako da ne odraža trenutnega stanja.

Ministrstvo ima izdelan tudi seznam tveganj povezanih z njihovimi lastnimi dejanji v ciklu upravljanja z objekti in opremo. Iz prejete dokumentacije je razvidno, da so v registru tveganj opredeljene vse faze upravljanja z medicinsko opremo razen faze uporabe in nadzora.

Za interventne nakupe medicinske opreme je v načrtu razvojnih programov ministrstva namenjen projekt 2711-02-0001 Oprema za več javnih zdravstvenih zavodov. V nadaljevanju navajamo realizacijo tega projekta, kot ga je v obrazložitvah k zaključnemu računu proračuna za leto 2003, 2004 in 2005 navedlo ministrstvo.

Realizacija projekta 2711-02-0001 Oprema za več javnih zdravstvenih zavodov:

»Nabavljen in predan v uporabo je bil 16-rezinski računalniški tomograf (CT) v Kliničnem centru Ljubljana.«

Vir: zaključni račun proračuna Ministrstva za zdravje za leto 2003.

»Opis projekta z opredelitvijo namena in ciljev projekta: Dotrajanost obstoječe opreme narekuje nujno zamenjavo.

Ocena uspeha pri doseganju zastavljenih ciljev projekta: Iz tega projekta je bilo v letu 2004 izvršeno samo plačilo za že dobavljen del rentgenske opreme za Klinični inštitut za radiologijo Kliničnega centra Ljubljana, predobremenjena pa je bila s sklenjenimi pogodbami za nabavo enega od linearnih pospeševalnikov za Onkološki inštitut Ljubljana v vrednosti 472 mio tolarjev, še dveh RTG aparatov s pripravo prostorov (128 mio tolarjev) za Klinični center Ljubljana ter opreme oddelka za žilne bolezni Kliničnega centra Ljubljana (53 mio tolarjev). V sprejetem Načrtu razvojnih programov za leto 2004 je bil sprejet plan sredstev proračuna v višini 890.000 tisoč tolarjev. Od tega je bilo izplačano izvajalcem iz sredstev proračuna 41.301 tisoč tolarjev, iz proračunskega sklada pa 898 tisoč tolarjev, v skupnem je bilo izplačano izvajalcem 4,7 odstotka planiranih sredstev.«

Vir: zaključni račun proračuna Ministrstva za zdravje za leto 2004.

»Opis projekta z opredelitvijo namena in ciljev projekta: Dotrajanost obstoječe opreme narekuje nujno zamenjavo. Začetek projekta: 01.05.2001, konec projekta: 31.12.2015.

Dosežen razvoj/napredek na projektu v letu 2005 z vidika doseganja ciljev in izpolnjevanja načrta financiranja projekta ter stanja projekta: V letu 2005 so bile realizirane oz. plačane naslednje investicije: Onkološki inštitut Ljubljana, linearni pospeševalnik, Klinični center Ljubljana, radiološka oprema in oprema za oddelek za žilne bolezni, SB Jesenice, adaptacija OP bloka - oprema, PB Begunje, sofinanciranje opreme, PB Idrija, sofinanciranje opreme kubinje. Zaradi tega, ker še ni bilo oddano javno naročilo za operacijske mize za več slovenskih bolnišnic, za katere je predvideno delno financiranje iz tega projekta, v letu 2005 projekt ni bil realiziran v predvideni višini. V sprejetem Načrtu razvojnih programov za leto 2005 je bil sprejet plan sredstev proračuna v višini 808.453 tisoč tolarjev in proračunskega sklada v višini 238.308 tisoč tolarjev. Od tega je bilo izplačano izvajalcem iz sredstev proračuna 665.382 tisoč tolarjev in iz proračunskega sklada pa 47.552 tisoč tolarjev, v skupnem je bilo izplačano izvajalcem 88,18 planiranih sredstev.«

Vir: zaključni račun proračuna Ministrstva za zdravje za leto 2005.

Glede ocene, da ministrstvo ne spremlja zadovoljivo upravljanja z medicinsko opremo v bolnišnicah, obstaja tveganje, da ne pozna dejanskega stanja izrabljenosti te opreme, ter podatka, kateri nakupi se upravičeno uvrščajo v projekt interventnih nakupov.

Nekatere podatke o upravljanju bolnišnic z medicinsko opremo imajo v Sektorju za ekonomiko javnega zdravstva, vendar tudi v tem sektorju le podatke iz računovodskih izkazov javnih zavodov, ki po naši oceni ne zadoščajo za kvalitetno spremljanje izvajanja dejavnosti.

Bolnišnice kot posredni uporabniki proračuna morajo²¹ poročati o doseženih ciljih in rezultatih za preteklo leto in to poročilo predložiti tudi Ministrstvu za finance in ministrstvu, ki je pristojno za njihovo področje dela. Na podlagi razgovorov, opravljenih na ministrstvu, ugotavljamo, da ministrstvo teh poročil ne spremlja in ne analizira glede doseganja ciljev, kar predstavlja tveganje, da programski cilji na področju bolnišničnega zdravstva posamezne bolnišnice niso povezani s programskimi cilji ministrstva. Predvsem pa se ne merijo z dogovorjenimi kazalci uspešnosti in učinkovitosti izvajanja dejavnosti. Usklajeni cilji, dogovorjeni načini merjenja in na tej podlagi pripravljene ocene doseganja rezultatov bi prispevali k učinkovitejšemu upravljanju z medicinsko opremo, ki je eden od osnovnih pogojev za uspešno izvajanje zdravstvene dejavnosti.

Kako se ministrstvo zaveda pomembnosti področja upravljanja z medicinsko opremo, je razvidno iz obrazložitev posebnega dela zaključnega računa proračuna pri opisu glavnega programa Bolnišnično zdravstvo. Ministrstvo je v letih 2001 do vključno 2006 pri opisu bolnišničnega zdravstva navedlo:

1703 Bolnišnično zdravstvo v Obrazložitvah zaključnega računa za leto 2001

»Za doseganje strategije in razvojnih usmeritev opredeljenih v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva je eden temeljnih pogojev zagotavljanje ustreznih prostorskih in opremskih zmogljivosti za izvajanje zdravstvenega varstva v okviru zdravstvene mreže.«

1703 Bolnišnično zdravstvo v Obrazložitvah zaključnega računa za leto 2002

»Za doseganje strategije in razvojnih usmeritev opredeljenih v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva je eden temeljnih pogojev zagotavljanje ustreznih prostorskih in opremskih zmogljivosti za izvajanje zdravstvenega varstva v okviru zdravstvene mreže.«

1703 - Bolnišnično zdravstvo v Obrazložitvah zaključnega računa za leto 2003

»Za doseganje strategije in razvojnih usmeritev opredeljenih v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva je eden temeljnih pogojev zagotavljanje ustreznih prostorskih in opremskih zmogljivosti za izvajanje zdravstvenega varstva v okviru zdravstvene mreže.«

1703 - Bolnišnično zdravstvo v Obrazložitvah zaključnega računa za leto 2004

»Za doseganje strategije in razvojnih usmeritev opredeljenih v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva je eden temeljnih pogojev zagotavljanje ustreznih prostorskih in opremskih zmogljivosti za izvajanje zdravstvenega varstva v okviru javne zdravstvene mreže.«

1703 - Bolnišnično zdravstvo v Obrazložitvah zaključnega računa za leto 2005

»Za doseganje strategije in razvojnih usmeritev opredeljenih v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva je eden temeljnih pogojev zagotavljanje ustreznih prostorskih in opremskih zmogljivosti za izvajanje zdravstvenega varstva v okviru javne zdravstvene mreže.«

²¹ 62. člen Zakona o javnih finančah (Uradni list RS, št. 79/99, 124/00, 79/01, 30/02).

1703 - Bolnišnično zdravstvo v Obrazložitvah predloga zaključnega računa za leto 2006

»Za doseganje čim boljše dostopnosti do kakovostnih zdravstvenih storitev je eden temeljnih pogojev zagotavljanje ustreznih prostorov in opreme, v okviru javne zdravstvene mreže.«

Vir: zaključni račun proračuni Ministrstva za zdravje za leta 2001 do vključno 2005 in predlog zaključnega računa Ministrstva za zdravje za leto 2006.

Minister za zdravje je v letu 2006 imenoval posebno delovno skupino²², ki je zadolžena za izvedbo projekta "Uvajanje izboljšanja kakovosti v bolnišnicah". V osnutku dokumenta, ki ga je skupina pripravila, so predstavljene usmeritve, orodja in metode, ki naj bi pospešile izboljšanje kakovosti in varnosti izvajanja dejavnosti v bolnišnicah. Del projekta je usmerjen tudi v spremljanje učinkovitosti izrabe virov, med kazalniki spremljanja pa je tudi število posameznih vrst medicinske opreme in njihova izkoriščenost.

Glede na to, da ministrstvo nima izdelanih kazalnikov spremljanja doseganja programskih ciljev, bo lahko navedeni projekt dober primer za ostale podprograme, za pripravo k ciljem in rezultatom usmerjenega proračuna in s tem tudi usklajenega strateškega načrtovanja na področju zdravstva. Hkrati bo ministrstvo pridobilo tudi podatke o stanju medicinske opreme v bolnišnicah, ki jih bo lahko uporabilo za vzpostavitev ustreznih evidenc oziroma spremljanje stanja na tem področju.

Po pojasnilu ministrstva so v letu 2006 v sodelovanju z zunanji strokovnjaki pripravili tudi projekt Sistem spremljanja učinkovitosti investicij v javnem zdravstvu. Sistem je namenjen ugotavljanju doseganja načrtovanih učinkov investicij na podlagi fizičnih kazalnikov njihove izkoriščenosti in primerjave z vsebino investicijskih programov.

Vzpostavitev in vodenje evidenc o dejanskem stanju medicinske opreme v bolnišnicah in njihovih potrebah je potreben, ne pa tudi zadosten pogoj za učinkovito izvajanje nalog, saj ministrstvo ni opravilo nekaterih drugih nalog, ki jih uvrščamo med osnovne pogoje za vzpostavitev učinkovitega upravljanja z medicinsko opremo, kot npr. izdelava standardov na področju medicinske opreme.

²² Sklep o imenovanju delovne skupine za projekt izboljševanje celovite kakovosti v bolnišnicah, št. 506-10/2006-1 z dne 1. 3. 2006.

V Nacionalnem programu zdravstvenega varstva Republike Slovenije²³ je določeno, da bo ministrstvo pripravilo standarde materiala in materialnih zmogljivosti v mreži javne zdravstvene službe. To so standardi porabe medicinskega in nemedicinskega materiala in zdravil, uporabe zgradb in prostorov, za medicinsko in nemedicinsko opremo in podobno. Ti standardi naj bi omogočali prilagajanje razvoju zdravstvene službe, pa tudi spreminjanju zdravstvenega standarda, ki naj bi bilo posledica spremenjene obolevnosti in zahtevnosti ljudi.

»Projekt 2711-03-002 - Standardi, normativi in druge skupne podlage za investicije

Začeto je bilo delo pri pripravi standardov za graditev in opremo bolnišnic.«

Vir: zaključni račun proračuna Ministrstva za zdravje za leto 2003.

Ministrstvo naj bi določilo standarde najkasneje v treh letih po sprejetju nacionalnega programa, kar pa ni storilo. Nacionalni program je bil sprejet 30. 5. 2000, torej ministrstvo zamuja z njihovo pripravo že štiri leta.

Standardi bi naj določili, katere posamezne kose medicinske opreme potrebujejo posamezne bolnišnice glede na svoj namen in mesto v mreži bolnišnic in koliko. S standardi bi torej lahko potrdili ali zavrnili upravičenost potreb bolnišnic po novi medicinski opremi in določili prioritete nakupov medicinske opreme. S standardi bi določili tudi uporabne in tehnične lastnosti medicinske opreme. Sprejem standardov bi vplival na poenostavitev postopkov javnih naročil medicinske opreme, predvsem pripravo razpisne dokumentacije in znotraj tega določitev tehničnih zahtev. Ocenjujemo, da kvalitetnejša priprava razpisne dokumentacije vpliva na zmanjšanje revizijskih zahtevkov.²⁴

Ministrstvo je za pripravo standardov in normativov za objekte in prostore javnih zdravstvenih zavodov, izvedlo javno naročilo²⁵. Na javnem razpisu je izbralo zunanjega izvajalca, s katerim je 24. 2. 2003 sklenilo pogodbo²⁶ v vrednosti 73.001 tisoč tolarjev. Dogovorjeni končni rok za izdelavo predmeta pogodbe je bil 24 mesecev po podpisu pogodbe, to je 6. 3. 2005.

Po pojasnilu ministrstva so bile v novembru 2006 v delovni verziji izdelane osnovne tehnične smernice oziroma tako imenovani standardi in normativi prostorov in opreme za zdravstvene domove, bolnišnice in zavode za zdravstveno varstvo, ki pa bodo do konca leta 2007 v preizkusni fazi.

Ugotovili smo, da izvajalec pogodbenih obveznosti ni izpolnil v pogodbenih rokih. Na podlagi pridobljene dokumentacije je razvidno, da je ministrstvo izvajalcu plačalo celotni pogodbeni znesek. Po oceni ministrstva²⁷ je pripravljena približno ena tretjina gradiva za pripravo standardov.

²³ Poglavje 3.4.3. Materialne zmogljivosti. Po pojasnilu ministrstva naj bi Nacionalni program prenehal veljati v letu 2004.

²⁴ V letu 2006 je bilo ministrstvo po številu revizijskih zahtevkov na prvem mestu med vsemi naročniki. (Vir: Poročilo Državne revizijske komisije za leto 2006.)

²⁵ "Strokovne in tehnične storitve pri izdelavi standardov in normativov za objekte in prostore javnih zdravstvenih zavodov".

²⁶ Pogodba št. 3531-2/2002.

²⁷ Tehnične smernice prostorov in opreme v javne zdravstvene zavode ter standardiziranja oziroma tehnične specifikacije artiklov v zdravstvu, 6. 12. 2006.

Ministrstvo ni znalo natančno odgovoriti, kdaj bodo standardi za opremo javnih zdravstvenih zavodov pripravljene za uporabo.²⁸

Ocenjujemo, da se zato, ker ni standardov za opremo in zaradi neuporabe standardov za objekte in prostore, povečuje tveganje nepravilnih nakupov medicinske opreme, in da se zaradi slabo definiranih tehničnih zahtev medicinske opreme, in s tem neustrezno pripravljene razpisne dokumentacije, povečuje možnost pridobitve opreme, ki ne ustreza potrebam bolnišnic. To tudi povečuje število zahtevkov za revizijo postopka in število takšnih zahtevkov, ki jih vložijo ponudniki. S tem pa se tudi podaljšuje postopek javnih naročil.

Po pojasnilu Sektorja za investicije v javno zdravstvo, ki je zadolžen za izvajanje javnih naročil, izhaja, da tehničnih specifikacij medicinske opreme ne pripravljajo na ministrstvu, ampak jih za ministrstvo pripravljajo uporabniki medicinske opreme in zunanji izvajalci. Ker ni standardov za medicinsko opremo, na ministrstvu nimajo nobene druge metode za preverjanje ustreznosti tehničnih specifikacij medicinske opreme. Na ministrstvu so zagotovili, da s pomočjo zunanjih strokovnjakov izvajajo revizije tehničnih specifikacij medicinske opreme, s katerimi preverijo, ali na trgu obstajajo vsaj trije ponudniki z izdelki z zahtevanimi tehničnimi lastnostmi.

Ocenjujemo, da način, ko določajo tehnično specifikacijo medicinske opreme zunanji izvajalci in ne ministrstvo skupaj z bolnišnicami, povečuje tveganje, da medicinska oprema ni vedno primerno določena.

Na primeru skupnega javnega naročila 18 operacijskih miz za pet bolnišnic, ki ga je izvedlo ministrstvo in ga opisujemo v nadaljevanju, smo med drugim ugotovili, da se poleg težav pri pripravi tehničnih specifikacij pojavljajo težave oziroma nepravilnosti tudi pri pripravi splošnega dela razpisne dokumentacije in vodenju postopka javnega naročila. Ocenjujemo, da *obstaja tveganje, da postopki javnih naročil niso izpeljani učinkovito in da na koncu ni izbran optimalni ponudnik*. Ocenjujemo tudi, da ministrstvo ali drug organ oziroma organizacija, ki ima posebno službo, odgovorno za javna naročila, ne bi smelo dovoliti oziroma s svojimi dejanji povzročiti, da se postopki javnih naročil podaljšujejo zaradi nekvalitetno pripravljene razpisne dokumentacije, *saj podaljševanje rokov pomeni visoko tveganje pri opravljanju dejavnosti bolnišnic in s tem tveganje za paciente*.

Tveganje pri upravljanju z medicinsko opremo predstavlja tudi stopnja za odpisovanje medicinske opreme. Predpisane²⁹ letne stopnje odpisa za opremo za opravljanje negospodarske dejavnosti so naslednje:

- 20 odstotkov za laboratorijsko opremo (petletna amortizacijska oziroma predvidena življenjska doba),
- 25 odstotkov za ostalo opremo (štiriletna amortizacijska oziroma predvidena življenjska doba).

²⁸ Ministrstvo je predložilo Prostorsko tehnično smernico TSG - Z - XXX: osnutek 2006 za zdravstvene objekte bolnišnica z dne oktober 2006.

²⁹ Minister za finance je 20. 5. 2002 na podlagi drugega odstavka 42. člena Zakona o računovodstvu izdal Navodilo o načinu in stopnjah odpisa neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev za osebe javnega prava (Uradni list RS, št. 54/02), ki ga je 7. 5. 2005 zamenjal Pravilnik o načinu in stopnjah odpisa neopredmetenih dolgoročnih sredstev in opredmetenih osnovnih sredstev (Uradni list RS, št. 45/05 in 138/06). Po 4. členu pravilnika se osnovna sredstva redno odpisujejo posamezno, z uporabo metode enakomernega časovnega amortiziranja, rok odpisa pa je določen s stopnjami rednega odpisa iz priloge I, ki je sestavni del pravilnika.

Med ostalo opremo, poleg računalnikov, ki so po štirih letih intenzivne rabe lahko povsem izrabljeni, sodi tudi vsa medicinska oprema, tudi najdražja, in tista, ki se v praksi uporablja tudi po 15, 20 ali celo več let.

V "specifičnih" pogojih, določenih z veljavnimi predpisi o odpisovanju vrednosti sredstev, bi sezname novih potreb po medicinski opremi na podlagi visoke stopnje odpisanosti opreme lahko generirali tudi prezgodnje zahteve za nadomeščanje opreme oziroma za investicijska vlaganja. Gre za izziv, za katerega je po mnenju ministrstva pristojno ministrstvo za finance, ki pa kljub opozorilu tega ni uredilo.

Ministrstvo je predstavilo predlog življenjske dobe in ustrezne amortizacijske stopnje opredmetenih osnovnih sredstev, v katere je vključena tudi medicinska oprema (tabela 2).

Tabela 2: Predlog življenjske dobe in pripadajoče amortizacijske stopnje

Opredmetena sredstva	Minimalna življenjska doba v letih	Maksimalna stopnja odpisa letno v odstotkih
• laboratorijska oprema	10	10
• ostala oprema	10 - 15	6,7 - 10
• izjeme: računalniška oprema, endoskopi, defibrilatorji ipd.	4 - 7	15 - 25

Vir: ministrstvo.

Zaradi predpisanih stopenj odpisa je doba amortiziranja bistveno krajša od življenjske dobe oziroma dobe koristnosti stvarnega premoženja, ki se uporablja v zdravstvu. Ocenjujemo, da *predpisane stopnje odpisa vsebujejo tveganja, ker dopuščajo:*

- *prezgodnje in prevelike investicijske zahteve,*
- *opuščanje vzdrževanja opreme zaradi pričakovanja, da se bo nadomestila z novo,*
- *povečan pritisk na cene zdravstvenih storitev,*
- *prenižko ovrednoteno premoženje.*

Ministrstvo bi navedena tveganja vsaj delno zmanjšalo, če bi imelo natančnejši pregled nad stanjem opreme, kar pa zahteva vodenje ustreznih evidenc in izvajanje nadzora.

V vprašalniku, ki smo ga posredovali bolnišnicam, nas je zanimala primernost stopnje odpisa medicinske opreme. Večina bolnišnic je odgovorila, da je stopnja odpisa primerna, le pet bolnišnic je menilo, da stopnja ni primerna. Navajamo dva odgovora, ki povzemata odgovore vseh petih:

»Previsoka stopnja odpisa. Nobene aparature ne moremo obnavljati v 4 letih. Zato je sedanja vrednost medicinske opreme zelo majhna. Bolj realno bi bilo, da bi imeli možnost izbire načina in stopnje odpisa. Vsaj pri nekaterih dragih aparataturah (RTG, CT, MR) bi uporabljali funkcionalni odpis, glede na predvideno dobo delovanja.«

»Življenjska doba štiri ali pet let je prekratka. Ali si lahko privoščimo menjavo opreme po 4 ali 5 letih uporabe?«

Vir: vprašalnik.

