
Idea funkcjonowania i dotychczasowe doświadczenia w zakresie Szpitalnych Grup Zakupowych

3.1. Powstanie i rozwój Szpitalnych Grup Zakupowych

Zaopatrzenie materiałowe w zakresie asortymentu bezpośrednio wykorzystywanego w procesie leczenia szpitalnego to punkt wyjścia na drodze budowania oczekiwanej przez pacjenta wartości dodanej, jaką jest usługa lecznicza, po którą trafia do szpitala. Z istoty usługi wynika działanie czynnika ludzkiego w osobach personelu medycznego, to jest pracy lekarza wraz z zespołem. Jest ona wykonywana dzięki wartościom niematerialnym, do których należą: wiedza, kompetencje, umiejętności i autorytet. Z kolei źródłem wartości usługi traktowanej w sferze materialnej jest właśnie fizyczny produkt, który wędruje w łańcuchu zaopatrzenia od producenta do szpitala. Dwie podstawowe grupy produktów kluczowych dla realizacji usługi medycznej to produkty lecznicze i wyroby medyczne, zdefiniowane uprzednio razem jako zaopatrzenie medyczne. Może być ono realizowane przez każdy podmiot leczniczy osobno lub w formie zakupów grupowych, na potrzeby większej liczby zakładów opieki zdrowotnej, w tym szpitali.

Proces konsolidacji zakupów, jakich zamierza dokonać kilka podmiotów, na dojrzałych rynkach medycznych Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych inicjowany jest poprzez zawiązanie się organizacji zakupów grupowych, Group Purchasing Organizations (w skrócie GPOs).

Ponieważ w Polsce nie funkcjonują jeszcze w praktyce tego typu organizacje specjalizujące się w zaopatrzeniu medycznym, można przyjąć, że z chwilą

powstania stworzą one kategorię, którą już dziś można nazwać: Szpitalne Grupy Zakupowe (w skrócie SGZ).

Historia pierwszych zakupów grupowych dokonanych przez szpitale sięga początków XX wieku w Stanach Zjednoczonych, jednakże nie dotyczyły one wówczas zaopatrzenia stricte medycznego [Weinstein 2006]. W 1909 roku menedżerowie kilku szpitali w Nowym Jorku (Hospital Superintendents of New York) [Healthcare Supply Chain Association 2012] postanowili zaangażować agenta, który będzie zamawiał usługi pralnicze dla kilku szpitali. W ten sposób powstała pierwsza w historii organizacja zakupów grupowych o nazwie Hospital Bureau of New York, uznawana obecnie za prekursora zakupów grupowych nie tylko w branży medycznej, lecz także w wielu innych dziedzinach handlu, w których ta forma pośrednictwa znalazła zastosowanie. Rozwój grup zakupowych był stosunkowo powolny aż do przełomu lat 60. i 70. XX wieku, kiedy powstały amerykańskie programy sektora ochrony zdrowia: Medicare i Medicaid, będące bodźcem intensyfikującym zmiany całego sektora ochrony zdrowia. Znaczący rozwój tej formy handlu ewoluującej do obecnego kształtu nastąpił w USA w latach 80. i 90. XX wieku, zaś w Europie od 2000 roku. Ostatnie trzy dekady XX wieku przyniosły prawdziwą eksplozję liczby nowo powstałych organizacji na rynku amerykańskim, których w 1999 roku było już 633. Szacuje się, że obecnie działa w USA około 900 Szpitalnych Grup Zakupowych (GPOs), jednak wiele z nich to spółki córki występujące pod odrębną marką, faktycznie jednak związane kapitałowo z większymi organizacjami. W istocie odrębne kontrakty z dostawcami zawiera samodzielnie około 200 organizacji, z których 26 działa w wymiarze ogólnokrajowym [Bloch, Perlman i Brown 2003].