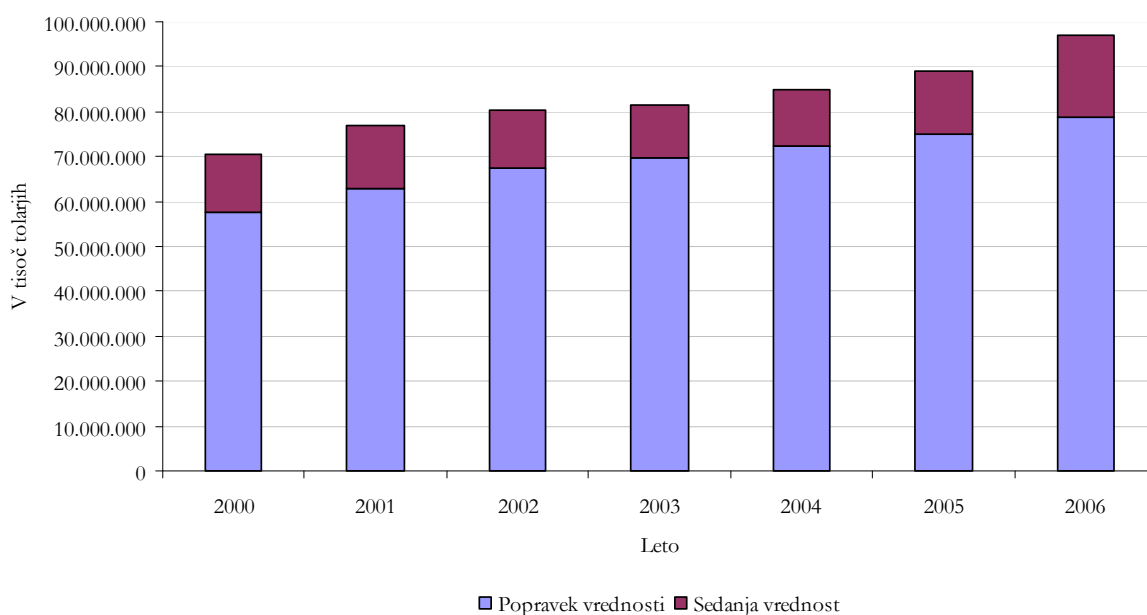
2.2 Vloga bolnišnic pri upravljanju z medicinsko opremo

Zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske opreme opravljajo zdravstveni delavci³⁰. Izvaja se na treh ravneh: primarni, sekundarni in terciarni³¹. Mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni zagotavlja Republika Slovenija³², opravljajo pa jo bolnišnice. Po namenu so bolnišnice splošne in specialne³³. Splošna bolnišnica opravlja praviloma dejavnost za bolnike iz določene regije, specialne bolnišnice pa opravljajo dejavnost praviloma za bolnike iz več regij oziroma za bolnike iz celotne države³⁴.

V Sloveniji je 26 bolnišnic. Ustanoviteljica vseh je Republika Slovenija³⁵.

Na dan 31. 12. 2006 so bolnišnice razpolagale z opremo v sedanji vrednosti 18.201.952 tisoč tolarjev. S slike 5 je razvidno, kako majhen delež predstavlja neodpisana vrednost opreme. Velik del odpisane vrednosti predstavlja oprema, ki je dejansko še vedno v uporabi.

Slika 5: Vrednost opreme v bolnišnicah v letih 2000 do vključno 2006³⁶



Vir: bilance stanja bolnišnic s stanjem na dan 31. 12. 2000, 31. 12. 2001, 31. 12. 2002, 31. 12. 2003, 31. 12. 2004, 31. 12. 2005 in 31. 12. 2006.

³⁰ Prvi odstavek 1. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, 9/92, 26/92-popr., 37/95, 8/96, 90/99; v nadaljevanju: ZZDej).

³¹ Prvi odstavek 2. člena ZZDej.

³² Četrty odstavek 5. člena ZZDej.

³³ Prvi odstavek 16. člena ZZDej.

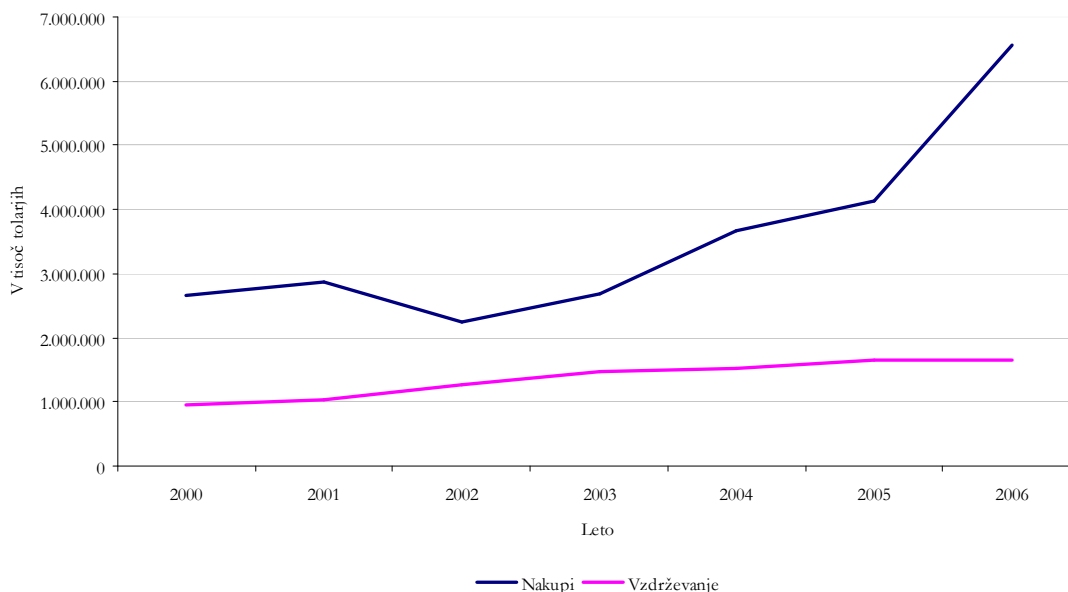
³⁴ Prvi odstavek 3. člen Pravilnika o merilih za razvrščanje bolnišnic (Uradni list RS, št. 43/98, 71/03).

³⁵ Register proračunskih uporabnikov, ki ga vodi Uprava Republike Slovenije za javna plačila
http://www.ujp.gov.si/docDir/Register%20PU/RPU_31%2012%202006.XLS.

³⁶ Podatki so v nominalnih vrednostih.

Bolnišnice so v letih 2000 do vključno 2006 namenile nakupom medicinske opreme skupaj 24.825.450 tisoč tolarjev, vzdrževanju pa skupaj 9.538.970 tisoč tolarjev, kar pomeni, da so bolnišnice v tem obdobju povprečno namenile vzdrževanju medicinske opreme 38,4 odstotka vrednosti nakupov. Vendar pa to niso vsa sredstva, namenjena upravljanju z medicinsko opremo.

Slika 6: Vrednosti nakupov in stroški vzdrževanja medicinske opreme³⁷



Vir: vprašalnik.

S slike 6, s katero prikazujemo vrednosti nakupov in stroškov vzdrževanja medicinske opreme, je razvidno, da so se v zadnjih letih, predvsem pa v letu 2006, povečala sredstva, namenjena nakupom, medtem ko stroški vzdrževanja stalno, vendar počasi naraščajo.

Poslovanje z javnimi sredstvi, namenjenimi izvajanju zdravstvene dejavnosti (pomemben delež celotnih stroškov poslovanja se nanaša na stroške investicij), zahteva od bolnišnic upoštevanje načel gospodarnosti, učinkovitosti in transparentnosti. Optimalno poslovanje zahteva pridobivanje medicinske opreme le v obsegu, ki je potreben za izpolnjevanje nalog bolnišnic oziroma izvajanja dejavnosti, za katero so bile ustanovljene³⁸.

Pridobivanje medicinske opreme se izvaja z javnimi naročili. Pomembno vlogo ima trg, ki s konkurenco vpliva na ceno blaga in storitev. Tudi zato je način upravljanja z medicinsko opremo pomemben proces v poslovanju bolnišnic in predstavlja odgovornost vseh, ki v tem procesu sodelujejo.

³⁷ Podatki so v nominalnih vrednostih.

³⁸ Na podlagi 56. člena Uredbe o pridobivanju, razpolaganju in upravljanju s stvarnim premoženjem države in občin (Uradni list RS, št. 12/03, 77/03) je naloga bolnišnice kot upravljavca medicinske opreme zlasti skrb za pravno urejenost stvarnega premoženja, njegovo tekoče in investicijsko vzdrževanje, izvedbo oddaje v najem oziroma zakup, skrb za zavarovanje stvarnega premoženja in uporabo tega premoženja kot dober gospodar.

Da lahko bolnišnica učinkovito izvaja naloge upravljanja z medicinsko opremo, mora imeti predvsem vzpostavljene natančne in ažurne evidence medicinske opreme. Evidence medicinske opreme bi morale vsebovati vsaj podatke o identifikacijski številki, nazivu opreme, listini o pridobitvi, s katere je tudi razviden način pridobitve (nakup, donacija, najem ipd.), nabavni vrednosti, starosti opreme, predvideni življenjski dobi, stroških vzdrževanja, izkoriščenosti, razlogu in datumu odpisa.

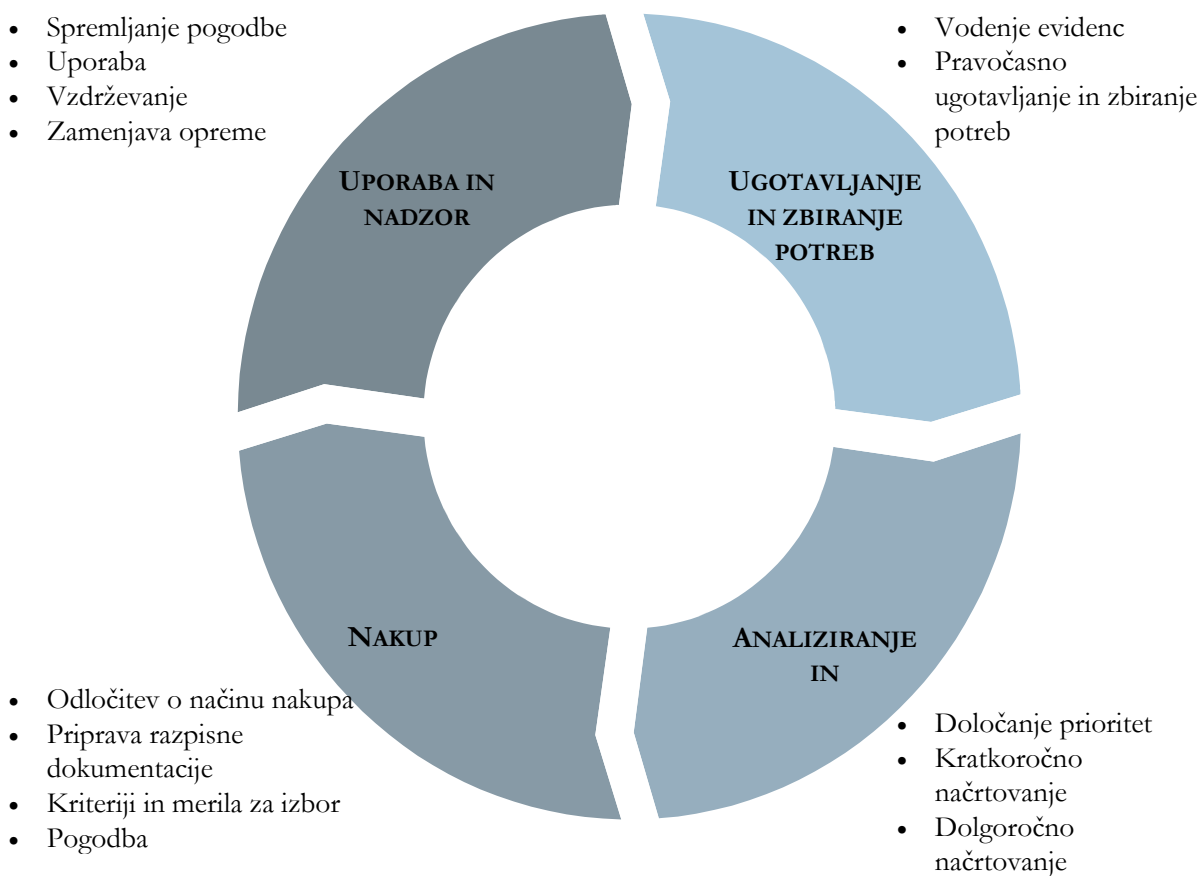
Glede na oceno, da obstaja tveganje, da se pri posameznih fazah upravljanja z medicinsko opremo ne izvajajo vse potrebne aktivnosti, smo to z vprašalniki preverili pri bolnišnicah. Zanimalo nas je stanje na področju upravljanja z medicinsko opremo, da bi opozorili na pomembnost obvladovanja celotnega procesa upravljanja in ne le na njegove posamezne faze, npr. izvajanje javnih naročil.

V nadaljevanju povzemamo rezultate analize in oceno upravljanja z medicinsko opremo po posameznih fazah.

2.2.1 Kako bolnišnice upravljajo z medicinsko opremo

Celoviti cikel procesa upravljanja z medicinsko opremo je prikazan na sliki 7.

Slika 7: Proces upravljanja z medicinsko opremo



Na glavno vprašanje revizije, kako bolnišnice upravljajo z medicinsko opremo, lahko odgovorimo na podlagi ocene, kako bolnišnice znotraj posameznih faz tega cikličnega procesa izvajajo naloge, nujne za dobro oziroma učinkovito upravljanje z medicinsko opremo.

2.2.1.1 Ugotavljanje in zbiranje potreb

Faza ugotavljanja potreb pomeni raziskovanje organizacije, njenega okolja, zahtev dela, znanja in veščin zaposlenih. V reviziji pa nam faza ugotavljanja potreb v procesu upravljanja z medicinsko opremo v bolnišnicah predstavlja ugotavljanje potreb in zbiranje podatkov za pridobitev nove medicinske opreme. Potrebe za pridobitev nove medicinske opreme naj bi nastale predvsem zaradi dveh vzrokov:

- zamenjave izrabljene medicinske opreme,
- nakupa nove medicinske opreme zaradi tehnološkega napredka.

Da ne bi prišlo do situacije, ko:

- obstaja nujna upravičena potreba po določeni medicinski opremi,
- bi lahko izrabljenost opreme pomenila nevarnost za pacienta oziroma bolnika
- opreme na trgu ni na voljo,

je pomembno, da so potrebe po medicinski opremi pravočasno zaznane in opredeljene. *Zato je potrebno natančno določiti odgovornosti za ugotavljanje potreb, vzpostavljena pa mora biti tudi sprotna in uporabna evidenca medicinske opreme.*

Evidenca medicinske opreme naj bi torej poleg standardnih podatkov iz registra osnovnih sredstev (inventarne številke, nabavne vrednosti, odpisane vrednosti ipd.) vsebovala tudi podatke, ki so pomembni za ugotavljanje izrabljenosti medicinske opreme (podatki o starosti, predvideni življenjski dobi in stroških vzdrževanja medicinske opreme ipd.). Pomembno je tudi spremljanje izkoriščenosti medicinske opreme, še posebej, kadar gre za tehnološko zahtevno in drago opremo. Pri tovrstni opremi je spremljanje izkoriščenosti pomembno zlasti v povezavi z mrežo bolnišnic in pri odločanju o potrebnosti nabave enake ali funkcionalno podobne opreme, ki jo bolnišnice že imajo, pa se ta ne uporablja optimalno.

Na podlagi prejetih odgovorov bolnišnic ugotavljamo, da:

- bolnišnice sicer vodijo evidence medicinske opreme, da večina te evidence ažurira ob vsaki spremembi oziroma dogodku, da pa te evidence zajemajo predvsem podatke, ki veljajo za »standard« pri vodenju registra osnovnih sredstev;
- osem od 26 bolnišnic ne vodi podatkov o predvideni življenjski dobi opreme in razlogu odpisa, kar deset bolnišnic pa tudi ne vodi evidence o stroških vzdrževanja; prav ti podatki so najpomembnejši za ugotavljanje potreb in načrtovanje nakupov;
- izkoriščenost medicinske opreme spremlja 11 od 26 bolnišnic, med njimi pa ni vseh največjih bolnišnic, ki praviloma uporabljajo tudi opremo, za katero je vodenje tovrstne evidence najbolj smiselno in tudi potrebno; bolnišnice, ki vodijo evidence o izkoriščenosti, navajajo, da to počnejo zaradi spremljanja zasedenosti opreme, načrtovanja novih nabav, zasedenosti kadra, dve med njimi pa sta med razlogi za spremljanje navedli tudi načrtovanje vzdrževanja;
- kar 21 od 26 bolnišnic, pri prepoznavanju potreb upošteva tudi prednosti tehnoloških izboljšav nove opreme, kar je lahko, z vidika hitro razvijajoče stroke, pomemben in verjetno tudi nujen kriterij;
- le sedem od 26 bolnišnic vodi evidence kot del integriranega informacijskega sistema, ena bolnišnica pa vodi evidenco medicinske opreme le v papirni obliki; pri tem obstaja tveganje, da so evidence namenjene predvsem ali zgolj rednim popisom opreme in statističnemu poročanju, ne uporabljajo pa se za ugotavljanje in zbiranje potreb.

Ugotavljanje in zbiranje potreb praviloma zajema aktivnosti, ki omogočajo, da so podatki o opremi vedno in pravočasno na voljo. Odražati morajo tudi dejansko stanje opreme. Vse to je pomembno pri upravljanju z medicinsko opremo v bolnišnicah. Prav integrirani informacijski sistemi omogočajo povezavo podatkov in poslovnih postopkov prek celotne organizacije, lahko pa povezuje tudi več organizacij. Bistvena skupna lastnost integriranih informacijskih sistemov je, da temeljijo na integrirani in enoviti zbirki podatkov.

Ocenjujemo, da bi vsaj v večjih bolnišnicah morale ugotavljanje in zbiranje potreb temeljiti na integrirani zbirki podatkov, ki bi omogočala tako spremljanje in s tem pravočasno ugotavljanje potreb in tudi nadzor vodstva nad službami, ki so zadolžene za upravljanje z medicinsko opremo. Lahko pa bi povezoval tudi vse bolnišnice. *Ministrstvo bi moralo imeti interes, da bi se organizirala skupna evidenca, saj bi s tem tudi pridobilo možnost vpogleda in s tem kvalitetnejšega spremljanja stanja medicinske opreme v Republiki Sloveniji.*

Glede na velikost in organizacijsko strukturo Kliničnega centra ter izvajanje dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni ni mogoče učinkovito ugotavljati in zbirati potrebe brez integriranega informacijskega sistema, ki bi omogočal vodstvu učinkovito upravljanje z medicinsko opremo in nadzor nad upravljanjem. Integriran informacijski sistem bi omogočal združevanje podatkov različnih organizacijskih enot, za katere smo ugotovili, da so bile slabo povezane.

V Kliničnem centru so s projektom vpeljave integriranega poslovno informacijskega sistema pričeli v letu 2000. V letu 2006 pa so se odločili za njegovo prenovo, saj so ocenili, da obstoječi informacijski sistem osnovnih sredstev in drobnega inventarja ne zadovoljuje potreb uporabnikov in načina poslovanja.

Iz prejete dokumentacije je razvidno, da naj bi novi sistem zajel vsa področja obravnave osnovnih sredstev v vsej življenjski dobi.

Po pojasnilu Kliničnega centra bo novi informacijski sistem začel delovati 1. 1. 2008 in bo zagotavljal ustrezne informacije poslovodstvu, klinikam, tehničnim službam in drugim uporabnikom, ki bodo imeli glede na svoje potrebe in avtorizacijo direkten dostop do podatkov o osnovnih sredstvih.

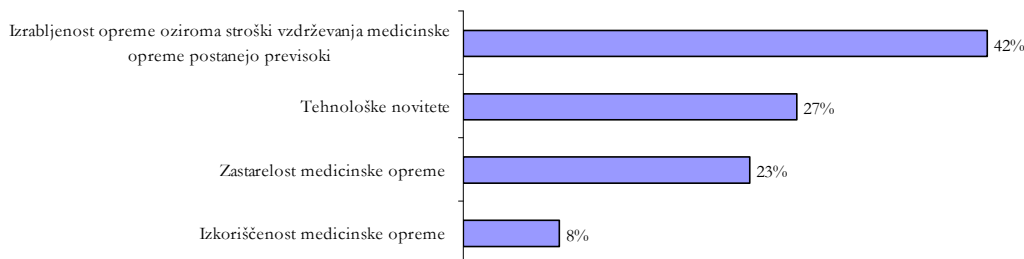
2.2.1.2 Analiziranje in načrtovanje

Faza analiziranja in načrtovanja v procesu upravljanja z medicinsko opremo pomeni določanje prioritete nakupov in pripravo kratkoročnega in dolgoročnega načrta nakupov medicinske opreme in je nadgradnja faze ugotavljanja in zbiranja potreb.

Potrebe po medicinski opremi so pogosto večje od finančnih sredstev, ki so za ta namen zagotovljena. Na podlagi utemeljitev potreb ter vnaprej določenih kriterijev in meril za določanje prioritete je treba nujno določiti stopnjo prioritete in nakupe ustrezno uvrstiti v načrt nabav. Na podlagi tega je mogoče izdelati kratkoročne in dolgoročne načrte nakupov medicinske opreme.

17 bolnišnic ima izdelane kriterije za ugotavljanje prioritete nakupov medicinske opreme. Na sliki 8 predstavljamo najpomembnejše prioritete, ki jih kot kriterij navajajo bolnišnice.

Slika 8: Kriteriji in merila za določanje prioritete nakupov medicinske opreme



Vir: vprašalnik.

Kratkoročne načrte nakupov medicinske opreme ima izdelano 24 od 26 bolnišnic. Po Zakonu o javnih naročilih je načrt nabav, poleg zagotovljenih sredstev, pogoj za začetek postopka javnega naročanja³⁹.

Kot zelo slabo ocenjujemo stanje pri dolgoročnem načrtovanju nakupov medicinske opreme, saj ima za najmanj petletno obdobje načrte nakupov izdelane le sedem bolnišnic.

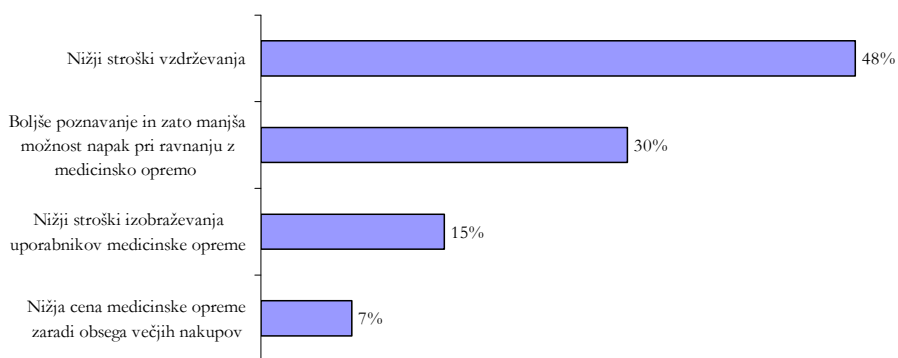
³⁹ V obdobju, na katerega se nanaša revizija, je bil veljavni predpis Zakon o javnih naročilih (15. člen), Uradni list RS, št. 39/00, 2/04, 102/00-popr. (v nadaljevanju ZJN-1).

Ocenjujemo, da obstaja tveganje, da je lahko kratkoročno načrtovanje nakupov medicinske opreme sestavljeno predvsem iz interventnih nakupov, ker bolnišnice nakupov medicinske opreme ne načrtujejo dolgoročno. To oceno potrjujejo tudi kriteriji za določanje prioritet, saj največ bolnišnic navaja izrabljenost opreme oziroma stroške vzdrževanja medicinske opreme, ki postanejo previsoki. To pa sta razloga, ki ju je mogoče z ustreznim spremljanjem stanja in dobrim načrtovanjem pravočasno zaznati in ustrezno ukrepati.

Za bolnišnico je lahko gospodarno, da ima pri določeni vrsti medicinske opreme na voljo samo omejeno število modelov, zato je smiselno, da se za posamezne vrste medicinske opreme načrtuje nakupe večje količine posamezne vrste medicinske opreme naenkrat.

17 od 26 bolnišnic meni, da je gospodarno, da imajo pri določeni vrsti medicinske opreme na voljo samo omejeno število modelov. Prihranki in ostale prednosti, ki jih pri tem lahko dosežejo bolnišnice, so prikazane na sliki 9.

Slika 9: Prednosti uporabe omejenega števila modelov medicinske opreme



Vir: vprašalnik.

V Kliničnem centru menijo, da je pri določenih vrstah medicinske opreme smiselno, da se uporablja en sam model, predvsem zaradi bistveno nižjih stroškov vzdrževanja in nižjih stroškov pri usposabljanju osebja za uporabo opreme.

Klinični center se v tej fazi procesa upravljanja od drugih bolnišnic razlikuje v tem, da ima izdelan kratkoročni načrt nakupov medicinske opreme, ki zajema obdobje dveh let. Dolgoročni načrt pa je v pripravi.

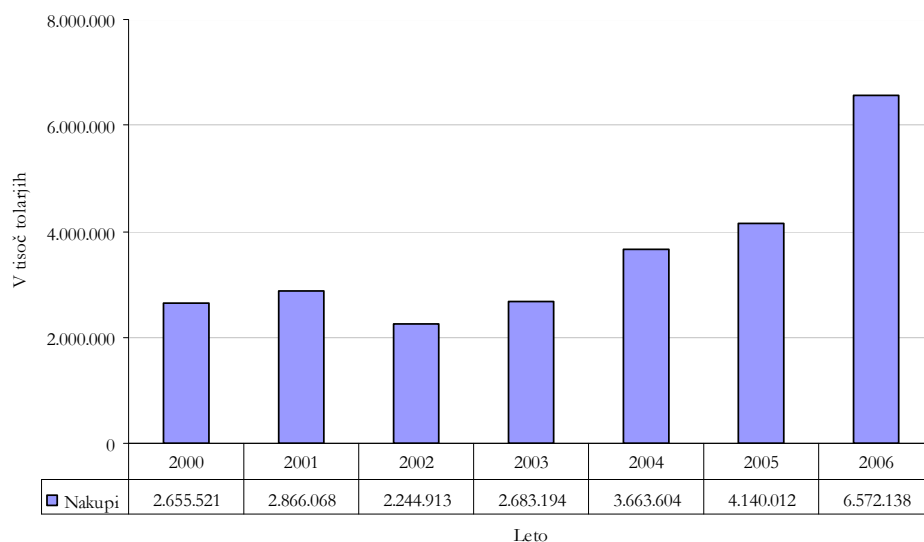
Po pojasnilu Kliničnega centra pripravljajo strategijo razvoja zavoda za petletno obdobje od leta 2008 do 2013. Dokument bo pripravljen do konca novembra 2007, v njem pa bo predvideno dolgoročno načrtovanje potreb po investicijah, v skladu s programi razvoja posameznih medicinskih strok.

2.2.1.3 Nakup

Gre za fazo upravljanja z medicinsko opremo, v kateri kupec pride v stik s ponudniki na trgu in na podlagi predpisanih postopkov izvede nakup. Prav zaradi stika s trgom, konkurence med ponudniki in nasprotnih interesov kupcev in prodajalcev je faza nakupa še posebej tvegana faza v procesu upravljanja.

Vrednost nakupov medicinske opreme v bolnišnicah se v zadnjih letih povečuje. Najbolj se je povečala v letu 2006, in sicer za 37,0 odstotkov glede na leto 2005. Skupaj so bolnišnice v letih 2000 do vključno 2006 namenile nakupom medicinske opreme 24.825.449 tisoč tolarjev. Razporeditev vrednosti nakupov medicinske opreme po letih v revidiranem obdobju prikazuje slika 10.

Slika 10: Nakupi medicinske opreme v bolnišnicah od leta 2000 do vključno 2006



Vir: vprašalnik.

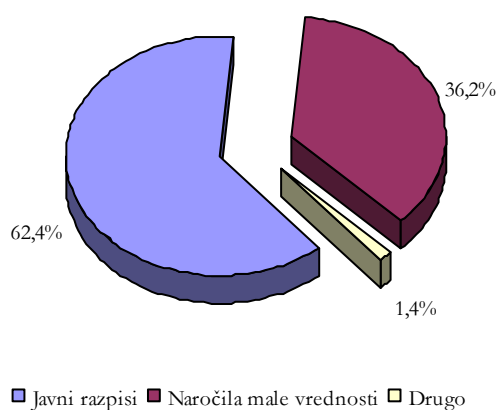
Faza nakupa v procesu upravljanja z medicinsko opremo pomeni celoten postopek od odločitve za nakup do prevzema medicinske opreme.

Medicinska oprema, ki jo nabavljajo bolnišnice, obsega različne vrste pripomočkov in naprav, ki so velikokrat kompleksne in občutljive. Nekateri kosi medicinske opreme so zelo dragi, vendar jih bolnišnice ne potrebujejo v velikem številu, drugi so cenejši, a jih potrebujejo v večjem številu. Tudi zaradi različnosti medicinske opreme, ki jo potrebujejo, se bolnišnice odločajo za različne vrste nakupov.

Bolnišnice nabavljajo medicinsko opremo predvsem z javnimi razpisi in naročili male vrednosti.

Po vrednosti so bolnišnice v letih od 2000 do vključno 2006 izvedle največ nakupov medicinske opreme z javnimi razpisi, po številu nakupov pa z naročili male vrednosti, kar je prikazano na slikah 11 in 12.

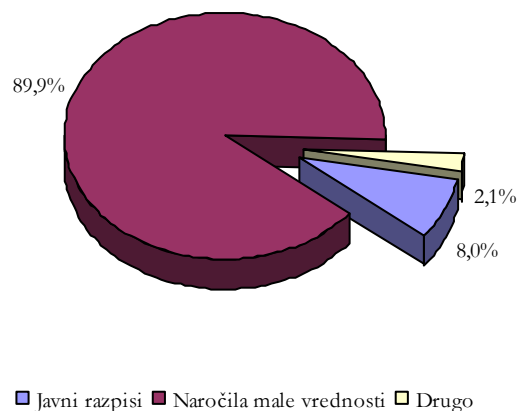
Slika 11: Struktura po vrednosti nakupov v letih 2000 do vključno 2006



Vir: vprašalnik.

Med nakupi z naročili male vrednosti predstavljajo nakupi z naročilnico 34,8 odstotka vrednosti nakupov.

Slika 12: Struktura po številu nakupov v letih 2000 do vključno 2006



Vir: vprašalnik.

Med nakupi z naročili male vrednosti predstavljajo nakupi z naročilnico 56,1 odstotka števila nakupov.

Ocenjujemo, da *poleg tveganj pri nakupih medicinske opreme z javnimi razpisi obstaja tveganje tudi pri naročilih male vrednosti*. Razlog takšne ocene je predvsem v tem, ker so naročila male vrednosti manj transparentna in je zato nadzor omejen ter dopuščajo možnost nakupov pri vnaprej izbranem dobavitelju. Takšni nakupi po vrednosti predstavljajo 36,2 odstotka vseh nakupov, po številu nakupov pa kar 89,9 odstotka.

Trg medicinske opreme je specifičen, saj je glede na število ponudnikov razmeroma majhen. Ker vstop na trg medicinske opreme, predvsem zaradi tehnoloških lastnosti proizvodov, ni preprost, je tudi večanje števila ponudnikov omejeno. Razmeroma majhno je tudi število nakupov medicinske opreme, ki predstavljajo velike vrednosti. Zaradi tega imajo obstoječi ponudniki interes pridobiti čim več naročil medicinske opreme, vendar *obstaja tveganje, da bi ponudniki sklepali dogovore med seboj in zavračevali postopke z vlaganjem zahtevkov za revizijo, kar še povečuje tveganje pri nakupu medicinske opreme.*

Ocenjujemo, da so potrebni pogoji za učinkovito izpeljavo nakupa medicinske opreme:

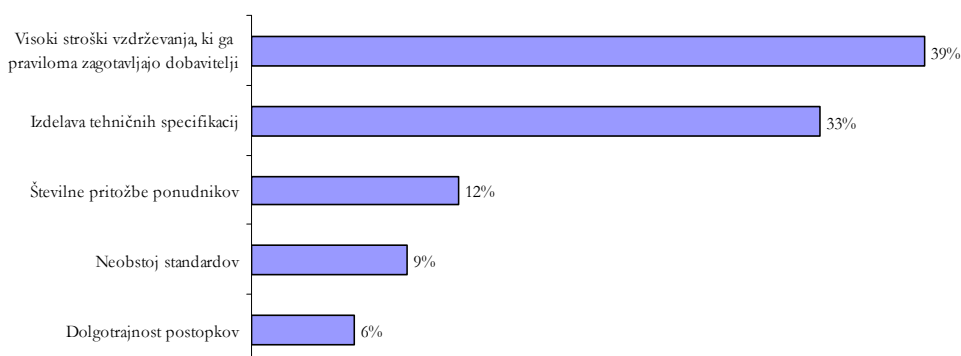
- skrbno pripravljena razpisna dokumentacija, v kateri je natančno opredeljen predmet nakupa, zahteve, ki jih morajo izpolnjevati ponudniki, da lahko sodelujejo pri javnem naročilu, in merila, po katerih bo naročnik ocenjeval prispele ponudbe,
- transparentno voden postopek javnega naročila,
- sklenitev ustrezne pogodbe in nadzor nad njenim izvrševanjem, s čimer se zagotovi, da se pogodba izvršuje v skladu s pravili, opredeljenimi v pogodbi.

Samostojno službo za javna naročila ima 11 bolnišnic. Najpogosteje so za to službo navedene naslednje odgovornosti:

- priprava razpisne dokumentacije,
- izpeljava postopkov javnih naročil,
- izdelava poročil o postopkih javnih naročil,
- svetovanje in pomoč pri pripravi in izvedbi postopkov javnih naročil,
- nadzor nad izvajanjem pogodb.

V 13 bolnišnicah so pretežno zadolženi za pripravo tehničnih specifikacij zdravniki oziroma medicinsko osebje, v 12 pa vsi oziroma drugi. Samo ena bolnišnica je navedla, da pripravo razpisne dokumentacije naroča tudi pri zunanjih izvajalcih in da je v ta namen v letih od 2000 do vključno 2006 porabila 11.465 tisoč tolarjev. Poglavitne probleme oziroma tveganja pri nakupih medicinske opreme, kot jih ocenjujejo bolnišnice, navajamo na sliki 13.

Slika 13: Poglavitni problemi oziroma tveganja pri nakupih medicinske opreme



Vir: vprašalnik.

25 bolnišnic določa skrbnike pogodb o nakupu, ki so odgovorni za njihovo izvajanje. Poleg tega so bolnišnice ocenile, da se je njihovo upravljanje z medicinsko opremo izboljšalo predvsem zaradi boljših pogodb, v katerih so določeni skrbniki pogodb, vzdrževanje opreme in zavarovanje pogodbenih obveznosti.

Vir: vprašalnik.

Primer odgovora bolnišnice na vprašanje, kateri so poglobitni problemi (tveganja) pri nakupih medicinske opreme:

» - Za najnižjo ceno dobimo najslabšo kvaliteto.

- Vzdrževanje opreme, z ali brez vzdrževalne pogodbe.

- Navezanost zdravstvenih delavcev na določene dobavitelje.«

Vir: vprašalnik.

Pri javnih naročilih se zelo pogosto kot merilo oziroma kriterij izbire ponudnika uporablja cena medicinske opreme, ki poleg vrednosti opreme navadno zajema tudi stroške, ki nastanejo do začetka njene uporabe. Vendar pa najnižja nabavna cena medicinske opreme ne pomeni nujno tudi, da je nakup najbolj gospodaren.

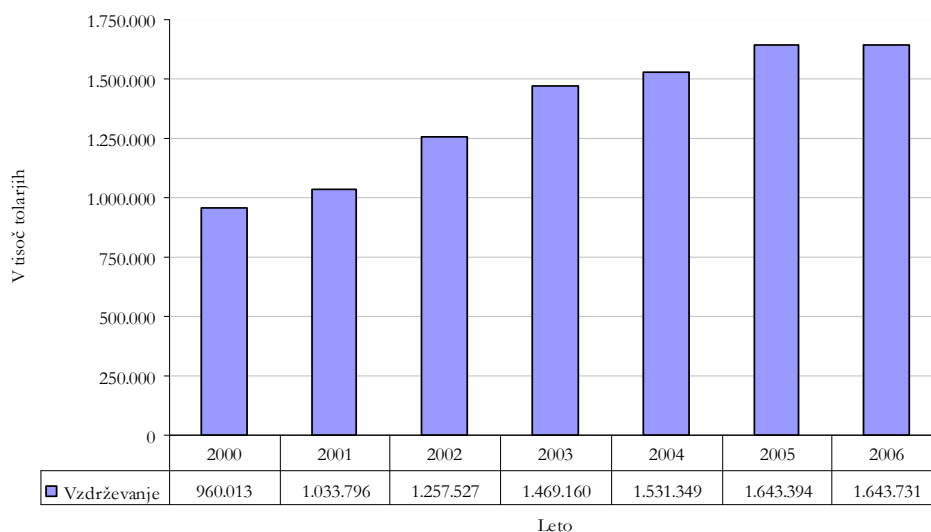
Za zagotovitev optimalne gospodarnosti nakupa medicinske opreme je potrebno kot merilo upoštevati celotne stroške lastništva medicinske opreme. Celotni stroški lastništva ne odražajo le samih stroškov nakupa, ampak tudi druge stroške vzdrževanja v celotni življenjski dobi, stroške izobraževanja uporabnikov, stroške potrošnega materiala, stroške načrtovanih in nenačrtovanih izpadov delovanja, stroške zaposlenih in vse ostale stroške, povezane z lastništvom.

Zaključek faze nakupa predstavljata sklenjena pogodba in dobava medicinske opreme.

2.2.1.4 Uporaba

Po zaključeni fazi nakupa se medicinska oprema začne uporabljati. Ker gre pri medicinski opremi predvsem za drage in kompleksne naprave, je še posebej pomembno, da bolnišnice ravnaajo z njimi kot dober gospodar in jim s tem podaljšujejo življenjsko dobo in ustrezno izkoriščenost. Da ostane medicinska oprema varna in uporabna, je potrebno, da jo uporabniki uporabljajo skrbno in v skladu z navodili proizvajalca, redno pregledujejo in tudi redno izvajajo preventivno vzdrževanje z ustrezno usposobljenimi vzdrževalci. Pri tem je pomembno, da se uporabniki oziroma odgovorni za upravljanje odločijo za najprimernejšo strategijo za popravila in vzdrževanje. Bolnišnice so v letih 2000 do vključno 2006 skupaj namenile vzdrževanju medicinske opreme 9.538.670 tisoč tolarjev, kar je 38,4 odstotka vrednosti vseh nabav v istem obdobju in 3,7 odstotka vrednosti medicinske opreme.

Slika 14: Stroški vzdrževanja medicinske opreme v letih od 2000 do vključno 2006⁴⁰



Vir: vprašalnik.

S slike 14 je razvidno, da so se stroški vzdrževanja medicinske opreme v bolnišnicah v letih od 2000 do vključno 2006 povečali za 71,2 odstotka, v zadnjih dveh letih pa se je stopnja rasti teh stroškov umirila.

V desetih bolnišnicah pretežno skrbijo za vzdrževanje medicinske opreme samo zunanji izvajalci, v petih pa imajo bolnišnice vzdrževanje pretežno opredeljeno v pogodbah o nakupu. V ostalih bolnišnicah kombinirajo vse tri načine vzdrževanja, poleg že navedenih še vzdrževanje z notranjimi vzdrževalci.

V tabelah 3 in 4 navajamo prednosti in slabosti različnih načinov vzdrževanja medicinske opreme.

⁴⁰ Podatki so v nominalnih vrednostih.

Tabela 3: Prednosti in slabosti vzdrževanja: zunanji vzdrževalci - notranji vzdrževalci

Vzdrževanje/ kdo ga izvaja	Potencialne prednosti	Potencialne slabosti
Zunanji	<ul style="list-style-type: none"> • predvidljivi stroški • odzivni čas je mogoče predvideti • mogoče je predvideti čas, ko bo oprema neuporabna 	<ul style="list-style-type: none"> • oteženo zagotavljanje hitre odzivnosti za nujno opremo • možnost, da bo potrebno opremo dostaviti • potrebna je izposoja opreme
Notranji	<ul style="list-style-type: none"> • krajši odzivni čas • popravila na mestu zagotavljajo krajše časovno obdobje neuporabnosti opreme • pogosto cenejše za določen nivo izvajanja storitev 	<ul style="list-style-type: none"> • stalni stroški • težko je vzdrževati primerno količino rezervnih delov • posebna orodja in testiranje opreme niso dostopni • visoki stroški izobraževanja • notranji vzdrževalci so načeloma splošni strokovnjaki in ne specialisti

Vir: Managing Medical Devices, Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, november 2006.

Tabela 4: Prednosti in slabosti vzdrževanja: proizvajalec - notranji izvajalci

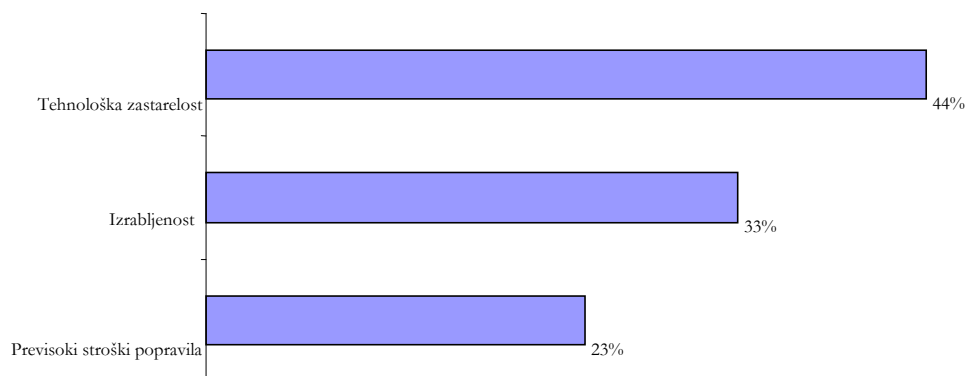
Vzdrževanje/ kdo ga izvaja	Potencialne prednosti	Potencialne slabosti
Proizvajalec	<ul style="list-style-type: none"> • pri vzdrževanju uporabljeni taki standardi kot pri izdelavi, možne modifikacije in nadgraditve • zagotovljen dostop do rezervnih delov • možnost razpoložljive oddaljene diagnostike prek računalniške mreže • ni težav z garancijo • izobraževanje za končne uporabnike 	<ul style="list-style-type: none"> • sklenjene morajo biti pogodbe z več proizvajalci medicinske opreme • nadzor kvalitete se spremlja • daljši odzivni časi, odvisno od pogodbe • uporabniki potrebujejo več telefonskih števil za pomoč
Notranji	<ul style="list-style-type: none"> • pogosto cenejše • možnost zagotavljanja notranjih storitev vzdrževanja • manj zunanjih institucij 	<ul style="list-style-type: none"> • uporabno le za omejen nabor naprav • proizvajalec ni naklonjen izobraževanju • možne težave pri opredelitvi odgovornosti

Vir: Managing Medical Devices, Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, november 2006.