Gwałtowny rozwój Szpitalnych Grup Zakupowych (GPOs) miał bezpośredni związek z coraz większą dynamiką wzrostu kosztów w systemach ochrony zdrowia w latach 80. i 90. XX wieku, co miało miejsce nie tylko w USA, lecz także w Europie, choć skala wydatków już wówczas była zdecydowanie największa w Stanach Zjednoczonych. Miało to związek między innymi ze wzrostem wydatków na leki i wyroby medyczne, głównie dzięki rozwojowi nowych technologii i wprowadzaniu na rynki nowych produktów w obydwu grupach. W tym samym okresie rozpoczęły się również istotne zmiany w strukturze podmiotowej rynku dostawców usług medycznych. Dotychczas w amerykańskim systemie istniały niemal wyłącznie szpitale o charakterze non profit będące albo placówkami publicznymi, albo zarządzanymi przez organizacje charytatywne, kościoły, różne stowarzyszenia czy fundacje. Pod koniec lat 70. XX wieku zaczęły występować w amerykańskiej ochronie zdrowia prywatne przedsiębiorstwa opieki zdrowotnej, które znacznie rozwinęły swoją działalność w kolejnej dekadzie. Należały do nich zarówno szpitale, jak i domy opieki społecznej oraz ambulatoria. Nowo powstałe placówki komercyjne wyróżniające się większym potencja-

łem ekonomicznym i oferujące wyższy standard usług rozpoczęły w latach 80. ekspansję na rynek polegającą na wykupie i przejęciach podmiotów non profit. To z kolei zapoczątkowało proces konsolidacji wielu podmiotów i tworzenia sieci dostawców usług medycznych.

Wzrost konkurencji pomiędzy komercyjnymi podmiotami w branży był bodźcem do poszukiwania takich strategii zarządzania szpitalami, które dadzą efekt w postaci istotnej redukcji kosztów zaopatrzenia medycznego. Stało się to impulsem do rozwoju Szpitalnych Grup Zakupowych, które w sieciach placówek były w stanie pokazać coraz większe efekty skali uzyskane dzięki konsolidacji zakupów. Jak dynamiczny był rozwój GPOs w latach 80. i 90., pokazuje przykład grupy VHA utworzonej w 1977 roku na bazie 30 szpitali. W 1988 roku grupa skupiała 834 członków, a liczba ta wzrosła do 1 650 w 1997 roku. Ta sama grupa występująca obecnie pod marką Novation (dzięki fuzji UHC i VHA) liczy już ponad 2 200 członków. Szacuje się, że w 1992 roku 88% szpitali było członkami grup zakupowych, a w 1994 roku tylko 27 amerykańskich szpitali (z łącznej liczby blisko 7 tys.) nie należało do żadnej organizacji zakupowej [Weinstein 2006]. Aktualnie 98%, a więc praktycznie wszystkie szpitale rejonowe (community hospitals), bierze udział w formie grupowego zamawiania. Przekłada się to na wynik w taki sposób, że każdy szpital należy średnio od 1,6 do 2,6 grupy zakupowej. W praktyce oznacza to na ogół przynależność do jednej dużej grupy o zasięgu ogólnokrajowym i do jednej lub więcej działających lokalnie [Burns 2002], choć istnieją szpitale współpracujące jednocześnie z 4 grupami. Tabela 3.1. ilustruje ranking 20 Szpitalnych Grup Zakupowych w USA uszeregowanych według liczby członków, którzy do nich należeli w 2010 roku. Pierwsza piątka to organizacje skupiające od 1 do ponad 2 tys. szpitali oraz innych dostawców usług w sektorze.

Zjawiska fuzji i przejęć przedsiębiorstw nie są wyłączną domeną usługodawców w ochronie zdrowia. Procesy te dotyczyły wszystkich grup – uczestników tego rynku, a więc także producentów, wytwórców i dostawców wyrobów medycznych i produktów leczniczych, jak również tego ogniwa, którym są organizacje zakupów grupowych. W przemyśle farmaceutycznym i medycznym w zasadzie wciąż trwają procesy zakupu i łączenia firm. Ich genezą są nie tylko przesłanki czysto rynkowe, bowiem decydują o nich także względy podyktowane chęcią zwiększania efektywności w obszarze badań i rozwoju (działów R&D). Jeszcze inna przyczyna to strategie budowania portfeli produktów zawierających zarówno produkty brandowe, oryginalne, jak i produkty generyczne, a więc kopie możliwe do wytwarzania po wygaśnięciu ochrony patentowej.