Odločitev za umik medicinske opreme iz uporabe je ključni del upravljanja z medicinsko opremo. Pričakovana življenjska doba medicinske opreme mora biti vnaprej določena in zapisana v evidencah. Občasno je potrebno preveriti zapise o uporabi, vzdrževanju in popravilih in v skladu z ugotovitvami na novo oceniti pričakovano življenjsko dobo medicinske opreme.

Največ bolnišnic medicinsko opremo, ki jo izločijo iz uporabe, uniči. Na vprašanje, kdaj lahko zamenjajo medicinsko opremo, so bolnišnice odgovorile podobno. Odgovore, ki smo jih razporedili v tri skupine, prikazujemo na sliki 15.

Slika 15: Trije najpogostejši razlogi, zaradi katerih bolnišnice zamenjajo medicinsko opremo



Vir: vprašalnik.

V Kliničnem centru vzdržujejo medicinsko opremo z zunanjimi in notranjimi vzdrževalci. V avgustu 2006 so sprejeli Protokol servisiranja opreme in naprav v kliničnem centru (v nadaljevanju: protokol), ki so ga posredovali vsem svojim izvajalcem servisnih storitev. V protokolu so določena pravila in postopki glede garancijskih popravil, rednega servisiranja in urgentnih popravil.

Po pojasnilu Kliničnega centra so v zadnjem obdobju področje upravljanja z opremo sistematično uredili. Organizirano imajo posebno organizacijsko enoto Preventivni pregledi, ki skrbi za stalno izvajanje preventivnih pregledov medicinske opreme in sistemov, v skladu z navodili proizvajalcev in skladno z zahtevami varnosti pri delu, tako za uporabnike kot tudi za paciente.

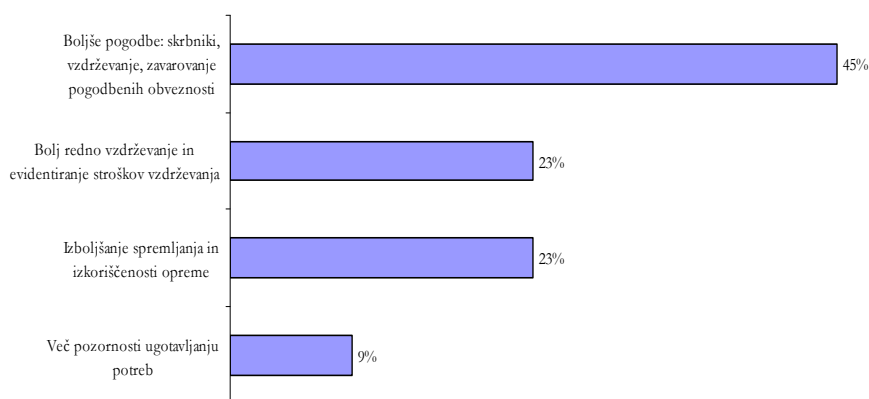
V letu 2007 so z reorganizacijo Tehnično vzdrževalnih služb vzpostavili organizacijsko enoto Gospodarjenje s premoženjem, katere sestavni del je tudi Služba za zavarovalništvo in popis. Naloga službe je celovit notranji nadzor nad premoženjem Kliničnega centra, za področje zavarovalništva, zavarovanja nepremičnin in opreme. Za področje popisa služba skrbi, da se na podlagi različnih poslovnih dogodkov pripravijo pravilni dokumenti na različnih ravneh organizacijske sheme Kliničnega centra, na podlagi katerih se poslovni dogodki v računovodski službi evidentirajo v poslovne knjige, v analitično knjigovodstvo osnovnih sredstev.

V vseh organizacijskih enotah Kliničnega centra so bili tudi imenovani skrbniki opreme.

2.2.1.5 Izkušnje bolnišnic pri upravljanju z medicinsko opremo

Na vprašanje, ali menijo, da se je od leta 2000 dalje upravljanje z medicinsko opremo v njihovih bolnišnicah izboljšalo, dve bolnišnici nista odgovorili, tri bolnišnice pa ocenjujejo, da se upravljanje ni izboljšalo. 21 bolnišnic ocenjuje, da se je od leta 2000 dalje njihovo upravljanje z medicinsko opremo izboljšalo. Najpogostejše odgovore o tem, kako so izboljšale upravljanje, smo razporedili v štiri skupine, ki jih prikazujemo na sliki 16.

Slika 16: Izboljšanje upravljanja



Vir: vprašalnik.

Bolnišnice smo tudi vprašali o prednostih in slabostih skupnih in samostojnih javnih naročil. Najbolj pogosti odgovori so predstavljeni v tabeli 5.

Tabela 5: Prednosti in slabosti skupnih in samostojnih javnih naročil

Izvedba javnega naročila	Prednosti	Slabosti
Skupna	<ul style="list-style-type: none"> • ugodnejša cena, • standardizacija tehničnih specifikacij, • prihranek pri stroških postopka 	<ul style="list-style-type: none"> • dolgotrajnost postopkov, • časovna neuskkljenost, • tehnične specifikacije ne ustrezajo potrebam
Samostojna	<ul style="list-style-type: none"> • krajši postopki, • tehnične specifikacije so bolj prilagojene potrebam, • upoštevanje referenc 	<ul style="list-style-type: none"> • priprava tehnične specifikacije, • slabši pogajalski položaj, • pomanjkanje kadrov

Vir: vprašalnik.

Klinični center ocenjuje, da so v letih od leta 2000 najbolj vplivali na izboljšanje upravljanja s tem, ko so pričeli:

- opredeljevati in potrjevati dveletne načrte nabave opreme,
- spremljati stopnje izkoriščenosti opreme,
- spremljati stopnje izrabljenosti opreme, in
- sprejeli Poslovnik o delu z opredmetenimi in neopredmetenimi sredstvi ter
- imenovali skrbnika pogodbe in
- s pogodbo uredili vzdrževalne in servisne aktivnosti pri zunanjih izvajalcih.

V Kliničnem centru so leta 2005 imenovali strokovno skupino za analizo izkoriščenosti opreme in pripravo predloga izboljšanja, katere naloge so ugotoviti in analizirati stanje izkoriščenosti opreme, pripraviti predlog boljše izkoriščenosti in podati mnenje oziroma pripombe k načrtom nabav. Ena od nalog skupine v letu 2007 je pripraviti centralni pregled izkoriščenosti opreme ter proučiti možnosti skupnega upravljanja.

2.2.2 Ocena upravljanja z medicinsko opremo v bolnišnicah

Na podlagi analize odgovorov vseh 26 bolnišnic, ki smo jim poslali vprašalnik o upravljanju z medicinsko opremo, *ugotavljamo, da bolnišnice ne upravljajo z medicinsko opremo zadovoljivo oziroma dovolj učinkovito*. Kriterij ocene je izvajanje nalog, ki so v posameznih fazah upravljanja nujne za dobro oziroma učinkovito upravljanje z medicinsko opremo.

Ocenjujemo, da *bolnišnice ne vodijo ustreznih evidenc, pomembnih za ugotavljanje potreb in pravočasno načrtovanje nakupov*. Osem od 26 bolnišnic ne vodi podatkov o predvideni življenjski dobi opreme in razlogu odpisa, kar deset od 26 bolnišnic pa tudi ne vodi evidence o stroških vzdrževanja. Izkoriščenost medicinske opreme spremlja le 11 od 26 bolnišnic, med njimi pa ni vseh največjih bolnišnic, ki uporabljajo opremo, za katero je vodenje tovrstne evidence smiselno in tudi potrebno.

Ugotavljanje in zbiranje potreb bi moralo temeljiti na integrirani oziroma enoviti zbirki podatkov, ki bi omogočala spremljanje in s tem pravočasno ugotavljanje potreb ter nadzor vodstva nad službami, ki so neposredno zadolžene za upravljanje z medicinsko opremo.

Kriterije za ugotavljanje prioritete nakupov medicinske opreme, ki so pomembni tako za kratkoročno kot dolgoročno načrtovanje, ima izdelane 17 od 26 bolnišnic.

Kratkoročne načrte nakupov medicinske opreme kot del finančnega načrta, ki je obvezen dokument, ima 24 od 26 bolnišnic. Kot zelo slabo pa ocenjujemo stanje pri dolgoročnem načrtovanju nakupov medicinske opreme, saj ima za najmanj petletno obdobje načrte nakupov izdelano le sedem od 26 bolnišnic.

Ocenjujemo, da *obstaja tveganje, da je kratkoročno načrtovanje nakupov medicinske opreme v bolnišnicah sestavljeno predvsem iz interventnih nakupov, ker bolnišnice nimajo dolgoročnih načrtov za nakupe*. To oceno potrjujejo tudi kriteriji za določanje prioritete, saj največ bolnišnic navaja izrabljenost opreme oziroma stroške vzdrževanja medicinske opreme, ki postanejo previsoki. To pa sta razloga, ki ju je mogoče z ustreznim spremljanjem stanja in dobrim načrtovanjem pravočasno zaznati in ustrezno ukrepati.

Ocenjujemo, da *tveganja pri nakupih medicinske opreme ne obstajajo le pri javnih razpisih, ampak je večje pri naročilih male vrednosti, predvsem pri nakupih z naročilnicami*, kjer so pravila manj natančno določena, nadzor pa je otežen. Tovrstni nakupi so v letih od 2000 do vključno 2006 skupaj po vrednosti predstavljali 36,2 odstotka vseh nakupov, po številu nakupov pa kar 89,9 odstotka.

Pri javnih naročilih se zelo pogosto kot merilo oziroma kriterij izbire ponudnika uporablja cena medicinske opreme, ki pa vedno ne zagotavlja, da je nakup tudi najbolj gospodaren. Pri nakupu medicinske opreme bi bilo poleg merila cene smiselno, glede na načelo gospodarnosti, upoštevati kot pogoj tudi celotne stroške dobe lastništva medicinske opreme. Ti stroški ne zajemajo le stroškov nakupa, ampak tudi druge stroške vzdrževanja v celotni življenjski dobi opreme, stroške izobraževanja uporabnikov, stroške potrošnega materiala, stroške načrtovanih in nenačrtovanih izpadov delovanja, stroške zaposlenih in vse ostale stroške, povezane z lastništvom.

Pri upravljanju z medicinsko opremo pa pozitivno ocenjujemo, da ima 25 od 26 bolnišnic za izvajanje pogodb o nakupu skrbnike, ki so odgovorni za njihovo izvajanje. To je tudi eden od kriterijev, ki ga navajajo bolnišnice pri oceni, da se je njihovo upravljanje v obdobju od leta 2000 izboljšalo, predvsem zaradi natančnejših določil pogodb o nakupih, v katerih so vključene določbe o skrbnikih pogodb, vzdrževanju opreme in zavarovanju pogodbenih obveznosti.

2.3 Upravljanje z medicinsko opremo na primeru operacijskih miz

Operacijske mize ima 16 od 26 bolnišnic. Na dan 31. 12. 2006 so te bolnišnice imele skupaj z 201 operacijsko mizo v 163 operacijskih dvoranh. Povprečna starost operacijskih miz na dan 31. 12. 2006 je bila 17 let in štiri mesece. Najstarejši operacijski mizi, ki sta še v uporabi, sta bili kupljeni v letu 1955.

V obdobju od leta 2000 do vključno 2006 so bolnišnice nabavile skupaj 54 operacijskih miz. Skupna vrednost 50 operacijskih miz ⁴¹ je znašala 374.396 tisoč tolarjev, kar pomeni, da je bila povprečna cena ene mize 7.488 tisoč tolarjev.

Podatke o stroških vzdrževanja operacijskih miz nam je posredovalo 11 od 16 bolnišnic. Med petimi bolnišnicami, ki nam niso posredovale podatkov o stroških vzdrževanja in ki imajo skupaj 71 operacijskih miz, je tudi Klinični center, ki ima 55 operacijskih miz.

Vir: vprašalnik.

⁴¹ Klinični center za štiri mize ni posredoval podatkov.

Po pojasnilu Kliničnega centra imajo 55 operacijskih dvoran, v katerih je v uporabi 38 operacijskih miz Maquet, za katera ima dobavitelj pridržek lastninske pravice, v Kliničnem centru pa so evidentirane izvenbilančno. Poleg tega imajo v uporabi še 17 operacijskih miz.

Klinični center še pojasnjuje, da je iz evidence osnovnih sredstev razvidno, da imajo 55 operacijskih miz. Od tega jih 17 uporabljajo kot operacijske mize, tri operacijske mize so del opreme mobilne bolnice, ostale mize pa se uporabljajo kot pregledovalne oziroma preiskovalne mize na različnih organizacijskih enotah neoperativnih in operativnih strok in zaradi izrabljenosti niso več namenjene operativni dejavnosti. Pregledovalne oziroma preiskovalne mize so v poprečju stare najmanj 20 - 25 let in več, najstarejša celo 41 let.

Za upravljanje z operacijskimi mizami so, kot za vso drugo medicinsko opremo, pomembne vse faze upravljanja, od ugotavljanja potreb, načrtovanja nabav, postopka javnega naročanja, uporabe in vzdrževanja, do izločitve iz uporabe. Ugotovimo lahko, da za upravljanje z operacijskimi mizami veljajo vse ocene, ki smo jih predstavili v prvem delu poročila, predvsem pa neustrezno vodenje evidenc, nezadovoljivo spremljanje stroškov vzdrževanja ter slabo načrtovanje. Vse to pa se lahko odraža v slabo pripravljenih in izvedenih javnih naročilih, ki glede na porabljena sredstva predstavljajo največje tveganje pri upravljanju z medicinsko opremo. *Za dobro oziroma učinkovito upravljanje z medicinsko opremo morajo biti vse faze upravljanja povezane in soodvisne, kar pomeni, da bi lahko tveganje ob nakupih zmanjšali z boljšim oziroma učinkovitejšim upravljanjem v drugih fazah upravljanja.*

Revidirali smo javno naročilo za 38 operacijskih miz, ki ga je izvedel Klinični center in katerega ocenjena vrednost je bila 960.000 tisoč tolarjev brez davka na dodano vrednost (v nadaljevanju: DDV) oziroma 1.152.000 tisoč tolarjev z DDV, ter za 18 operacijskih miz, ki ga je izvedlo ministrstvo, njegova ocenjena vrednost je bila 420.000 tisoč tolarjev brez DDV oziroma 504.000 tisoč tolarjev z DDV. Pri prvem naročilu gre za javno naročilo, ki ga je naročnik izvedel samostojno, pri drugem pa gre za skupno javno naročilo, ki ga je za pet bolnišnic izvedlo ministrstvo.

Za obe javni naročili smo preverili pravilnost in smotrnost izvedbe javnih naročil. Cilj preverjanja obeh javnih naročil je bil odgovoriti na vprašanje, *ali sta bili javni naročili operacijskih miz ministrstva in Kliničnega centra primer dobrega upravljanja z medicinsko opremo.*

Oba naročnika, Klinični center in ministrstvo sta bila v obdobju, na katerega se nanaša revizija, dolžna izvajati nakupe v skladu z ZJN-1. Navedeni zakon določa obvezna ravnanja naročnikov in ponudnikov pri oddaji javnih naročil za nabavo blaga, oddaji gradenj in naročanju storitev⁴².

Pri preverjanju nakupa, ki ga je izvedel Klinični center Ljubljana, smo upoštevali tudi nekatere ugotovitve in ocene upravnega nadzora⁴³, ki ga je za ministrstvo izvedla Komisija za izvedbo upravnega nadzora v javnem zavodu Klinični center Ljubljana. Ugotovili smo, da posameznih dokumentov ni več med arhivirano dokumentacijo in jih tudi od Kliničnega centra nismo mogli pridobiti.

Po pojasnilu bivše odgovorne osebe je do oktobra 2003, ko je bilo zamenjano tedanje vodstvo Kliničnega centra, obstajala popolnoma vsa dokumentacija o izvedbi javnega naročila 38 operacijskih miz. Dokumentacija je bila v arhivu Službe za javna naročila.

⁴² Prvi odstavek 1. člena ZJN-1.

⁴³ Poročilo o izvedbi upravnega nadzora v javnem zavodu Klinični center Ljubljana, št. 657-5/2003-49 z dne 1. 9. 2003.

2.3.1 Javno naročilo 38 operacijskih miz, ki ga je izvedel Klinični center

V letu 2002 je Klinični center na podlagi javnega naročila sklenil pogodbo o servisnem in remontnem vzdrževanju operacijskih miz⁴⁴ z dobaviteljem AICO-MED, d. o. o., Trzin (v nadaljevanju: Aico-med), za generalni remont 38 operacijskih miz proizvajalca Maquet ter zagotavljanje rednega vzdrževanja in servisiranja teh operacijskih miz v obdobju desetih let od sklenitve pogodbe, v znesku 1.152.000 tisoč tolarjev (vključen DDV). Na podlagi sklenjene pogodbe Klinični center za izvedeno obnovo in remont starih operacijskih miz plačuje 9.600 tisoč tolarjev na mesec in bo ta znesek plačeval še do konca leta 2012. V skladu z 9. točko pogodbe je določen pridržek lastninske pravice in so operacijske mize do plačila vseh obrokov last dobavitelja.

Postopek javnega naročila 38 operacijskih miz je trajal dva meseca. Navajamo časovni potek pomembnejših dogodkov postopka od prvega predloga o obnovi in remontu 38 operacijskih miz do sklenitve pogodbe.

- 1. 10. 2002 *Strokovni svet Kliničnega centra je sprejel Sklep o takojšnjem pristopu Kliničnega centra k obnovi in remontu 38 operacijskih miz.* Sklep je temeljil na ponudbi proizvajalca operacijskih miz družba Maquet, ki jo je na seji predstavil komercialni sektor Kliničnega centra.
- 30. 10. 2002 *Klinični center je sektorju za investicije ministrstva posredoval prošnjo za mnenje o nameravani sklenitvi pogodbe o dolgoročnem servisiranju oziroma remontnem vzdrževanju 38 operacijskih miz s pooblaščenim predstavnikom Maquet v Sloveniji.*
- 5. 11. 2002 *Sektor za investicije ministrstva je Kliničnemu centru odgovoril, da je glede na predstavljene razmere predlog sklenitve dolgoročne pogodbe o servisiranju in remontnem vzdrževanju s pooblaščenim zastopnikom proizvajalca operacijskih miz Maquet za Slovenijo ekonomsko upravičen.*
- 5. 11. 2002 *Klinični center je Urad za javna naročila Vlade RS (v nadaljevanju: Urad za javna naročila) zaprosil za izdajo mnenja v skladu z 2. točko prvega odstavka 20. člena ZJN-1. V dopisu je Klinični center navedel, da želi na podlagi sprejetega načrta nabav blaga, storitev in gradenj in sprejetega finančnega načrta Kliničnega centra za obdobje 2002/2003, začeti postopek oddaje naročila tekočega in remontnega servisiranja oziroma vzdrževanja operacijskih miz s pogajanjem brez predhodne objave. Svojo odločitev je Klinični center utemeljil s podobnimi razlogi, kot jih je navedel v dopisu ministrstvu.*
- 6. 11. 2002 *Urad za javna naročila je na podlagi navedb Kliničnega centra izrazil mnenje, da bi lahko v dani situaciji javno naročilo zaradi objektivnih razlogov izpolnil le določen ponudnik, to je ponudnik, ki ga v dopisu navaja Klinični center. Urad je menil, da bi bila oddaja javnega naročila navedenemu ponudniku po postopku s pogajanjem brez predhodne objave v skladu z drugo točko prvega odstavka 20. člena ZJN-1 utemeljena. Pri tem je Urad za javna naročila opozoril, da mora naročnik zagotoviti, da pogodbeni cena ni višja od primerljive cene na tržišču, ter skrbno preveriti kakovost predmeta javnega naročila.*

⁴⁴ Št. SV990/02 z dne 15. 11. 2002.