Przesłanki do konsolidacji podmiotów wśród Szpitalnych Grup Zakupowych na rynku amerykańskim miały przede wszystkim podłoże ekonomiczne. Siła przetargowa wobec dostawców wyrobów i produktów wynika z wolumenu

zakupów, a ten jest pochodną liczby klientów, dla których mają być one zrealizowane. Zatem naturalną tendencją było i jest zwiększanie liczby członków zrzeszonych w grupie, co jest stosunkowo trudne do osiągnięcia na drodze organicznego wzrostu, jeśli rynek jest względnie ustabilizowany pod względem liczby podmiotów. Stąd działania w kierunku pozyskania klientów innej grupy zakupowej na drodze jej przejęcia, zakupu fuzji. W latach 90. XX wieku i na początku obecnego wieku miała miejsce masowa konsolidacja podmiotów na rynku grup zakupowych, w wyniku czego większość kontraktów szpitalnych została skupiona w rękach niewielkiej liczby Szpitalnych Grup Zakupowych.

Tabela 3.1. Ranking największych Szpitalnych Grup Zakupowych (GPOs) w USA pod względem liczby członków – zrzeszonych szpitali

Group Purchasing Organization – nazwa organizacji	Miasto – siedziba	Stan	Liczba członków
MedAssets Supply Chain Systems	Alpharetta	Georgia	2035
AmeriNet Central	Warrendale	Pensylwania	1827
Premier	San Diego	Kalifornia	1406
VHA Inc	Irving	Texas	1333
Novation	Irving	Texas	1291
HealthTrust Purchasing Group	Brentwood	Tennessee	999
Provista	Irving	Texas	872
PrimeNet	Chesterbrook	Pensylwania	843
MAGNET	Mechanicsburg	Pensylwania	773
Broadlane Group, The	Dallas	Texas	768
Managed Healthcare Associates (MHA)	Florham Park	New Jersey	668
AmeriNet-Providence	Providence	Rhode Island	475
University Health System Consortium (UHC)	Oak Brook	Illinois	350
AllHealth Amerinet	New Cumberland	Pensylwania	312
Direct Medical Equipment & Supplies	Richmond	Wirginia	304
Hospital Central Services Cooperative	Allentown	Pensylwania	234
VHA Mid-America	Overland Park	Kansas	168
United States Department of Veterans Affairs	Washington	Dystrykt Kolumbii	163
HSNE Inc	Trumbull	Connecticut	161
VHA Central	Indianapolis	Indiana	161

Źródło: [Billian's HealthDATA 2010].

Tempo i skalę konsolidacji w tej branży może ilustrować następujący przykład: w 1994 roku zarządzanie większością kontraktów było rozproszone pomiędzy 56 GPOs, zaś w ostatnich latach nie więcej niż 6 największych grup

administruje kontraktami o wartości 25 mld dolarów, które dotyczą 80% spośród łącznej liczby 5 400 szpitali typu „acute care”, a więc tych o profilu ogólnym, z ostrą opieką medyczną [Weinstein 2006].

W wyniku takich procesów na rynku grup zakupowych w amerykańskim sektorze ochrony zdrowia ukształtowała się struktura, w której 7 największych organizacji kontroluje 85% wszystkich zamówień lokowanych za pośrednictwem organizacji zakupowych. Dane te pochodzą z raportu [U.S. GAO 2003] amerykańskiej agencji rządowej United States General Accounting Office, która posłużyła się danymi pochodzącymi od grup zakupowych (GPOs) za pośrednictwem ich organizacji branżowej o nazwie Healthcare Group Purchasing Industry Initiative (w skrócie HGPII). Powodem, dla którego w 2005 roku podjęto inicjatywę stworzenia takiej organizacji, był brak obiektywnych źródeł informacji na temat działalności Szpitalnych Grup Zakupowych, jak również chęć stworzenia płaszczyzny wymiany i dzielenia się najlepszymi praktykami oraz promowanie publicznej jawności i odpowiedzialności tych organizacji¹.

Tabela 3.2. Wolumen zakupów 7 największych grup zakupowych spośród łącznej kwoty kontraktów w ramach zakupów skonsolidowanych w branży medycznej na rynku amerykańskim w 2002 roku

Szpitalna Grupa Zakupowa (Group Purchasing Organization, GPO)	Wolumen zakupów w mln USD
GPO1	14 330
GPO2	14 413
GPO3	4 400
GPO4	3 233
GPO5	2 837
GPO6	2 564
GPO7	1 466
Total	43 243

Źródło: [U.S. GAO 2003].

¹ Analizując wszelkie dane na temat wielkości, wartości i struktury rynku, na którym działają Szpitalne Grupy Zakupowe, należy jednak mieć świadomość, że w zasadzie brak jest obiektywnych źródeł informacji na ten temat. Większość liczących się na rynku amerykańskim grup zakupowych to przedsiębiorstwa prywatne, które nie są zobligowane do publicznej sprawozdawczości finansowej w pełnym zakresie. Zatem dobrowolnie udostępniane przez nie dane są trudne do weryfikacji, nie dając kompletnego obrazu sytuacji rynkowej oraz układu sił konkurencyjnych w sektorze. Większość danych pochodzi z badań ankietowych, kwestionariuszowych prowadzonych wśród grup zakupowych oraz wśród ich klientów, tj. szpitali i innych usługodawców. O ile niezbyt precyzyjne mogą być informacje o dokładnej wielkości samego rynku czy udziałów w nim poszczególnych grup, o tyle już szacunki dotyczące wyników działań operacyjnych, a więc konkretnych efektów oszczędności uzyskanych na drodze konsolidacji zakupów, pozyskane od klientów grup są znacznie dokładniejsze i bardziej precyzyjne.

Dziewięć przedsiębiorstw – grup, będących sygnatariuszami powołania HGPII, reprezentuje 80% całkowitego rynku działalności Szpitalnych Grup Zakupowych. Odnosząca się do tych samych badań tabela 3.2. ukazuje wartościowy wolumen zakupów zrealizowanych w USA w 2002 roku za pośrednictwem 7 największych grup zakupowych. Oprócz tego, że pierwsza siódemka praktycznie kontroluje rynek, to z wartości około 43 mld USD łącznego wolumenu tych grup aż 66% jest realizowanych przez 2 największe grupy. Jednak raport U.S. GAO nie ujawnia ich z nazwy, podając tylko, iż każda z nich skupia po mniej więcej 1 500 członków. Te 2 organizacje pośredniczyły jednocześnie w zakupach ponad 70% wartości wolumenu zakupów pierwszej siódemki w obszarze wyrobów medycznych z przeznaczeniem dla chirurgii.