11. 11. 2002 *Generalni direktor Kliničnega centra je sprejel Sklep o začetku postopka oddaje javnega naročila za tekoče in remontno servisiranje - vzdrževanje operacijskih miz⁴⁵, v katerem je med drugim navedeno, da gre za storitev, torej za tekoče in remontno servisiranje - vzdrževanje operacijskih miz, katerega ocenjena vrednost je 8 milijonov tolarjev brez DDV na mesec za ves čas veljavnosti sklenjene pogodbe, to je 120 mesecev. Vir sredstev naj bi bil finančni načrt Kliničnega centra Ljubljana za obdobje 2002/2003.*
12. 11. 2002 *Klinični center je posredoval razpisno in ponudbeno dokumentacijo za javno naročilo za tekoče in remontno servisiranje - vzdrževanje operacijskih miz Aico-medu, ki je pooblaščen zastopnik proizvajalca Maquet za Slovenijo.*
13. 11. 2002 *Aico-med je Kliničnemu centru predložil dve ponudbi, najprej ponudbo št. 159 v znesku 1.244.880 tisoč tolarjev z DDV, nato pa še v okviru pogajanj ponudbo št. 160 v znesku 1.157.738 tisoč tolarjev z DDV. Rekapitulacija ponujene cene zajema: vrednost zamenjave sklopov v okviru generalnega remonta, tekoče vzdrževanje, strošek dveh zaposlenih serviserjev (prevzem dveh zaposlenih Kliničnega centra), vrednost priporočenih rezervnih delov, strošek zavarovanja generalno obnovljenih operacijskih miz in strošek desetletnega financiranja. V rekapitulaciji niso prikazani zneski posameznih elementov cene. Tudi v specifikaciji zamenjave sklopov po popisu Kliničnega centra niso navedene cene posameznih delov operacijskih miz. Iz ponudbe tudi ni razvidno, kateri so priporočeni rezervni deli. Razpisna komisija Kliničnega centra od ponudnika ni zahtevala, da prikaže zneske posameznih elementov cene in predloži popis priporočenih rezervnih delov.*
13. 11. 2002 *Na pogajanjih med Kliničnim centrom in Aico-med sta bila soglasno sprejeta dva sklepa:*
- Na podlagi izvedenih pogajanj za tekoče in remontno servisiranje - vzdrževanje 38 operacijskih miz se pripravi pogodba. Oblika pogodbe se pripravi na podlagi v zapisniku navedenih usklajenih sprememb. V pogodbo se vnesejo vsi v zapisniku navedeni teksti.
 - Mesečni pogodbeni obrok znaša 9.600 tisoč tolarjev z vštetim DDV.
15. 11. 2002 *Klinični center in Aico-med sta podpisala pogodbo o servisu in remontnem vzdrževanju operacijskih miz, v kateri je navedena skupna cena za generalni remont 38 operacijskih miz proizvajalca Maquet ter zagotovilo, da namerava proizvajalec redno vzdrževati in servisirati te operacijske mize v obdobju deset let od sklenitve pogodbe, in sicer za znesek 1.152.000 tisoč tolarjev z vštetim DDV.*
22. 11. 2002 *Aico-med je v skladu s pogodbo Kliničnemu centru dostavil bančno garancijo, s čimer je postala pogodba veljavna.*

Ugotovili smo, da Klinični center nima natančnih podatkov o javnem naročilu 38 operacijskih miz. Večina podatkov oziroma seznamov ni primerljiva, primerljivi podatki oziroma sezname pa se razlikujejo. Na podlagi pregledane dokumentacije in vsebine pogodbe izhaja, da pri navedem javnem naročilu ni šlo le za obnovo in remont operacijskih miz, ampak je Klinični center izvedel tudi finančni najem novih operacijskih miz. Natančnega števila ni mogoče določiti, ker se pridobljeni podatki razlikujejo.

⁴⁵ Št. 61/02.

Klinični center je izvedel postopek javnega naročila 38 operacijskih miz⁴⁶ po 2. točki prvega odstavka 20. člena ZJN-1, ki določa, da sme naročnik oddati javno naročilo po postopku s pogajanji brez predhodne objave, če lahko zaradi objektivnih razlogov ali iz razlogov, ki so povezani z varovanjem izključnih pravic, naročilo izpolni le določen dobavitelj, izvajalec del ali storitev.

Klinični center je ob izvedbi postopka pridobil mnenji ministrstva in Urada za javna naročila, vendar sta bili mnenji napisani na podlagi podatkov Kliničnega centra, ki so bili neutemeljeni in neresnični, kar ugotavljamo v nadaljevanju.

Klinični center ni imel razlogov za izvedbo javnega naročila po 2. točki prvega odstavka 20. člena, saj je pri javnem naročilu 38 operacijskih miz šlo za nabavo novih in ne za obnovo in remont starih operacijskih miz, kar pomeni, da za uporabo navedenega člena niso bili z zakonom izpolnjeni pogoji. Ugotavljamo, da je Klinični center pri obravnavanju javnega naročila kršil 17. člen v povezavi s 6. členom ZJN-1.

V nadaljevanju podrobneje navajamo ugotovljene nepravilnosti in nesmotrno ravnanje Kliničnega centra, ki se kaže predvsem v kršenju načel gospodarnosti in transparentnosti ter sklenitvi za Klinični center neugodne pogodbe.

Klinični center je pričel postopek in tudi sklenil pogodbo, ne da bi prej predmet javnega naročila vključil v svoj finančni načrt, kar predstavlja kršitev 15. člena ZJN-1, ki določa, da sme naročnik pričeti postopek oddaje javnega naročila, če je javno naročilo predvideno v načrtu nabav in so v finančnem načrtu predvidena zanj tudi sredstva.⁴⁷

Klinični center je odločitev o takojšnji obnovi operacijskih miz utemeljil predvsem z:

- njihovo starostjo, ki naj bi povzročala pogoste okvare in rastoče stroške vzdrževanja, poleg tega pa naj bi proizvajalec teh operacijskih miz čez dve leti prenehal zagotavljati rezervne dele,
- razpolaganjem nekaterih dodatkov za operacijske mize, ki jih ima in jih z nabavo operacijskih miz druge znamke ne bi mogel več uporabljati, ter
- dvomesečnim zaprtjem operacijskega bloka zaradi gradbenih in instalacijskih posegov.

Po navedbah Kliničnega centra naj bi v okviru javnega naročila zamenjali 55 odstotkov delov operacijskih miz. Iz rekapitulacije vgrajenih novih delov in starih delov oziroma dodatkov po popisu na delovišču z dne 19. 8. 2003 pa izhaja, da novo vgrajeni deli predstavljajo 80,3 odstotka celotne vrednosti operacijskih miz⁴⁸.

Ugotovili smo, da je Klinični center pri utemeljevanju zamenjave operacijskih miz zaradi starosti navajal različne podatke. Operacijske mize, ki naj bi bile po navedbah Kliničnega centra povprečno stare 25 let oziroma 30 let, so bile po naših izračunih v povprečju stare 21,5 let.

⁴⁶ Iz prejete dokumentacije ni bilo mogoče ugotoviti, zakaj je prvotno predlagano število 27 operacijskih miz v okviru zbiranja predlogov za pripravo načrta nabav za leta 1999, 2001, 2003, naraslo na 38, kakor tudi ne, kdo je to število določil.

⁴⁷ Pogodbo z Aico-med o servisnem in remontnem vzdrževanju operacijskih miz je Klinični center podpisal 15. 11. 2002, svet Kliničnega centra pa je sprejel načrt nabav in finančni načrt za leto 2003 šele 21. 2. 2003. Nakup operacijskih miz tudi ni bil vključen v načrt nabav medicinske in nemedicinske opreme ter finančni načrt za leto 2002, ki ga je svet Kliničnega centra potrdil 28. 2. 2002.

⁴⁸ Po mnenju Komisije za izvedbo upravnega nadzora novo vgrajeni deli predstavljajo 95 odstotkov celotne vrednosti operacijskih miz.

Po pojasnilu bivše odgovorne osebe Kliničnega centra je bila večina operacijskih miz v Operacijskem bloku kupljena leta 1972. Ker pa Operacijski blok tedaj še ni bil končan, so bile operacijske mize do leta 1975 skladiščene v kleti Kliničnega centra, zato naj bi bila izračunana povprečna starost operacijskih miz za tri leta večja od izračuna računskega sodišča.

Glede na to, da se podatki o stroških vzdrževanja operacijskih miz v pridobljenih dokumentih Kliničnega centra med seboj razlikujejo, poleg tega pa so bili pripravljene le za leti 2001 in 2002, ugotavljamo, da Klinični center ob odločanju o obnovi operacijskih miz ni imel natančnih podatkov o dejanskih stroških vzdrževanja. Klinični center tudi med izvajanjem revizije ni predložil analize stroškov vzdrževanja operacijskih miz, kar kaže na neustrezno vodenje in spremljanje evidenc.

Klinični center naj bi z izbiro operacijskih miz Maquet zagotovil tudi nadaljnjo uporabo dodatkov za operacijske mize, ki jih je že imel. Te dele je Klinični center ovrednotil po cenah, ki so veljale ob vgradnji novih delov in izračunal, da predstavljajo 19,7 odstotka skupne vrednosti operacijskih miz⁴⁹. Obstaja dvom, ali je odločitev Kliničnega centra, da obdrži stare dodatne dele in izvede finančni najem novih operacijskih miz določenega proizvajalca le zaradi kompatibilnosti s starimi deli, pravilna, saj imajo tudi stari deli svojo življenjsko dobo in ni zagotovila, da je ta daljša od življenjske dobe osnovnih sklopov in delov operacijskih miz. Ocenjujemo, da je ta argument Kliničnega centra tudi v nasprotju z odločitvijo, da je zaradi prenehanja izdelovanja rezervnih delov izbiro istega proizvajalca utemeljil s tem, da je lahko zadržal več let stare dodatke za mize.

Ugotavljamo tudi, da obstaja tveganje, da utemeljitev glede prenehanja izdelave rezervnih delov izhaja iz naknadno pridobljenega obvestila proizvajalca, saj je Klinični center to obvestilo prejel šele 23. 10. 2002, torej tri tedne po odločitvi strokovnega sveta Kliničnega centra, da uvrsti obnovo operacijskih miz med prioritete za leto 2003.

Ocenjujemo, da navedba razloga o uporabi 2. točke prvega odstavka 20. člena ZJN-1 ne more temeljiti na dvomesečnem zaprtju operacijskega bloka zaradi gradbeno inštalacijskih del, saj je na podlagi pridobljenih podatkov med 38 operacijskimi mizami kar 20 mobilnih in zato takšna razlaga ni logična. Dejstvo je tudi, da je bil operacijski blok v Kliničnem centru v letu 2002 dejansko zaprt dva meseca zaradi gradbeno inštalacijskih in vodovodnih del. Z usklajenim načrtovanjem obnove operacijskih miz z obnovo operacijskih dvoran bi Klinični center ta dva projekta lahko časovno povezal.

Po pojasnilu bivše odgovorne osebe so se gradbenoinštalacijska dela izvajala samo tri tedne, in to ne v operacijskih dvoranah, ampak v njihovih predprostorih. V operacijskih prostorih so se le delno popravile talne obloge. Zamenjava operacijskih miz z vsemi gradbenoinštalacijskimi deli bi trajala najmanj dva meseca, kar bi pomenilo izpad dohodka Kliničnega centra in podaljšanje čakalnih vrst.

Ugotavljamo, da Klinični center ob podpisu pogodbe ni poznal strukturo kalkulacije cene in je v postopku javnega naročila upošteval kalkulacije cene, ki med seboj niso primerljive. Primerjali smo kalkulacijo, ki jo je na zahtevo Komisije za upravni nadzor, da Klinični center obrazloži ceno, pripravil Aico-med 4. 6. 2003, in sicer kalkulacijo po predračunu št. 159 z dne 13. 11. 2002 in kalkulacijo po podpisani pogodbi. Kalkulaciji se med seboj ne ujemata.

⁴⁹ Odgovor in pojasnila Kliničnega centra Ljubljana na poročilo Komisije za izvedbo upravnega nadzora v javnem zavodu Klinični center Ljubljana z dne 17. 9. 2003.

V kalkulaciji z dne 4. 6. 2003 je navedeno, da so v ceno sklopov in delov v znesku 2.940.000 evrov oziroma 674.337 tisoč tolarjev⁵⁰ vključeni tudi priporočeni rezervni deli v znesku 656.502 evrov oziroma 150.579 tisoč tolarjev⁵¹. Šlo naj bi za priporočene rezervne dele med desetletnim servisiranjem, ki v pogodbi niso specificirani. Pogodba v 4. členu določa, da so sklopi in deli navedeni v specifikaciji vredni 1.034.000 tisoč tolarjev⁵² in ne omenja nikakršnih priporočenih rezervnih delov. V 20. členu pa pogodba določa, da je, če se pogodba prekine po opravljenem remontu, naročnik dolžan plačati preostalo vrednost sklopov in delov po specifikaciji do zneska 1.034.000 tisoč tolarjev (torej tudi priporočene rezervne dele, ki jih, če se pogodba prekine, nikoli ne bi porabili).

V skladu z 10. členom Zakona o javnih naročilih (ZJN-1) mora naročnik med drugim evidentirati izvajanje pogodbe, kar pomeni, da bi moral evidentirati vse spremembe, povezane z rezervnimi deli, ki so na podlagi pogodbe vključeni v stroške financiranja. Spremljanje vzdrževanja operacijskih miz je nujno v procesu upravljanja z medicinsko opremo, saj se pridobljene izkušnje lahko uporabijo pri odločanju o prihodnjih nakupih. Klinični center je konec avgusta 2003 družbi Aico-med posredoval dopis⁵³, v katerem je predlagal, da se z aneksom določi, kako naj bi pogodbeni stranki spremljali in evidentirali porabo priporočenih rezervnih delov do izteka obrokov uporabnine. Do dogovora ni prišlo.

V pogodbi tudi ni prikazana vrednost zaloge rezervnih delov Kliničnega centra, ki jih je ta s 1. 1. 2003 prepustil v uporabo izvajalcu Aico-med za potrebe takojšnjega servisiranja obstoječe stare opreme, ki jo je Klinični center med izvajanjem upravnega nadzora ocenil na 3.024 tisoč tolarjev.

Kot negospodarno ravnanje Kliničnega centra ocenjujemo plačevanje obresti za priporočene rezervne dele. Aico-med je v kalkulaciji cene z dne 4. 6. 2003 navedel, da znašajo stroški financiranja za sklope in priporočene rezervne dele 827.252 evrov oziroma 189.744 tisoč tolarjev⁵⁴. Stroški financiranja niso bili predvideni v obrazcu predračuna v razpisni dokumentaciji, čeprav je v priloženem osnutku pogodbe v 5. členu navedeno, da naročnik obveznost izvajalcu plača v 120 mesečnih enakih obrokih. Iz pogodbe je mogoče razbrati le skupno ceno za sklope in dele ter ceno za servisiranje, ni pa določljiv del cene, ki se nanaša na stroške financiranja, ki so glede na desetletno pogodbeno obdobje v ceni vsebovani.

Zaradi večje transparentnosti pogodbene cene bi morali v pogodbi razkriti stroške financiranja. Ob predpostavki, da so v pogodbeni vrednosti zajeti tudi priporočeni rezervni deli proizvajalca Maquet, bi stroški financiranja predstavljali razliko med zneskoma 674.337 tisoč tolarjev (vrednost sklopov in delov ter priporočenih rezervnih delov po ceniku proizvajalca brez DDV) ter 861.667 tisoč tolarjev (pogodbena vrednost brez DDV) v znesku 187.330 tisoč tolarjev, kar bi pomenilo obrestno mero Euribor (3,007 odstotka)⁵⁵ + 2,1 odstotka.

Iz stroškov financiranja bi bilo potrebno izvzeti tisti del, ki se nanaša na financiranje vrednosti rezervnih delov. Upravičen je obračun stroškov financiranja le za dobavljene sklope in dele, ki so se uporabili za

⁵⁰ Srednji tečaj Banke Slovenije na dan sklenitve pogodbe 15. 11. 2002 - 1 evro je 229,3663 tolarja.

⁵¹ Srednji tečaj Banke Slovenije na dan sklenitve pogodbe 15. 11. 2002 - 1 evro je 229,3663 tolarja.

⁵² V znesek 1.034 milijonov tolarjev so vključeni tudi stroški financiranja sklopov in delov ter 20-odstotni DDV.

⁵³ Št. 01-322/10-03 z dne 29. 8. 2003.

⁵⁴ Srednji tečaj Banke Slovenije na dan sklenitve pogodbe 15. 11. 2002 - 1 evro je 229,3663 tolarja.

⁵⁵ Dvanajstmesečna obrestna mera Euribor z dne 15. 11. 2002.

obnovo operacijskih miz. V tem primeru bi se stroški financiranja in s tem celotna pogodbeno vrednost zmanjšala za 41.831 tisoč tolarjev⁵⁶.

Iz zapisnika o pogajanjih z dne 13. 11. 2002 je razvidno, da so bili predmet pogajanj cena, ostali komercialni pogoji in vsebina pogodbenih določil. Razpisna komisija Kliničnega centra od ponudnika ni zahtevala, da prikaže zneske posameznih elementov cene in predloži popis priporočenih rezervnih delov.

V povezavi z višino cene, dosežene s pogajanjem, smo ugotovili, da je Klinični center v avgustu 2002 obnovil tri operacijske mize Maquet na Ortopedski kliniki. Izvajalec Aico-med je za dobavljene dele operacijskih miz, prevoz, delo serviserjev, dnevnice in potrošni material izdal račun št. 265 z dne 30. 8. 2002 v znesku 23.745 tisoč tolarjev. Cene, po katerih je dobavitelj Aico-med zaračunal posamezne dele operacijskih miz, obnovljenih v avgustu, so bile od 6,3 pa do 49,1 odstotka nižje od tistih, navedenih v kalkulaciji cene z dne 4. 6. 2003 za pogodbo o servisnem in remontnem vzdrževanju operacijskih miz. Primerjava cen je navedena v tabeli 6.

Tabela 6: Primerjava cen

Del operacijske mize	Cena brez DDV v evrih		Razlika	Razlika
	Kalkulacija z dne 4. 6. 2003	Račun z dne 30. 8. 2002 ⁵⁷	v evrih	v odstotkih
	1	2	3=1-2	4=1/2*100
Naprava za kolensko poz. 1004.84B0	1.632,00	1.534,80	97,20	6,3
Opora za zadnjico 1007.13A0	1.310,00	879,25	430,75	49,0
Hrbtna plošča PUR oblaz. 1150.31A0	1.495,00	1.003,35	491,65	49,0
Vzglavna plošča PUR oblaz. 1130.53A0	1.369,00	918,50	450,50	49,0
Stolp mobilni 1150.01C1	33.258,00	24.522,72	8.735,28	35,6
Mobilna napajalna enota 3110.26A9	350,00	234,75	115,25	49,1
Glavna blazina Horseshoe 1002.7000	460,00	308,64	151,36	49,0
Radialna pritrdilna sponka 1003.23C0	216,00	145,30	70,70	48,7

Vir: račun št. 265 z dne 30. 8. 2002 in kalkulacija cene z dne 4. 6. 2003.

Glede na navedena dejstva o izvedbi pogajanj (cena, obdobje in izvajanje servisiranja, elementi cene, popis priporočenih rezervnih delov) ocenjujemo, da *obstaja tveganje, da Klinični center v pogajanjih ni uveljavil ustrežne strategije oziroma se na pogajanja ni pripravil kot dober gospodar* in je sklenil pogodbo ne glede na to, da bi moral vedeti, da je z istim ponudnikom v preteklosti že dosegel nižje cene za iste artikle.

⁵⁶ Upoštevana je obrestna mera Euribor + 2,1 odstotka.

⁵⁷ Preračunana cena iz tolarjev v evre po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan izstavitve računa 30. 8. 2002 – 1 evro je 227,6964 tolarja.

Klinični center je po izvedbi finančnega najema operacijskih miz stare dele najprej skladiščil v prostorih Aico-meda v Domžalah in jih prepeljal v svoje prostore šele 6. 6. 2003.

Po pojasnilu bivše odgovorne osebe Klinični center za skladiščenje tako velikega števila delov miz ni imel prostora in jih je sprva improvizirano skladiščil kar na hodniku pred operacijskimi dvoranami. Zaradi tega je Klinični center sprejel ponudbo Aico-med, da dele začasno in brezplačno skladišči v zavarovanem skladišču v Domžalah. Na zahtevo članov komisije za upravni nadzor je dele prepeljal nazaj v Klinični center, zaradi česar je bilo izpraznjeno eno od rednih skladišč, kar je povzročilo dodatno stisko in neurejenost v rednem skladišču.

Ugotovili smo tudi, da ponudba ponudnika Aico-med ni bila pravilna. Klinični center je v obrazcu ponudbe določil, da mora biti ponudba veljavna do 13. 12. 2002. Aico-med je podpisal izjavo o soglašanju z razpisnimi pogoji, v obeh ponudbah pa je navedel, da sta veljavni samo do 15. 11. 2002. Splošna navodila ponudnikom v 5. točki določajo, da ponudnik priloži izpolnjen, parafiran (vsaka stran posebej) in podpisan obrazec pogodbe. Glede na to, da ponudnik Aico-med ni izpolnil, parafiral in podpisal obrazec pogodbe, bi moral naročnik v skladu z drugim odstavkom 76. člena ZJN-1 njegovo ponudbo zavrniti.

Ugotovili smo, da je Klinični center kršil 10. člen ZJN-1, ki določa, da mora naročnik med drugim evidentirati izvajanje pogodbe, kar pomeni, da bi moral evidentirati vse spremembe, povezane z rezervnimi deli, ki so vključeni v pogodbeno vrednost. Klinični center tudi ni hranil dokumentacije javnega naročila v skladu s predpisi, ki urejajo področje dokumentarnega gradiva in arhiva, kot to določa 11. člen ZJN-1.

Ocenjujemo, da bi bile navedene nepravilnosti in nesmotrnosti vzdrževanja in finančnega najema operacijskih miz pravočasno preprečene, če bi postopek javnega naročila predstavljal le del celovitega cikla procesa upravljanja in bi temeljil na predhodno izdelani analizi potreb in načrtovanja nakupa medicinske opreme. Če bi bila odgovornost vseh zaposlenih, ki so vključeni v posamezne faze upravljanja z medicinsko opremo, natančno določena, bi tudi to vplivalo na zmanjšanje tveganja za nepravilno izvedbo javnega naročila operacijskih miz. Z vidika upravljanja lahko torej ugotovimo, da je javno naročilo 38 operacijskih miz primer slabega oziroma neučinkovitega upravljanja z medicinsko opremo.

Klinični center je v dodatnih obrazložitvah navedel, da se je odločil vzpostaviti izvenknjiževodske evidence, kjer bodo beležili vse aktivnosti, povezane z vzdrževanjem in servisiranjem 38 operacijskih miz.

2.3.2 Javno naročilo 18 operacijskih miz, ki ga je izvedlo Ministrstvo za zdravje

Postopek oddaje javnega naročila 18 operacijskih miz⁵⁸, ki ga je izvedlo ministrstvo, se je začel 27. 5. 2004, ko je minister za zdravje izdal sklep⁵⁹ o začetku postopka oddaje javnega naročila za 18 operacijskih miz za bolnišnice v Murski Soboti, Novem mestu, Mariboru, Izoli in za Onkološki inštitut v Ljubljani in je trajal do zavrnitve revizijskega zahtevka ponudnika Sanolabor, d. d., Ljubljana (v nadaljevanju: Sanolabor) z dne

⁵⁸ V tretjem poskusu oddaje javnega naročila se je število operacijskih miz zmanjšalo z 19 na 18, do tega pa je, po izjavi ministrstva, prišlo zaradi pomote.

⁵⁹ Št. 3511-8/2004-5.

17. 10. 2006⁶⁰. Vrednost javnega naročila je bila ocenjena na 420 milijona tolarjev brez DDV oziroma 504 milijona tolarjev z DDV.

Pri javnem naročilu 18 operacijskih miz gre za nakupe na podlagi novih potreb po medicinski opremi, ki so nastale predvsem na podlagi novogradenj v bolnišnicah. Postopek oddaje javnega naročila smo razdelili na štiri poskuse enega samega procesa nabave, ker gre formalno za štiri ločene postopke javnega naročanja. Vsi poskusi oziroma postopki javnega naročanja so se začeli z izdajo sklepa o začetku postopka oddaje javnega naročila, ki ga je izdal minister za zdravje, zaključili pa z izdajo sklepa Državne revizijske komisije za revizijo postopkov oddaje javnih naročil (v nadaljevanju: Državna revizijska komisija).⁶¹ Časovno so posamezni poskusi oddaje javnega naročila prikazani v tabeli 7.

Tabela 7: Posamezni poskusi oddaje javnega naročila

Postopki oddaje javnega naročila	prvi	drugi	tretji	četrti
Datum začetka	27. 5. 2004	1. 12. 2004	15. 4. 2005	31. 5. 2006
Datum zaključka	26. 11. 2004	29. 3. 2005	17. 5. 2006	17. 10. 2006

Vir: ministrstvo.

Ministrstvo je po dveh letih od začetka prve oddaje javnega naročila po 18. členu ZJN-1 (oddaja naročila po odprtem postopku) spremenilo pravno podlago za začetek postopka. Uporabilo je četrto točko prvega odstavka 20. člena ZJN-1, ki določa, da sme naročnik oddati javno naročilo po postopku s pogajanji brez predhodne objave, kadar je iz razlogov, ki jih ni bilo mogoče predvideti in jih ni mogoče pripisati naročnikovemu ravnanju zaradi izredne nujnosti, javno naročilo potrebno oddati in ni mogoče spoštovati niti skrajšanih rokov, ki so predpisani za odprti ali omejeni postopek ali postopek s pogajanji⁶².

Ocenjujemo, da ministrstvo ni bilo upravičeno uporabiti četrto točko prvega odstavka 20. člena ZJN-1, saj je do dolgotrajnosti postopka in časovne stiske prišlo zaradi ravnanja naročnika, to je ministrstva, kar je razvidno tudi iz tabele 8.

⁶⁰ Sklep Državne revizijske komisije, št. 018-285/06-33-3169.

⁶¹ Postopek je bil zaključen na podlagi 11a. člena Zakona o reviziji postopkov javnega naročanja (Uradni list RS, št. 78/99, 90/99-popr., 110/02, 42/04, 61/05, 78/06 in 53/07; v nadaljevanju: ZRPJN), ki omogoča sklenitev pogodbe (v tem primeru nakup in dobavo 18 operacijskih miz) z izbranim dobaviteljem kljub vloženemu zahtevku za revizijo.

⁶² Pri oddaji javnega naročila po navedeni točki mora naročnik pred sprejetjem sklepa o začetku postopka predhodno obvestiti Urad za javna naročila (drugi odstavek 20. člena ZJN-1).

Tabela 8: Statistika postopkov javnega naročila

Postopki oddaje javnega naročila	prvi	drugi	tretji	četrti	skupaj
Število verzij splošnega dela razpisne dokumentacije	4	1	3	1	9
Število verzij tehničnega dela razpisne dokumentacije	1	1	3	2	7
Število vprašanj ponudnikov	6	3	57	70	136
Število revizijskih zahtevkov	6	4	1	2	13

Vir: ministrstvo in Državna revizijska komisija⁶³.

Ocenjujemo, da je eden od glavnih razlogov za dolgotrajnost postopka skupnega javnega naročila 18 operacijskih miz slabo pripravljena razpisna dokumentacija. V nadaljevanju navajamo ugotovljene nepravilnosti in nesmotrno ravnanje ministrstva, ki se odraža v kršenju temeljnih načel javnega naročanja. Ugotovitve predstavljamo v treh delih: pri splošnem delu razpisne dokumentacije, pri tehničnem delu razpisne dokumentacije in pri izvedbi javnega naročila. Razlogi za ugotovitve, ki jih navajamo v nadaljevanju, so po posameznih postopkih oddaje javnega naročila navedene v prilogi 3.

Ugotovitve pri splošnem delu razpisne dokumentacije so:

- posamezne določbe razpisne dokumentacije niso bile v skladu s tretjo točko prvega odstavka 3. člena in s 54. členom ZJN-1, ki med drugim določa, da naročniku niso dovoljene kakršne koli spremembe ponudbene cene razen tistih, ki pomenijo odpravo računskih napak⁶⁴;
- nejasna opredelitev določenih zahtev ministrstva, kar pomeni kršitev prvega odstavka 23. člena ZJN-1, ki določa, da mora naročnik pripraviti tako razpisno dokumentacijo, da bo ponudnik na njeni podlagi lahko pripravil pravilno ponudbo⁶⁵;
- podatki v razpisni dokumentaciji niso bili enaki podatkom, navedenim v objavi javnega razpisa, kar ni v skladu z drugim odstavkom 23. člena ZJN-1⁶⁶, ki določa da morajo biti podatki v razpisni dokumentaciji enaki podatkom, navedenim v objavi javnega razpisa;
- ministrstvo je v razpisni dokumentaciji navedlo določbe⁶⁷, za katere je Državna revizijska komisija že v drugih postopkih javnih naročil ministrstva opozorila, da niso v skladu z ZJN-1.

Ugotovitve pri tehničnem delu razpisne dokumentacije:

- ministrstvo je pri opisu predmeta javnega naročila uporabilo tehnične specifikacije, ki so omejevale konkurenco med ponudniki, kar je v nasprotju s 32. členom (določa uporabo tehničnih specifikacij⁶⁸) v povezavi s 5. členom ZJN-1 (načelo zagotavljanja konkurence med ponudniki);

⁶³ <http://www.dkom.si/>.

⁶⁴ Priloga 3, prvi postopek oddaje javnega naročila.

⁶⁵ Priloga 3, prvi postopek oddaje javnega naročila.

⁶⁶ Priloga 3, prvi postopek oddaje javnega naročila.

⁶⁷ Primer sklepa Državne revizijske komisije št. 018-53/04-23-624 z dne 6. 4. 2004.

⁶⁸ Priloga 3, tretji postopek oddaje javnega naročila.

- uporaba različnih izrazov, ki bi načeloma lahko določali enako zahtevo ministrstva⁶⁹;
- nedoslednost pri izvajanju popravkov tehnične specifikacije.

Ugotovitve pri izvedbi javnega naročila:

- ministrstvo zainteresiranim ponudnikom ni omogočilo prevzema razpisne dokumentacije od dneva objave javnega razpisa, kar je v nasprotju s 24. členom ZJN-1, ki določa, da mora naročnik na dan objave javnega razpisa omogočiti zainteresiranim ponudnikom vpogled v razpisno dokumentacijo in jo na zahtevo predati vsakomur, ki to zahteva⁷⁰;
- ministrstvo pri določitvi rokov za oddajo ponudb ni upoštevalo določb četrtega odstavka 25. člena ZJN-1, ki določa, da, če naročnik spremeni ali dopolni razpisno dokumentacijo šest dni ali manj pred rokom za predložitev ponudb, mora ustrezno podaljšati rok za predložitev ponudb, ter 59. in 60. člena ZJN-1, ki določata roke za predložitev ponudb⁷¹;
- ministrstvo je z omejitvijo pri vpogledu v ponudbe drugih ponudnikov, neskladno z okoliščinami javnega naročila, ravnalo v nasprotju z drugim odstavkom 6. člena ZJN-1, kar pomeni kršitev načela transparentnosti⁷²;
- hkrati pa tudi ni uspelo zagotoviti, da med ponudniki v vseh elementih in poskusih postopka oddaje javnega naročila ne bi bilo razlikovanja, kar je v nasprotju s 7. členom ZJN-1 in pomeni kršitev načela enakopravnosti ponudnikov⁷³;
- ministrstvo je s tem, ko ni zavrnilo nepravilnih ponudb, ravnalo v nasprotju s 76. členom ZJN-1.

Ponudniki so vložili skupaj trinajst zahtevkov za revizijo, od tega so v dvanajstih primerih zahtevali nadaljevanje postopka pred Državno revizijsko komisijo, kar je posledica tudi zgoraj navedenih ugotovitev. Zahtevam ponudnikov je bilo sedemkrat delno ali v celoti ugodeno, sedemkrat pa so bile zahteve ponudnikov zavrjene. Skupni priznani stroški ugodenih zahtevkov za revizijo so za naročnika znašali 3.173 tisoč tolarjev. Na podlagi dejstva, da je bilo kar sedmim zahtevkom za revizijo ponudnikov delno ali v celoti ugodeno, ugotavljamo, da razpisna dokumentacija ni bila ustrezno pripravljena in da celoten postopek oddaje javnega naročila ni bil izveden optimalno. Navedeno ugotovitev dodatno potrjuje tudi številnost in dolgotrajnost postopkov javnega naročanja.

Ministrstvo je na podlagi zaključenega četrtega poskusa oddaje javnega naročila sklenilo pogodbo⁷⁴ in na njeni podlagi v decembru 2006 izplačalo izbranemu dobavitelju Soča oprema, d. o. o., Ljubljana, celoten pogodbeni znesek, to je 336.633 tisoč tolarjev z DDV.

Z vidika upravljanja z medicinsko opremo se je kot problematična pokazala predvsem faza nakupa, v delu, ki se nanaša na pripravo razpisne dokumentacije in izvedbo postopka javnega naročila v prvih treh

⁶⁹ Na primer: opora za roko – nastavljiva po višini/- deska za roko, daljša, nožna plošča - mora biti možna odstranitev in pritrditev s pomočjo spojke/nožna plošča - mora biti možna odstranitev in pritrditev s pomočjo hitre spojke, ki omogoča hitro in enostavno pritrdjevanje in odstranjevanje nožne plošče, nastavek za noge/kolenski oporniki); priloga 3, tretji postopek oddaje javnega naročila.

⁷⁰ Priloga 3, prvi postopek oddaje javnega naročila.

⁷¹ Priloga 3, prvi postopek oddaje javnega naročila.

⁷² Priloga 3, tretji postopek oddaje javnega naročila.

⁷³ Priloga 3, tretji postopek oddaje javnega naročila.

⁷⁴ Št. 2711-06-244637 z dne 4. 8. 2006.

postopkih oddaje javnega naročila in v četrtem postopku oddaje javnega naročila, ko je ministrstvo, na podlagi nepravilno izbranega postopka javnega naročila postopek zaključilo. K zmanjšanju verjetnosti nastanka navedenih težav bi tudi pripomogli sprejeti in uporabljeni standardi medicinske opreme.

Ministrstvo je pojasnilo upravičenost uporabe 4. točke prvega odstavka 20. člena ZJN-1, na podlagi katere se je uspešno zaključila oddaja javnega naročila 18 operacijskih miz:

Državna revizijska komisija je s sklepom⁷⁵ razveljavila odločitev naročnika v okviru izvedenega odprtega postopka. V obrazložitvi sklepa je bilo predlagano, da se v nadaljevanju oddaje javnega naročila izvede postopek s pogajanjem na podlagi določbe 1. točke tretjega odstavka 20. člena ZJN-1. Ena od bistvenih sestavin navedene določbe je: "pri čemer pa se prvotno določeni predmet naročila in vsebina razpisne dokumentacije ne smeta bistveno spremeniti."

V obrazložitvi Državne revizijske komisije je bilo v nadaljevanju hkrati zapisano, da se ta postopek priporoča, ker je manj formalen in je zato pričakovati, da se lahko postopek zaključil hitreje, poleg tega pa navaja, da se v okviru tega postopka lahko "pogaja in posvetuje o vseh elementih vsebine pogodbe (npr. tudi o tehničnih specifikacijah), ki neposredno opredeljujejo predmet naročila, ..."

Zaradi zapisanega protislovnega stališča v sklepu Državne revizijske komisije bi ob morebitnih spremembah razpisne dokumentacije bilo pričakovati pritožbo, kar pomeni veliko verjetnost za neuspešno izvajanje postopka in ponovne zastoje.

Da bi zagotovil uspešen postopek, je naročnik začel izbirati drugo pravno podlago, ki je vodila k uporabi pojmovno, vsebinsko in dejansko istega postopka - postopka s pogajanjem brez predhodne objave.

Utemeljitev uporabe postopka s pogajanjem brez predhodne objave na podlagi 4. točke prvega odstavka 20. člena je:

- element nepredvidljivosti, ki je ni mogoče pripisati ravnanju naročnika, je podan v zgoraj navedeni protislovnosti, podani v sklepu Državne revizijske komisije, ki se nanaša na izvedbo postopka s pogajanjem,

- element nujnosti izvedbe naročila je bil podan - ko se je pričela oddaja naročila, je bila podana utemeljitev za nabavo, ki je zaradi pomanjkanja časa prerasla v nujnost, saj se zaradi neizvedene nabave ni mogla opravljati dejavnost, operacijski prostori so bili neopremljeni in neuporabljeni.

V postopku, ki je bil izveden, je bila razpisna dokumentacija bistveno spremenjena (na tej pravni podlagi je bilo to mogoče storiti), črtane so bile vse morebitne sestavine tehničnih zahtev, ki bi lahko bile diskriminatorne, poleg tega pa je naročnik povabil k oddaji ponudbe širok krog potencialnih ponudnikov (15).

Zaradi navedenih dejstev ministrstvo meni, da je bila v danem primeru uporabljena pravilna pravna podlaga za izvedbo postopka s pogajanjem.

⁷⁵ Št. 018-126/2006-33-1405 z dne 17. 5. 2006.

3. MNENJE

Revizijo smo izvedli, da bi izrekli mnenje o učinkovitosti upravljanja z medicinsko opremo. Ugotavljali smo, kako odgovorni na Ministrstvu za zdravje in Kliničnem centru Ljubljana upravljajo z medicinsko opremo oziroma ali se z javnimi sredstvi za medicinsko opremo dobro upravlja.

3.1 Mnenje o upravljanju z medicinsko opremo - Ministrstvo za zdravje

Ministrstvo pri izvajanju nalog, povezanih z upravljanjem z medicinsko opremo, *ni bilo učinkovito*, kar potrjujejo v nadaljevanju navedene ugotovitve.

Menimo, da Ministrstvo za zdravje nima ustreznih podatkov o upravljanju bolnišnic z medicinsko opremo. Podatki, ki obstajajo na Ministrstvu za zdravje, so parcialni, in se vodijo v posameznih organizacijskih enotah, med katerimi ni zadostnega sodelovanja in pretoka informacij.

Ministrstvo za zdravje ne spremlja zadovoljivo poročil o doseganju ciljev in rezultatov, ki so jih bolnišnice dolžne pripraviti vsako leto, zato obstaja tveganje, da med bolnišnicami in Ministrstvom za zdravje niso usklajeni programski cilji, predvsem pa se ne merijo z obojestransko dogovorjenimi kazalci uspešnosti in učinkovitosti izvajanja dejavnosti. Dodatni pomanjkljivosti sistema upravljanja medicinske opreme sta tudi dejstvo, da ni standardov za material in materialne zmogljivosti v mreži javne zdravstvene službe. To povzroča slabo definirane tehnične zahteve medicinske opreme in povečuje možnost neustrezno pripravljene razpisne dokumentacije, povečanega števila revizijskih zahtevkov in podaljšanja postopkov javnega naročanja. Slabost sistema upravljanja z medicinsko opremo predstavljajo tudi predpisane stopnje odpisa medicinske opreme, ki ni stvarno povezana z njeno življenjsko dobo.

Ministrstvo za zdravje je med izvajanjem revizije pričelo z organizacijskim preoblikovanjem, ki naj bi prispevalo k učinkovitejšemu sodelovanju in pretoku informacij znotraj ministrstva in tudi navzven z javnimi zdravstvenimi zavodi. Če bo pri tem bolj jasno in natančno določena odgovornost posameznikov za upravljanje z medicinsko opremo, in to za vse faze procesa, bi lahko vplivali na povečano učinkovitost ministrstva pri upravljanju z medicinsko opremo.

Pri nabavni fazi upravljanja z medicinsko opremo smo kot primer revidirali tudi pravilnost postopka oddaje javnega naročila 18 operacijskih miz, ki ga je izvedlo Ministrstvo za zdravje. Z vidika celovitega cikla upravljanja z medicinsko opremo lahko pri tem javnem naročilu ugotovimo, da je problematična predvsem faza nakupa, in to v delu, ki se nanaša na pripravo razpisne dokumentacije in izvedbo postopka javnega naročila v prvih treh poskusih in v četrtem postopku oddaje javnega naročila, ko je ministrstvo na podlagi nepravilno izbranega postopka javnega naročila postopek zaključilo. Na podlagi razkritij revizije

menimo, da gre pri javnem naročilu 18 operacijskih miz za primer slabe prakse nabav medicinske opreme. Menimo tudi, da bi k zmanjšanju podobnih težav pripomogli sprejeti standardi medicinske opreme.

3.2 Mnenje o upravljanju z medicinsko opremo - Univerzitetni klinični center Ljubljana

Menimo, da je na učinkovitost upravljanja z medicinsko opremo v Univerzitetnem kliničnem centru vplivalo dejstvo, da niso vodili ustreznih evidenc. Gre za evidence, ki bi vsebovale tudi podatke o vzdrževanju, izrabljenost in druge podatke, pomembne za učinkovito upravljanje v vseh fazah upravljanja z medicinsko opremo, ki so faza ugotavljanja potreb, načrtovanja nabav, postopka javnega naročanja, uporabe in vzdrževanja, do izločitve iz uporabe.

Glede na velikost in organizacijsko strukturo ter izvajanje dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni menimo, da Univerzitetni klinični center ne more učinkovito upravljati z medicinsko opremo brez integriranega informacijskega sistema, ki bi vodstvu omogočal ustrezno podlago za načrtovanje, sprejemanje in spremljanje kvalitetnih in pravočasnih odločitev.

Glede na pridobljene odgovore iz vprašalnika in pregledane dokumentacije menimo, da Univerzitetni klinični center intenzivno uvaja spremembe, s katerimi *povečuje učinkovitost upravljanja* z medicinsko opremo, kar je tudi eden od pogojev za optimalno izvajanje dejavnosti.

Pri fazah načrtovanja, nabave in spremljanja upravljanja z medicinsko opremo smo revidirali tudi pravilnost postopka oddaje javnega naročila 38 operacijskih miz, ki ga je Univerzitetni klinični center izvedel v letu 2002. Ugotovili smo da je Univerzitetni klinični center v tem primeru javnega naročila ravnal v nasprotju z ZJN-1. Menimo, da je Univerzitetni klinični center s takšnim načinom poslovanja in uporabo nepravilno izbranega postopka oddaje javnega naročila kršil temeljna načela javnega naročanja, predvsem načelo gospodarnosti in načelo transparentnosti porabe javnih sredstev. Z vidika celovitega cikla upravljanja z medicinsko opremo Univerzitetni klinični center ni ustrezno izvedel faze ugotavljanja in zbiranja potreb in faze analize in načrtovanja.