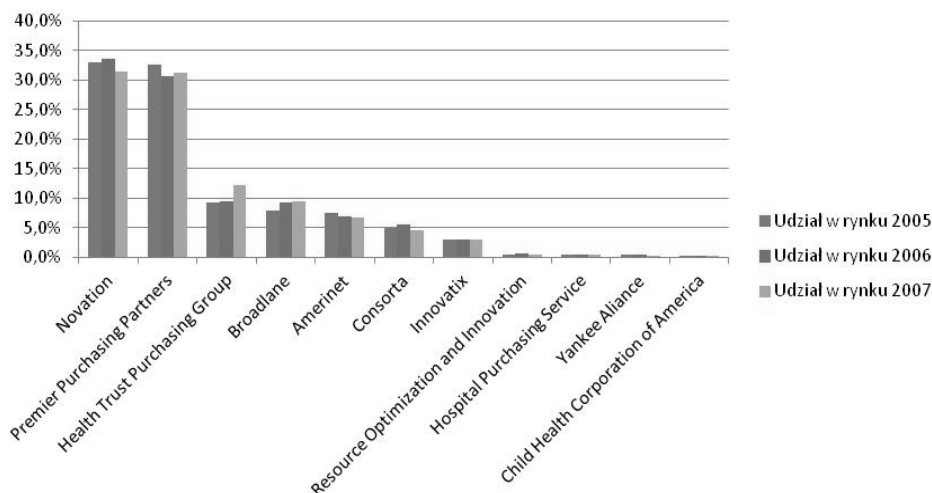
Układ sił konkurencyjnych w branży Szpitalnych Grup Zakupowych, jaki wykształcił się w USA kilka lat później, ilustrują wykres 3.1. i tabela 3.3. zawierające dane źródłowe. Dane publikowane przez S. Prakash Sethi można porównać z wcześniejszymi, pochodzącymi z GAO, jako że te również wykorzystują dane raportowane przez grupy zakupowe. Proporcje wielkości wolumenów zakupowych pozwalają sądzić, że układ sił pozostał ten sam, co oznacza, że 2 największe firmy nie zmieniły swoich miejsc, zaś podwoiły wartość kontraktów w ciągu 5 lat. Z kolei pierwsza trójka: Novation, Premier i HealthTrust Purchasing Group, skupiają około 75% rynku zakupów szpitalnych dokonywanych drogą konsolidacji. Jak ocenia Sethi, tego typu układ koncentracji sił przy kilkuset podmiotach w branży wskazuje na cechy rynku oligopolistycznego, charakterystycznego dla dojrzałych branż: zwiększanie dochodowości na drodze konsolidacji, wysokie bariery wejścia dla nowych podmiotów oraz pozacenowa rywalizacja pomiędzy głównymi konkurentami.

Szacunki dotyczące wolumenu zamówień, w których pośredniczą poszczególne grupy zakupowe, nie dają jeszcze całościowego obrazu wielkości rynku, na którym te podmioty operują. Określenie wielkości rynku dla konsolidacji zakupów w ochronie zdrowia wymaga precyzyjnego zdefiniowania zakresu podmiotowego, do którego dana grupa kieruje swoją strategią. Ma to z kolei związek z architekturą i organizacją systemu opieki zdrowotnej w danym kraju oraz strukturą wydatków i polityką finansowania systemu. System amerykański, będący kolebką rozwoju Szpitalnych Grup Zakupowych, cechuje się znacznie rozwiniętą opieką długoterminową i pielęgniarską, która – jak już wcześniej określono – jest nie mniej interesująca i ważna jako rynek dla działania grup.

Oceniając zatem wielkość rynku, należy przyjmować właściwą perspektywę uwzględniającą wszystkie grupy podmiotów, lub też świadomie ograniczając jego zakres podmiotowy na przykład tylko do rynku szpitali jako dominującego w systemie, co jest charakterystyczne dla systemu funkcjonującego w Polsce. Jednak większość źródeł danych odnośnie do rynku amerykańskiego uwzględnia

obydwa obszary. Dwójka ekspertów Eugene S. Schneller i Larry R. Smeltzer z zakresu tematyki Szpitalnych Grup Zakupowych w swojej publikacji z 2006 roku twierdzi, że rynek działania grup zakupowych w szpitalach i domach opieki wynosił w tamtym czasie odpowiednio 148 i 165 mld USD, a prognozy jego rozwoju do 2009 roku wynosiły odpowiednio 257 i 287 mld USD [Schneller i Smeltzer 2006]. Charakterystyczne jest to, że rynek szpitali szacuje się nawet na nieco mniejszy w ujęciu wartościowym od opieki pielęgniarskiej i długoterminowej.

Wykres 3.1. Udziały w rynku amerykańskim 10 największych Szpitalnych Grup Zakupowych (GPOs) w latach 2005–2007



Źródło: [Sethi 2009, s. 27].