Menimo, da bi bile nepravilnosti in nesmotnosti vzdrževanja in finančnega najema operacijskih miz pravočasno preprečene, če bi postopek javnega naročila predstavljal le del ustaljenega procesa upravljanja in bi temeljil na predhodno izdelani analizi potreb in načrtovanja nakupa medicinske opreme. Če bi bila odgovornost vseh zaposlenih, ki so vključeni v posamezne faze upravljanja z medicinsko opremo, natančno določena, bi tudi to vplivalo na zmanjšanje tveganja za nepravilno izvedbo javnega naročila operacijskih miz.

4. PRIPOROČILA

Glede na to, da je Ministrstvo za zdravje med izvajanjem revizije že pričelo z reorganizacijo ministrstva, priporočamo, da na ravni ministrstva določi naloge, potrebne za učinkovito upravljanje z medicinsko opremo v vseh fazah upravljanja, in določi odgovorne osebe za opravljanje nalog.

Ministrstvu za zdravje priporočamo tudi, naj:

- preveri stanje na področju priprave standardov medicinske opreme (materiala in materialnih zmogljivosti) v mreži javne zdravstvene službe;
- preveri dejansko stanje medicinske opreme v bolnišnicah in ga primerja z "novimi" standardi ob upoštevanju mreže bolnišnic;
- na podlagi primerjave dejanskega stanja medicinske opreme in "novih" standardov pripravi načrt razvojnih programov;
- skupaj z bolnišnicami določi programske cilje ter merljive kazalce uspešnosti in učinkovitosti izvajanja dejavnosti.

Pravni pouk

Tega poročila na podlagi tretjega odstavka 1. člena ZRacS-1 ni dopustno izpodbijati pred sodišči ali drugimi državnimi organi.

Številka: 1213-7/2006-23

Ljubljana, 28. novembra 2007

Igor Šoltes,
generalni državni revizor

Poslano:

1. Ministrstvu za zdravje, priporočeno;
2. Univerzitetnemu kliničnemu centru Ljubljana, priporočeno;
3. dr. Marjanu Jerebu, priporočeno;
4. dr. Dušanu Kebru, priporočeno;
5. mag. Andreju Bručanu, priporočeno;
6. prof. dr. Primožu Rodetu, priporočeno;
7. doc. dr. Sergeju Hojkerju, priporočeno;
8. mag. Francu Hočevanju, priporočeno;
9. Državnemu zboru Republike Slovenije, priporočeno;
10. arhivu, tu.

5. PRILOGE

Priloga 1: Seznam bolnišnic

1. Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice;
2. Splošna bolnišnica Celje, Oblakova ulica 5, 3000 Celje;
3. Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot Sv. Antona 49, 5280 Idrija;
4. Center za zdravljenje bolezni otrok, Šentvid pri Stični 44, 1296 Šentvid pri Stični;
5. Splošna bolnišnica Izola, Polje 35, 6310 Izola;
6. Splošna bolnišnica Jesenice, Cesta Maršala Tita 112, 4270 Jesenice;
7. Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Jadranska cesta 31, 6280 Ankaran;
8. Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Kidričeva cesta 38 a, 4000 Kranj;
9. Bolnišnica golnik-Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik 36, 4204 Golnik;
10. Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana;
11. Klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana;
12. Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana-Polje;
13. Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Linhartova cesta 51, 1000 Ljubljana;
14. Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor;
15. Splošna bolnišnica Murska Sobota, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota;
16. Splošna bolnišnica Novo mesto, Šmihelska cesta 1, 8000 Novo mesto;
17. Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška cesta 33, 2270 Ormož;
18. Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo, Prečna ulica 4, 6230 Postojna;
19. Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj;
20. Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem 55, 4275 Begunje na Gorenjskem;
21. Bolnišnica za zdravljenje in rehabilitacijo kroničnih pljučnih bolnikov in podaljšano splošno-bolnišnično nego Sežana, Cankarjeva ulica 4, 6210 Sežana;
22. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska cesta 3, 2380 Slovenj Gradec;
23. Splošna bolnišnica dr. Franc Derganc Nova Gorica, Ulica padlih borcev 13 a, 5290 Šempeter pri Gorici;
24. Bolnišnica Topolšica, Topolšica 61, 3326 Topolšica;
25. Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska cesta 9, 1420 Trbovlje;
26. Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Celjska cesta 37, 3212 Vojnik.

*Priloga 2: Vprašalnik***Vprašalnik bolnišnicam o upravljanju z medicinsko opremo**

Navodilo:

Prosimo vas, da odgovorite na vsa vprašanja, razen na vprašanja, ki se nanašajo na operacijske mize, ki jih vaša bolnišnica morda nima. V takšnem primeru pri odgovorih na ta vprašanja, navedite: Nimamo ali označite s črtico (-).

V primeru, da boste vprašalnik izpolnjevali v elektronski obliki, na vprašanja, pri katerih so ponujeni odgovori, s klikom na potrditveno polje obrazca potrdite izbrani odgovor, na ostala vprašanja pa odgovorite tako, da odgovor vpišete v vnosno polje obrazca. Če boste vprašalnik izpolnjevali v papirni obliki, na vprašanja, pri katerih so ponujeni odgovori, te označite z x, na ostala vprašanja pa v ustrezna polja vpišete odgovor.

Vsa vprašanja razen tistih, pri katerih je obdobje posebej določeno, se nanašajo na čas izpolnjevanja tega vprašalnika.

1 SPLOŠNI PODATKI O BOLNIŠNICI**1.1** Naziv bolnišnice**1.2** Število vseh zaposlenih na dan 31.
12. 2006**1.3** Število operacijskih dvoran**1.4** Število operacijskih miz**1.4.1** Od tega v uporabi**1.5** Število bolniških postelj**1.6 Ali imate interni akt bolnišnice, ki določa upravljanje z medicinsko opremo?** DA NE**1.6.1 Če je odgovor DA, napišite datum njegovega sprejetja:****1.7 Ali so v aktu določene odgovorne osebe za upravljanje z medicinsko opremo?** DA NE

2 FINANČNI PODATKI O MEDICINSKI OPREMI

2.1 Kolikšna je bila vrednost medicinske opreme:

S stanjem na dan:	Vse medicinske opreme		Operacijskih miz	
	Skupaj v SIT	Od tega prejete v upravljanje v SIT	Skupaj v SIT	Od tega prejetih v upravljanje v SIT
31. 12. 2000				
31. 12. 2001				
31. 12. 2002				
31. 12. 2003				
31. 12. 2004				
31. 12. 2005				
31. 12. 2006				

2.2 Koliko sredstev ste porabili za nakup medicinske opreme v letih:

Leto	Za vso medicinsko opremo v SIT	Od tega za operacijske mize v SIT
2000		
2001		
2002		
2003		
2004		
2005		
2006		

2.3 Koliko nakupov medicinske opreme in v kakšni vrednosti ste izvedli v obdobju 2000-2006 skupaj:

	Vse medicinske opreme		Od tega operacijskih miz	
	Število	V SIT	Število	V SIT
- z javnimi razpisi				
- naročili male vrednosti				
- neposredno z naročilnicami				
- drugo				

2.4 Kolikšni so bili stroški vzdrževanja medicinske opreme v letih:

Leto	Za vso medicinsko opremo v SIT	Od tega za operacijske mize v SIT
2000		
2001		
2002		
2003		
2004		
2005		
2006		

2.5 Koliko sredstev ste pridobili od odprodaje medicinske opreme, izločene iz uporabe v letih:

Leto	Za vso medicinsko opremo v SIT	Od tega za operacijske mize v SIT
2000		
2001		
2002		
2003		
2004		
2005		
2006		

3 UGOTAVLJANJE POTREB**3.1 Ali vodite zbirko podatkov o medicinski opremi?**

DA NE DELNO

3.1.1 Ali podatkovna zbirka zajema podatke o:

	DA	NE
• inventurni številki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nazivu opreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• listini o pridobitvi iz katere je tudi razviden način pridobitve (nakup, donacija, najem ipd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• nabavni vrednosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• starosti opreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• predvideni življenjski dobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• stroškov vzdrževanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• razlogu odpisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• datumu odpisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• odprodajni ceni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1.2 Ali podatkovno zbirko ažurirate? Označite ustrezen odgovor:

- Ob vsaki spremembi oziroma dogodku
- Ob rednih popisih
- Samo ob nakupu in odpisu

3.1.3 V kakšni obliki je podatkovna zbirka?

- Papirni
- Elektronski
- Del integriranega informacijskega sistema

3.2 Ali spremljate izkoriščenost (odstotek uporabe oziroma zasedenosti) medicinske opreme?

- DA
- NE

3.2.1 Če je odgovor DA, navedite tri najpogostejše namene spremljanja izkoriščenosti medicinske opreme:

-
-
-

3.3 Ali pri prepoznavanju potreb upoštevate:

	DA	NE
• podatke o izkoriščenosti obstoječe opreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• podatek o pričakovani življenjski dobi obstoječe opreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• prednosti tehnoloških izboljšav nove opreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 NAČRTOVANJE NABAV

4.1 Ali imate izdelane kriterije, merila za določanje prioritet nakupov medicinske opreme?

DA NE

4.1.1 Če je odgovor DA, navedite tri najpomembnejše:

-
-
-

4.2 Ali imate izdelan dolgoročni načrt (za obdobje najmanj 5 let) nakupov medicinske opreme?

DA NE

4.3 Ali imate izdelan kratkoročni načrt (za leto 2007) nakupov medicinske opreme?

DA NE

Opomba: Posamezne bolnišnice bomo naknadno zaprosili za predložitev kratkoročnih načrtov z namenom primerjave praks načrtovanj.

5 POSTOPEK JAVNEGA NAROČANJA

5.1 Kdo v bolnišnici je pretežno zadolžen za pripravo tehničnih specifikacij medicinske opreme? Označite en odgovor:

Služba, odgovorna za izvedbo javnih naročil Zdravniki, medicinsko osebje Oboji/Drugi

5.2 Ali imate v vaši bolnišnici samostojno službo za javna naročila?

DA NE

5.2.1 Če je odgovor DA, napišite število zaposlenih v službi za javna naročila?

5.2.2 Katere so odgovornosti te služba pri izvedbi javnih naročil? Naštejte tri:

-
-
-

5.3 Ali menite, da je pri določenih vrstah medicinske opreme smiselno, da se uporablja en sam model opreme?

DA NE

5.3.1 Če je odgovor DA, navedite dva najpogostejša razloga:

-
-

5.4 Ali v vaši bolnišnici pripravo razpisne dokumentacije naročate tudi pri zunanjih izvajalcih?

DA NE

5.4.1 Če je odgovor DA, napišite skupne stroške storitev zunanjih izvajalcev v letih 2000-2006:**5.5 Kateri so, po vašem mnenju, poglobitni problemi (tveganja) pri nakupih medicinske opreme? Naštete tri najpogostejše:**

-
-
-

5.6 Ali imajo pogodbe določene skrbnike, ki so odgovorni za njihovo izvajanje?

DA NE

6 UPORABA IN VZDRŽEVANJE**6.1 Ali se vam je že pripetilo, da je nabavljeni opremi potekel garancijski rok preden ste jo začeli uporabljati?**

DA NE

6.1.1 Če je odgovor DA, opišite primer. Predvsem navedite vzroke, zakaj se je to pripetilo!**6.2 Kdo pretežno skrbi za vzdrževanje medicinske opreme? Označite ustrezen odgovor:**

- Zunanji izvajalci
- Notranji vzdrževalci
- Vzdrževanje je opredeljeno v pogodbi o nakupu

6.3 Označite ali pretežno izvajate:

- Redno vzdrževanje
- Interventna popravila

6.4 S katero stopnjo odpisa odpisujete medicinsko opremo?**6.4.1 Ali menite, da je predpisana stopnja odpisa primerna** DA NE**6.4.1.1 Če je odgovor NE, pojasnite svoj odgovor****6.5 Napišite tri najpogostejše razloge, zaradi katerih se medicinska oprema lahko izloči iz uporabe?**

-
-
-

6.6 Kaj naredite z medicinsko opremo, ki jo izločite iz uporabe? Označite odgovore od 1 do 5 - pri tem 5 pomeni največkrat in 1 najmanjkrat!

- Prodate
- Podarite
- Uničite
- Hranite za rezervne dele
- Drugo

6.7 Označite, komu ste prodali oziroma podarili največ medicinske opreme, izločene iz uporabe!

- Drugim javnim zavodom (bolnišnicam, zdravstvenim zavodom, šolam)
- Koncesionarjem
- Zasebnim ordinacijam
- Drugo

8.2 Bolnišnice, ki ste imele poleg samostojnih nabav medicinske opreme tudi izkušnjo s skupnimi nabavami (npr. skupna nabava operacijskih miz, ki jo je izvedlo Ministrstvo za zdravje), prosimo, da napišete prednosti in slabosti samostojnih oziroma skupnih nabav medicinske opreme:

Skupna javna naročila

Samostojna javna naročila

Prednosti

Slabosti

Ime in priimek ter podpis osebe, odgovorne za izpolnitev vprašalnika

Telefon

Elektronski naslov

Priloga 3: Ugotovitve in ocene javnega naročila 18 operacijskih miz

1. Prvi poskus postopka oddaje javnega naročila

Postopek oddaje javnega naročila za 18 operacijskih miz za bolnišnice v Murski Soboti, Novem mestu, Mariboru, Izoli in za Onkološki inštitut v Ljubljani se je začel 27. 5. 2004, ko je minister za zdravje izdal sklep⁷⁶. Vrednost javnega naročila je bila ocenjena na 420 milijona tolarjev brez DDV oziroma 504 milijona tolarjev z DDV.

Prvi poskus postopka oddaje se je končal 26. 11. 2004 s sklepom Državne revizijske komisije⁷⁷.

V javnem razpisu⁷⁸ je bil določen rok za oddajo ponudb 29. 7. 2004. Kasneje je bil rok podaljšan, in sicer v enem primeru, ker je bila razpisna dokumentacija na voljo šele 5. 7. 2004, v treh primerih zaradi spremembe razpisne dokumentacije ter podaljšanja prekratkega roka za oddajo ponudb na podlagi vloženih zahtevkov za revizijo.

Na podlagi sklepa o ugoditvi zahtevka enega od ponudnikov je ministrstvo 29. 10. 2004 v Uradnem listu ponovno objavilo celotno vsebino javnega razpisa in kot rok za oddajo ponudb določilo 12. 11. 2004.

1.1 Ugotovitve in ocene prvega poskusa postopka oddaje javnega naročila

Objava javnega razpisa ni vsebovala obveznih depozitov in jamstev, za katere je naročnik v razpisni dokumentaciji navedel, da jih mora ponudnik predložiti v ponudbi. V skladu z drugim odstavkom 23. člena ZJN-1 bi morali biti podatki v razpisni dokumentaciji enaki podatkom, navedenim v objavi javnega razpisa.

Ministrstvo ni omogočilo, da bi bila razpisna dokumentacija na razpolago zainteresiranim ponudnikom že od dneva objave javnega razpisa, kar je v nasprotju s 24. členom ZJN-1. Strokovna komisija je do 5. 7. 2004 usklajevala vsebino razpisne dokumentacije, vendar dela ni dokončala. Ministrstvo je začelo pošiljati razpisno dokumentacijo zainteresiranim ponudnikom šele šest dni (5. 7. 2004) po prejemu prve zahteve za predložitev razpisne dokumentacije. Spremembe razpisne dokumentacije so bile zainteresiranim ponudnikom poslane še 6. 9. 2004 in 24. 9. 2004.

V razpisni dokumentaciji z dne 23. 9. 2004 ministrstvo ni več zahtevalo referenc o dobavah in montažah specialne medicinske opreme, ampak reference o dobavah in montažah medicinskih pripomočkov. Glede na to, da so reference predstavljale enega od obveznih pogojev za priznanje sposobnosti, bi moral naročnik spremembo objaviti. V skladu z drugim odstavkom 23. člena ZJN-1 morajo biti podatki v razpisni dokumentaciji enaki podatkom, navedenim v objavi javnega razpisa.

Ministrstvo v razpisni dokumentaciji z dne 23. 9. 2004 ni zahtevalo poročila pooblaščenega revizorja o poravnanih obveznostih ponudnika, ki ga je potrebno priložiti v skladu s 6. členom Odredbe o finančnem poslovanju proračunskih uporabnikov⁷⁹. Ponudniki so bili o dodatnem razpisnem pogoju obveščeni po faksu 24. 9. 2004, naročnik pa te spremembe ni objavil v Uradnem listu RS, kot bi moral po drugem odstavku 23. člena ZJN-1.

⁷⁶ Št. 3511-8/2004-5.

⁷⁷ Št. 018-290/04-25-2215.

⁷⁸ Uradni list RS, št. 70/04.

⁷⁹ Uradni list RS, št. 71/99, 78/99, 97/00, 64/01.

V celotnem postopku so ponudniki vložili šest zahtevkov za revizijo, od katerih je ministrstvo štirim delno ali v celoti ugodilo, dva pa zavrnilo. V enem primeru je vlagatelj zahteval nadaljevanje postopka pred Državno revizijsko komisijo kljub temu, da je ministrstvo zahtevku za revizijo v celoti ugodilo. Od dveh zahtevkov za revizijo, ki jih je ministrstvo zavrnilo, je Državna revizijska komisija enemu delno ugodila, drugega pa zavrnila. Ponudniki so v vloženi zahtevkih ministrstvu očitali, da:

- zainteresiranim ponudnikom ni omogočil prevzem razpisne dokumentacije od dneva objave javnega razpisa oziroma podaljšanja roka za predložitev ponudb in je s tem skrajšal že tako kratek rok za oddajo ponudbe,
- sprememb pogojev za sodelovanje ni objavil, kar je v nasprotju z drugim odstavkom 23. člena ZJN-1,
- ni pripravil take razpisne dokumentacije, da bi ponudniki na njeni podlagi lahko pripravili pravilno ponudbo,
- splošnega dela razpisne dokumentacije ni v celoti sestavil v skladu z določili ZJN-1,
- pri pripravi razpisne dokumentacije ni upošteval ugotovitev Državne revizijske komisije iz sklepa št. 018-53/04-23-624 z dne 6. 4. 2004 glede omejevanja pojma »ponudnik«.

Ponudnik Hospitalia je v zahtevku za revizijo z dne 29. 9. 2004 predlagal, da se postopek oddaje javnega naročila v celoti razveljavi. Glede na to, da je ministrstvo zahtevku v celoti ugodilo, ne bi smelo nadaljevati postopka, ampak bi moralo postopek razveljaviti in izdati nov sklep o začetku postopka in določiti ustrezne roke za oddajo ponudb. Ponovno objavo celotne vsebine javnega razpisa⁸⁰ 29. 10. 2004 z rokom za oddajo ponudb 12. 11. 2004 je mogoče obravnavati le kot objavo novega postopka oddaje javnega naročila, ne pa nadaljevanje razveljavljenega postopka. Ministrstvo bi moralo določiti rok za predložitev ponudb v skladu z 59. členom ZJN-1, ki določa, da če je naročnik objavil javni razpis za oddajo naročila v Uradnem glasilu Evropskih skupnosti, rok za predložitev ponudb v odprtem postopku ne sme biti krajši od 52 dni od dneva, ko je naročnik odposlal razpis v objavo. Tako določen rok se lahko na podlagi 60. člena ZJN-1 nadomesti z dovolj dolgim rokom, ki omogoča pripravo pravilne ponudbe, ki pa mora biti daljši od 36 dni.

Ugotovili smo naslednje nepravilnosti:

- Ministrstvo je v IV. točki splošnih navodil ponudnikom navedlo: *»Ponudniki morajo biti tržno naravnane pravne osebe, različne od naročnika in ne smejo biti del državnega aparata. Biti morajo finančno samostojni in avtonomni v vodenju. Pravne osebe, ki so deloma v lasti države, lahko na razpisu konkurirajo samo, če so pravno in finančno avtonomne (ne pridobivajo sredstev iz proračuna), poslušajo po tržnih zakonih in niso odvisne od naročnika. Ostalim organizacijam in osebam javnega prava se naročila oddajajo skladno z veljavno zakonodajo.«*

Iz tega izhaja, da je naročnik pri opredelitvi možnih ponudnikov ravnal bolj omejujoče, kot je opredeljen ponudnik v ZJN-1. Ta v 3. točki prvega odstavka 3. člena določa, da je ponudnik dobavitelj ali izvajalec, ki predloži ponudbo in je lahko pravna ali fizična oseba.

- Ministrstvo je v drugem odstavku V. točke in tretjem odstavku VI. točke splošnih navodil ponudnikom določilo: *»Naročnik ima pravico zavrniti skupno ponudbo, če bi druge ponudnike postavljala v neenakopraven položaj.«*

Iz sporne določbe izhaja, da je skupna ponudba več ponudnikov izločena tudi iz razlogov, ki v razpisni dokumentaciji niso objektivno določeni. Navedena določba razpisne dokumentacije ne omogoča

⁸⁰ Uradni list RS, št. 116-117/04.

objektivne presoje o tem, kdaj se skupna ponudba lahko zavrne oziroma kdaj neka ponudba spravlja druge ponudnike v neenakopraven položaj.

- Ministrstvo je v XXVI. točki splošnih navodil ponudnikom med drugim določilo: *»Pri ocenjevanju ponudb, ki ustrezajo zahtevam razpisne dokumentacije, bo naročnik za vsako ponudbo določil primerljivo ponudbeno ceno s prilagoditvijo cene v ponudbi, na sledeč način:*
 - a) *z odpravo napak;*
 - b) *z oceno elementov ponudbe, ki so skladni z zahtevami razpisne dokumentacije njihova vrednost pa je odvisna od konkretnega posla ali okoliščin, ki ponudnikom niso znane;*
 - c) *z ustreznimi uskladitvami za upravičene spremembe ali odstopanja;*
 - d) *z ustreznimi uskladitvami zaradi popustov ali drugih sprememb cen.*

Naročnik si pridržuje pravico, da sprejme ali zavrne katero koli spremembo ali odstopanje. Spremembe oziroma odstopanja, ki presegajo zahteve razpisne dokumentacije in pomenijo nezahtevano prednost, ne bodo upoštevane.«

Navedena določba razpisne dokumentacije je v nasprotju z določbo 54. člena⁸¹ ZJN-1, da naročniku niso dovoljene kakršne koli spremembe ponudbene cene razen tistih, ki pomenijo odpravo računskih napak. Poleg tega je sporna določba razpisne dokumentacije tudi v nasprotju z določbo petega odstavka XII. točke splošnih navodil ponudnikom, kjer je navedeno: *»Končna ponudbena cena je fiksna in dokončna do zaključka izvedbe javnega naročila«,* in z določbo petega odstavka obrazca A06 – Obrazec izjave, da ponudnik sprejema pogoje razpisne dokumentacije, kjer je navedeno: *»Izjavljamo, da ponudbena cena pokriva vse stroške izpolnitve naročila.«*

- Ministrstvo je v XXXI. točki splošnih navodil ponudnikom med drugim določilo: *»Naročnik si pridržuje pravico, da v času pred izbiro ponudnika prekliče javni razpis in zavrne vse ponudbe, brez odgovornosti do ponudnikov, ki sodelujejo ali bi sodelovali v postopku javnega razpisa in brez obveznosti, da le-te obvesti o razlogih za takšno dejanje.«*

Navedena določba razpisne dokumentacije je v nasprotju z drugim odstavkom 25. člena ZJN-1, ki določa, da po poteku roka za oddajo ponudb naročnik ne sme več spreminjati ali dopolnjevati razpisne dokumentacije. Če naročnik ugotovi, da na podlagi obstoječe razpisne dokumentacije ne more ali ne bo mogel oceniti prispelih ponudb, mora ponoviti javni razpis in povrniti ponudnikom na njihovo zahtevo stroške, za katere predložijo dokazila.

Neskladnost vseh zgoraj navedenih določb razpisne dokumentacije z ZJN-1 je Državna revizijska komisija ugotovila že v sklepih št. 018-52/04-23-651 in 018-53/04-23-624 z dne 6. 4. 2004, ko je odločala o zahtevkih za revizijo postopka oddaje javnega naročila za nabavo in montažo splošne, medicinske in tehnološke opreme za splošno bolnišnico Novo mesto oziroma splošno bolnišnico Murska Sobota. Ministrstvo pri pripravi splošnega dela razpisne dokumentacije dobavo in montažo 18 operacijskih miz s

⁸¹ Naročnik sme zahtevati, da ponudniki v roku, ki ni daljši od osmih dni, dopolnijo ali pojasnijo dokumente, ki so jih že predložili. Naročnik ne sme zahtevati, dovoliti ali ponuditi kakršne koli spremembe vsebine ponudbe, vključno s spremembo cene, in takih sprememb, ki bi iz nepravilne ponudbe to naredila pravilno. Izključno naročnik sme v soglasju s ponudnikom popraviti računske napake, ki jih odkrije pri pregledu ponudb po zaključnem postopku odpiranja ponudb.

pripadajočo opremo ni upoštevalo ugotovitev Državne revizijske komisije o neskladnosti zgoraj navedenih določb razpisne dokumentacije z ZJN-1, ki jih je ministrstvo navedlo v razpisni dokumentaciji za oddajo podobnih javnih naročil.

- Na strani 42 razpisne dokumentacije je pod točko C10 navedeno: *»1. seznam najvažnejših opravljenih dobav in montaž opreme objektov, v zadnjih treh letih z navedbo vrste dobavljene opreme in časa dobave, vrednosti pogodb ter navedbo naročnikov. Za priznanje sposobnosti mora ponudnik navesti reference o dobavah in montažah specialne medicinske opreme vsaj treh primerljivih objektov v Republiki Sloveniji ali državah Evropske unije v zadnjih treh letih. Kot primerljive objekte za specialno medicinsko opremo bo naročnik upošteval izključno zdravstvene objekte zahtevnosti kot so splošne bolnišnice v Republiki Sloveniji.«*

Na strani 54 razpisne dokumentacije pa je navedeno: *»1. seznam najvažnejših opravljenih opremljanj (dobav in montaž opreme) objektov v zadnjih petih letih, z navedbo vrste dobavljene opreme in časa dobave, vrednosti pogodb ter navedbo naročnikov. Za priznanje sposobnosti mora ponudnik navesti reference o dobavah in montažah operacijskih miz vsaj treh primerljivih dobav in montaž v Republiki Sloveniji oziroma v državah Evropske unije v zadnjih petih letih.«*

Iz razpisne dokumentacije ni mogoče jasno razbrati, katere reference naj bi ministrstvo upoštevalo za priznanje sposobnosti ponudnika: ali opravljene dobave in montaže v zadnjih treh letih ali v zadnjih petih letih. Prav tako ni jasno, ali je naročnik za priznanje sposobnosti nameraval upoštevati reference o dobavah in montažah vse medicinske opreme ali samo operacijskih miz.

- Ministrstvo je v razpisni dokumentaciji na strani 12 oziroma 17 navedlo, da mora biti garancija za resnost ponudbe veljavna:
 - vsaj 30 dni po preteku veljavnosti ponudbe, ki mora biti veljavna najmanj 120 dni po dnevu odpiranja ponudb (29. 7. 2004),
 - še 30 dni po datumu, ki je določen za sprejem odločitve o izbiri najugodnejše ponudbe, ki je predvidoma 1. 9. 2004 (7. točka poglavja A05).

Eden od ponudnikov je ministrstvo prosil za navodilo, katera zahteva se upošteva pri pripravi garancije za resnost ponudbe, ali 30 dni po veljavnosti ponudb ali 30 dni po 1. 9. 2004.

Ministrstvo je v odgovoru z dne 27. 7. 2004 navedlo, da *»Ker gre za okvirne roke – sprejem odločitve, ki se ne dajo vnaprej določiti, je edini, oprijemljivi, določni rok za veljavnost garancije za resnost ponudbe 30 dni od dneva izbire najugodnejše ponudbe.«*

Glede na navedbo vlagatelja zahtevka za revizijo, da nihče ne more predvideti, kdaj namerava naročnik izbrati najugodnejšo ponudbo, ministrstvo ugotavlja, da je ta del odgovora v nasprotju s 7. točko poglavja A05 razpisne dokumentacije, ki je pravilno določal rok za sprejem odločitve o izbiri najugodnejšega ponudnika.

2. Drugi poskus postopka oddaje javnega naročila

Drugi poskus postopka oddaje javnega naročila se je začel 1. 12. 2004, ko je minister za zdravje izdal sklep o začetku postopka oddaje javnega naročila, in končal 29. 3. 2005 s sklepom Državne revizijske komisije.⁸²

- Na podlagi sklepa o ugoditvi zahtevka z dne 5. 10. 2004 je ministrstvo 29. 10. 2004 ponovno objavilo celotno vsebino javnega razpisa⁸³ in kot rok za oddajo ponudb določilo 12. 11. 2004. Na podlagi odločitve Državne revizijske komisije z dne 26. 11. 2004, da je navedeno objavo javnega razpisa mogoče obravnavati le kot objavo novega postopka oddaje javnega naročila, ne pa nadaljevanje razveljavljenega postopka, je ministrstvo 10. 12. 2004 objavilo⁸⁴ podaljšanje roka za oddajo ponudb na 11. 1. 2005. Tako določen rok za oddajo ponudb je bil podaljšan na 31. 1. 2005, kar je bilo objavljeno⁸⁵ s popravkom 28. 1. 2005. Javno naročilo ni bilo razdeljeno na sklope.
- V drugem poskusu postopka oddaje javnega naročila so ponudniki vložili štiri zahtevke za revizijo, od tega enega pred odpiranjem ponudb, tri pa po odločitvi ministrstva, da vse ponudbe zavrne kot nepravilne. Ministrstvo in Državna revizijska komisija sta vse zahtevke kot neutemeljene zavrnila.

3. Tretji poskus postopka oddaje javnega naročila

Tretji poskus postopka oddaje javnega naročila se je začel 15. 4. 2005, ko je minister za zdravje izdal sklep o začetku postopka oddaje javnega naročila⁸⁶ in končal 17. 5. 2006 s sklepom Državne revizijske komisije⁸⁷.

- Predhodni javni razpis je bil objavljen 3. 6. 2005. V javnem razpisu, objavljenem 24. 6. 2005⁸⁸, je bil kot rok za oddajo ponudb določen 2. 8. 2005. Javno naročilo je bilo razdeljeno na pet sklopov.
- Ministrstvo je vsem, ki so prevzeli razpisno dokumentacijo, 18. 7. in 22. 7. 2005 poslalo popravke in dopolnitve razpisne dokumentacije. Poleg tega pa je ministrstvo razpisno dokumentacijo spreminjalo tudi z odgovori na vprašanja ponudnikov (17 dopisov).
- Ministrstvo je 2. 8. 2005 izvedlo javno odpiranje ponudb, končno odločitev⁸⁹ o izbiri najugodnejšega ponudnika (Sanolabor) pa je sprejelo šele 15. 11. 2005, torej 105 dni po odpiranju ponudb.
- V celotnem tretjem poskusu postopka oddaje javnega naročila je zahtevek za revizijo vložil samo ponudnik Mollier, in sicer 9. 12. 2005. Vlagatelj v zahtevku navaja, da je njegova ponudba pravilna in najugodnejša ter da sta ponudbi Sanolabor in Aico-med nesprejemljivi in nepravilni. Ministrstvo je 27. 12. 2005 vlagateljevemu zahtevku v nekaterih točkah ugodilo, kar pa po mnenju ministrstva ni v ničemer vplivalo na končno odločitev naročnika. Ponudnik Mollier je nadaljeval postopek revizije pred Državno revizijsko komisijo, ki je 24. 2. 2006 razveljavila odločitev ministrstva o zahtevku za revizijo in ministrstvu naložila, da vlagatelju zahtevka omogoči vpogled v dokumentacijo javnega naročila. Državna revizijska komisija je vlagatelju omogočila, da v zvezi z ugotovitvami pri vpogledu vložil pripravljalno vlogo. Po prejemu pripravljalne vloge je moralo ministrstvo v roku 15 dni⁹⁰ odločiti

⁸² Št. 018-79/05-34-691.

⁸³ Uradni list RS, št. 116-117/04.

⁸⁴ Uradni list RS, št. 132/04.

⁸⁵ Uradni list RS, št. 8/05.

⁸⁶ Št. 3511-2/2005-1.

⁸⁷ Št. 018-126/2006-33-1405.

⁸⁸ Uradni list RS, št. 60/05.

⁸⁹ Št. 3511-2/2005-120.

⁹⁰ Prvi odstavek 16. člena ZRPJN.

o zahtevku za revizijo z dne 9. 12. 2005, pri čemer je moralo upoštevati morebitne nove navedbe iz pripravljalne vloge. Državna revizijska komisija je ugotovila, da je ministrstvo s postavitvijo omejitev pri vpogledu, neskladnih z okoliščinami konkretnega javnega naročila, kršilo drugi odstavek 6. člena ZJN-1, hkrati pa ni uspelo zagotoviti, da med ponudniki v vseh elementih in fazah postopka oddaje javnega naročila ni bilo razlikovanja.

- Ministrstvo je 21. 3. 2006 prejelo pripravljarno vlogo ponudnika Mollier. Ponudnik Mollier je prejel odločitev ministrstva o vloženem zahtevku za revizijo in pripravljarni vlogi po preteku dvajsetdnevnega roka.
- Državna revizijska komisija je 17. 5. 2006 ugodila zahtevku za revizijo in potrdila odločitev ministrstva, da je ponudba vlagatelja nepravilna, ker ta vzorca pogodbe ni v celoti izpolnil. Vlagatelj je v vzorec pogodbe vpisal svojo firmo, sedež, davčno številko ter svoj transakcijski račun, ni pa vpisal zneska pogodbene cene, niti ni izpolnil vzorca pogodbe v točki 7, ki se nanaša na zavarovanje pogodbe z vpisom zneskov bančnih garancij. V sklepu je tudi navedeno, da je ministrstvo kršilo določilo 76. člena ZJN-1, ker ponudbi ponudnikov Sanolabor in Aico-med nista bili pravilni. Bančna garancija za resnost ponudbe, ki jo je predložil Sanolabor, ni vsebovala vseh obveznih sestavin, ki jih določa 6. člen Pravilnika o vrstah finančnih zavarovanj⁹¹. Ponudba ponudnika Aico-med pa ni izpolnjevala zahteve razpisne dokumentacije po veljavnosti ponudbe do konca izvedbe javnega naročila. Ker je Državna revizijska komisija ugotovila, da niti morebitna utemeljenost ostalih vlagateljevih navedb ne more vplivati na drugačno odločitev, o teh ni odločala.

Državna revizijska komisija je navedla, da lahko naročnik, ker v odprtem postopku ni pridobil nobene pravilne ponudbe, v skladu z določilom tretjega odstavka 20. člena ZJN-1 odda naročilo po postopku s pogajanjem po predhodni objavi, razen če je vključil v postopek s pogajanjem vse ponudnike, katerih ponudbe so bile predložene v predhodno izvedenem odprtem postopku in so bile v skladu z zahtevo za izpolnjevanje pogojev iz 42. člena ZJN-1. Državna revizijska komisija je še opozorila⁹², da zahteve razpisne dokumentacije po predložitvi bančnih garancij ni mogoče uvrstiti med pogoje, kot jih opredeljuje 42. člena ZJN-1, temveč med pogoje 42. a člena ZJN-1.

4. Četrti poskus postopka oddaje javnega naročila

Četrti poskus postopka oddaje javnega naročila se je začel 1. 6. 2006, ko je minister izdal sklep⁹³ o začetku postopka oddaje javnega naročila in končal 17. 10. 2006 s sklepom⁹⁴ Državne revizijske komisije.

- Ministrstvo je 12. 6. 2006 spremenilo pravno podlago za začetek postopka s pogajanjem brez prehodne objave. Namesto tretjega odstavka 20. člena ZJN-1 je navedlo četrto točko prvega odstavka 20. člena ZJN-1. Rok za oddajo ponudb je bil 23. 6. 2006. Ministrstvo je potrdilo razpisno dokumentacijo 14. 6. 2006, potem pa jo je spreminjalo in dopolnjevalo z odgovori na vprašanja ponudnikov do vključno 19. 6. 2006.
- Ministrstvo je 23. 6. 2006 izvedlo javno odpiranje ponudb. Strokovna komisija je imela 26. 6. 2006 z vsakim ponudnikom, ki je oddal ponudbo, sestanek v poslovnih prostorih ponudnika. Predmet sestankov so bila pojasnila o tehničnem delu ponudb posameznih ponudnikov. Strokovna komisija je imela 27. 6. 2006 pogajanja z vsakim posameznim ponudnikom, rezultate pogajanj je še isti dan

⁹¹ Uradni list RS, št. 25/04, 87/04, 128/06-ZJN-2.

⁹² Sklep št. 018-377/2005-31-3148 z dne 17. 5. 2006.

⁹³ Št. 3511-2/2005-210.

⁹⁴ Št. 018-285/06-33-3169.

predstavila vsem ponudnikom in jih 28. 6. 2006 povabila k predložitvi končnih ponudb. Ponudniki so morali v obrazec končne ponudbe navesti samo ceno za vsak posamezen sklop in ceno za vse sklope skupaj, ne pa tudi ceno posameznega kosa opreme v sklopu. Vse ponudbe so bile na podlagi pravno-formalnega, ekonomskega in tehničnega pregleda splošnega in tehničnega dela ponudb ocenjene kot pravilne. Strokovna komisija je naročniku predlagala, da javno naročilo za vse sklope odda ponudniku Soča oprema za 280.527 tisoč tolarjev brez DDV oziroma 336.632 tisoč tolarjev z DDV.

- V celotnem postopku so ponudniki vložili dva zahtevka za revizijo (Sanolabor in Medicoengineering⁹⁵). Oba vlagatelja v zahtevku navajata, da ponudbi ponudnikov Soča oprema in Mollier ne izpolnjujeta vseh formalnih in tehničnih zahtev naročnika iz razpisne dokumentacije. Državna revizijska komisija je zahtevek za revizijo vlagatelja Medicoengineering zavrgla, ker vlagatelj ni izkazal aktivne legitimacije za vložitev predmetnega zahtevka za revizijo. Na podlagi strokovnega mnenja Medicinske fakultete Univerze Ljubljana⁹⁶ je Državna revizijska komisija zahtevek za revizijo vlagatelja Sanolabor kot neutemeljenega zavrnila.
- Nekateri od razlogov⁹⁷ za neizpolnjevanje formalnih in tehničnih zahtev ministrstva iz razpisne dokumentacije, ki so bili navedeni v zahtevkih za revizijo, so enaki tistim, na podlagi katerih je strokovna komisija ponudbi ponudnikov Mollier in Soča oprema za predhodno javno naročilo⁹⁸ izločila kot nepravilni.
- Ministrstvo in Soča oprema sta 4. 8. 2006 sklenila pogodbo⁹⁹ v skupni vrednosti 336.633 tisoč tolarjev vključno z DDV. Pooblaščenec osebe pri izvajanju pogodbe za naročnika so poleg predstavnika ministrstva predstavniki bolnišnic. Pogodba določa, da naj bi ministrstvo plačalo izvajalcu dobavljeno in montirano opremo po uspešno izvršeni pisni končni primopredaji v roku 60 dni. Priloga 1 pogodbe je specifikacija opreme s cenami iz ponudbe z dne 23. 6. 2006. Ministrstvo in Soča oprema sta 30. 10. 2006 sklenila aneks k pogodbi, v katerem sta se dogovorila za tridesetdnevni plačilni rok. Z aneksom dogovorjen plačilni rok 30 dni ni v skladu s plačilnim rokom določenim v razpisni dokumentaciji.
- V kopiji zapisnika sestanka, ki je 19. 9. 2006 potekal v prostorih Onkološkega inštituta Ljubljana, je navedeno, da je že vgrajena dekontaminacijska komora tipa Maquet Clen in da notranje dimenzije ne ustrezajo za čiščenje operacijskih miz in transportnega vozička Sordina. Prisotni¹⁰⁰ so predlagali, da se prilagodi obstoječo notranjo komoro dimenzijam miz proizvajalca Sordina ali pa nadomesti obstoječo dekontaminacijsko komoro z novo proizvajalca Sordina.
- Izbrani ponudnik Soča oprema je ministrstvu do 27. 11. 2006 zaračunal opremo v skupni vrednosti 336.633 tisoč tolarjev z DDV. Vsi računi so bili poslani v izplačilo. K računom so priloženi zapisniki o primopredaji opreme. Ministrstvo je celotno vrednost nakupa plačalo decembra 2006. Glede na to, da v končni ponudbi niso navedene cene za posamezne kose opreme, za posamezen kos opreme ni mogoče preveriti, zaračunane cene v skladu s ponudbenimi.

⁹⁵ Aico-med, d. o. o. se je 16. 1. 2006 pripojil k Medicoengineering, d. o. o. Datum Sklepa pripojitve je 9. 3. 2006.

⁹⁶ Komisija za fakultetna izvedenska mnenja, Izvedensko mnenje št. FM-227-1/06 z dne 25. 9. 2006.

⁹⁷ Priloge k vzorcu pogodbe, izjava o pooblaščenem servisu in fiksno stebrov operacijskih miz.

⁹⁸ Uradni list RS, št. 60/05.

⁹⁹ Št. 2711-06-244637.

¹⁰⁰ Ministrstvo, Soča oprema, Rudis, SCT.

Bedimo nad potmi javnega denarja

Računsko sodišče Republike Slovenije / The Court of Audit of the Republic of Slovenia
Slovenska cesta 50, 1000 Ljubljana, Slovenija • tel.: +386 (0) 1 478 58 00 • fax: +386 (0) 1 478 58 91
sloaud@rs-rs.si • www.rs-rs.si

Enota Maribor / Maribor Office
Ulica heroja Bračiča 6, 200 Maribor, Slovenija • tel.: +386 (0) 2 250 58 80 • fax: +386 (0) 2 250 58 96