Tabela 3.3. Wolumen zakupów w mln \$ i wynikające z tego udziały w rynku amerykańskim 10 największych Szpitalnych Grup Zakupowych (GPOs) w latach 2005–2007

Szpitalna Grupa Zakupowa (Group Purchasing Organization)	2005		2006		2007	
	Wolumen zakupów w mln USD	Udział w rynku	Wolumen zakupów w mln USD	Udział w rynku	Wolumen zakupów w mln USD	Udział w rynku
Novation	27 800	33,1%	31 600	33,4%	33 100	31,5%
Premier Purchasing Partners	27 397	32,6%	28 968	30,7%	33 000	31,3%
Health Trust Purchasing Group	7 860	9,4%	8 950	9,5%	12 900	12,2%
Broadlane	6 579	7,8%	8 672	9,2%	10 000	9,5%
Amerinet	6 350	7,6%	6 500	6,9%	7 000	6,6%
Consorta	4 240	5,0%	5 159	5,5%	4 750	4,5%

Innovatix	2 500	3,0%	2 900	3,1%	3 200	3,0%
Resource Optimization and Innovation	446	0,5%	532	0,6%	551	0,5%
Hospital Purchasing Service	373	0,4%	429	0,5%	390	0,4%
Yankee Alliance	305	0,4%	342	0,4%	347	0,3%
Child Health Corporation of America	187	0,2%	190	0,2%	185	0,2%
Total	84 037	100%	94 242	100%	105 423	100%

Źródło: [Sethi 2009, s. 27].

Jeden z tych autorów w kolejnym badaniu [Schneller 2009] przyjął nieco inną metodologię określenia wielkości rynku. Podaje, iż 310 mld USD to wielkość wszystkich kosztów szpitali amerykańskich, z wyłączeniem kosztów pracowniczych, z których teoretycznie większość może stanowić potencjalny rynek dla konsolidacji. Respondenci jego badań określili, że za pośrednictwem grup zakupowych lokują 72,8% wszystkich swoich zamówień kierowanych do dostawców zaopatrzenia medycznego, co daje potencjalny rynek o wartości ponad 225 mld USD. Jest to wynik zbieżny z wcześniejszymi szacunkami.

Inne źródło, jakim jest The Health Industry Distributors Association (w skrócie HIDA), w swoim raporcie z 2006 roku *GPO Market Report* stwierdziła, iż rynek wart był wówczas 125 mld USD, a jego wartość w 2015 roku wyniesie 225 mld.

Biorąc zatem pod uwagę, że przytoczone raporty i szacunki były sporządzone kilka lat temu, można przyjąć, że orientacyjna wartość rynku dla działań operacyjnych Szpitalnych Grup Zakupowych w USA wynosi obecnie około 200 mld USD – w samym tylko leczeniu szpitalnym.

3.2. Klasyfikacja Szpitalnych Grup Zakupowych na rynku amerykańskim oraz kierunki i zakres ich współpracy w procesach zaopatrzenia medycznego

Struktura własnościowa organizacji zakupów grupowych decyduje o możliwości wyróżnienia kilku kategorii tych przedsiębiorstw. Klasyfikacja grup zakupowych na rynku amerykańskim jest pewną konsekwencją historycznych uwarunkowań i ewolucyjnych zmian w zakresie struktury własnościowej przedsiębiorstw opieki zdrowotnej, czyli dostawców usług, a więc przede wszystkim szpitali i domów opieki społecznej. Kilkadziesiąt lat temu dominowały wśród nich podmioty o charakterze non profit, stąd pierwsze grupy zakupowe to także organizacje nienastawione na zysk. Aktualnie w USA nadal najwięcej jest grup o charakterze non profit, jednak największe organizacje zakupowe to zdecydowanie typowo biznesowe przedsiębiorstwa [Pritchard 2012].

Przynależność do grupy zakupowej może mieć charakter dobrowolnego członkostwa w grupie zarządzanej przez podmiot zewnętrzny lub też charakter akcjonariatu, w którym poszczególne szpitale (domy opieki i inni dostawcy usług) jako członkowie grupy są prawnymi udziałowcami przedsiębiorstwa będącego grupą zakupową.

Dobrowolne członkostwo oznacza korzystanie z usług grupy zakupowej, co wiąże się z odpłatnością za nie. Szpital wnosi jednorazową opłatę członkowską z tytułu przystąpienia do grup oraz roczną opłatę członkowską, której wielkość jest uzależniona od wielkości szpitala i wynikającego z tego wolumenu zakupów. Część tych wydatków może ulec zmniejszeniu na drodze dobrowolnego dystrybuowania dodatkowych zysków GPOs pomiędzy członków grupy po uwzględnieniu kosztów operacyjnych działania, jednak decyzja taka należy do zarządu grupy. Mimo że członkowie takiej grupy zakupowej nie są jej udziałowcami, mogą w pewnym zakresie wpływać na podejmowanie decyzji grupy, jednak w praktyce możliwości te są mocno ograniczone z uwagi na bardzo dużą liczbę członków grupy [Sethi 2009].

Dруга kategoria to grupy, w których członkowie są jej współwłaścicielami. W związku z tym poprzez swoją reprezentację w zarządzie przedsiębiorstwa realnie decydują o kierunkach działania grupy. Liczebność grup zakupowych pod względem jej członków sprawia, że z punktu widzenia pojedynczego szpitala realny wpływ na decyzyjność także nie jest duży. W tej kategorii dominują grupy o charakterze non profit, co wynika z tego, że ich misją jest działanie na rzecz kształtowania możliwie najbardziej optymalnego poziomu kosztów zaopatrzenia swoich członków. Tworzą zatem organizację, która nie musi zarabiać jako samodzielne przedsiębiorstwo, ale jedynie bilansować swoją działalność, zaś beneficjentami tej działalności są członkowie grupy.

Część autorów (między innymi Sethi) wyróżnia także trzeci model grup – hybrydowe, będące prywatnymi, nastawionymi na zysk organizacjami, w których udziały posiadają zarówno pojedyncze szpitale, sieci szpitali i innych podmiotów opieki zdrowotnej (laboratoria, ambulatoria, domy opieki), jak i inni udziałowcy prywatni. Prywatny inwestor ma na ogół większościowe udziały i on decyduje o zarządzaniu taką grupą. Do tej kategorii należą dwie największe obecnie Szpitalne Grupy Zakupowe w USA: Novation i Premier.

Struktura własnościowa to niejedyne kryterium, na podstawie którego można różnicować organizacje zakupowe. Różnią się one między sobą także profilem obsługiwanych klientów, co też częściowo wiąże się ze strukturą własnościową. Jedne skupiają się niemal wyłącznie na szpitalach, inne z kolei koncentrują się na domach opieki społecznej, indywidualnych praktykach lekarskich, laboratoriach. Jednak w ostatnich latach coraz częściej zdarza się, że grupy zakupowe dywersyfikują portfele swoich klientów, starając się mieć miks kategorii, co wpływa na zwiększenie stabilności prowadzonej działalności oraz zwiększa

skalę zakupów, a dzięki temu siłę przetargową wobec dostawców. Dążąc do zwiększania liczby członków danej grupy, wychodzą one w ten sposób poza grono szpitali, dla których zostały powołane. Przykładem jest sieć Tenet, która oprócz swoich 112 szpitali, z którymi jest powiązana kapitałowo, współpracuje również ze szpitalami non profit [Burns 2002].

Kolejne kryterium to geograficzny zasięg działania grup zakupowych. Zdecydowana większość operuje w skali regionu, co w warunkach amerykańskich oznacza zasięg jednego, dwóch stanów. Przykładem jest grupa zakupowa o nazwie Greater New York Hospital Association (w skrócie GNYHA). Organizacja ta, sięgająca tradycją pierwszych lat XX wieku, skupia 250 szpitali i zakładów opieki długoterminowej, zarówno prywatnych, jak i publicznych, zlokalizowanych nie tylko w samym mieście i stanie Nowy Jork, lecz także w okolicach New Jersey, Connecticut i Rhode Island. Grupy zakupowe o zasięgu ogólnokrajowym powstają najczęściej w wyniku konsolidacji organizacji regionalnych, tworząc megagrupy, czego przykładem jest Premier powstały w wyniku fuzji trzech grup: Sun – Health Alliance (działający na terenie Karoliny Północnej i Południowej), American Healthcare Systems (powstały z kolei w wyniku wcześniejszej fuzji grup z Arizony i Missouri) i Premier Health Alliance (wywodzący się z Illinois). W 2001 roku grupa Premier miała 207 udziałowców zarządzających 956 szpitalami, a kolejne 871 podmiotów korzystało z usług – kontraktów zakupowych tej grupy. Inna grupa – Novation – skupia 87 akademickich centrów medycznych i 102 placówki należące do HealthSystem Consortium (UHC) oraz 2 200 szpitali lokalnych – członków Voluntary Hospitals of America (w skrócie VHA) [Burns 2002].

Świadczeniodawcy w systemach opieki zdrowotnej korzystają z dostawców w kilku kluczowych obszarach zaopatrzenia: produkty lecznicze, wyroby medyczne jednorazowego użytku, diagnostyka obrazowa, implanty i protezy, żywienie i dietetyka, środki czystości oraz artykuły biurowe. Tak szerokie spektrum obejmuje, w zależności od profilu i wielkości placówki, od 30 do 50 tysięcy pozycji asortymentowych zamawianych w ciągu roku [Burns 2002]. Wyroby medyczne i produkty lecznicze stanowią największy ciężar wartościowy w strukturze wydatków na te cele, jednak nie wszystkie produkty z tych dwóch kategorii podlegają kontraktacji za pośrednictwem grup zakupowych. W zależności od typu produktu poszczególne pozycje asortymentowe mogą być nabywane drogą jednego z dwóch kanałów dystrybucji: sprzedaż bezpośrednia od wytwórcy do klienta szpitalnego lub sprzedaż z udziałem pośrednika w postaci hurtowni lub dystrybutora. W jednym i drugim przypadku kontrakty mogą być negocjowane za pośrednictwem podmiotu trzeciego, reprezentującego szpital, a więc Szpitalnej Grupy Zakupowej. W efekcie możliwe są cztery warianty ścieżki biznesowej z udziałem lub bez partnerów biznesowych pośredniczących w negocjacjach warunków zakupów i dostaw oraz sposobu dystrybucji (tabela 3.4.).

Wybór strategii w zakresie kontraktowania oraz sposobu dystrybucji z udziałem pośredników w tych procesach uzależniony jest od kilku czynników, z których decydującą rolę odgrywają: [Burns 2002]

- stopień specjalizacji produktów – im produkt prostszy i powszechniej stosowany, mający wiele substytutów, tym łatwiejszy do procesowania w kooperacji z zewnętrznymi partnerami,
- wolumen zakupów – wyroby wysoko rotujące to typowa domena pośredników,
- zaawansowanie technologiczne i w konsekwencji pozycjonowanie produktu – produkty wartościowe, specjalistyczne czy wręcz klasy premium z reguły zostają pod całkowitą kontrolą wytwórcy, także w zakresie procesu sprzedaży i dystrybucji.

Tabela 3.4. Możliwe warianty udziału pośredników w kontraktowaniu oraz dostawach w zależności od kategorii produktów

	Dostawcy kontraktujący za pośrednictwem Szpitalnych Grup Zakupowych	Dostawcy kontraktujący bez udziału Szpitalnych Grup Zakupowych
Dostawcy korzystający z usług hurtowników i/lub dystrybutorów	<ul style="list-style-type: none"> • Wyroby medyczne o niskiej wartości i wysokim wolumenie • Leki generyczne 	<ul style="list-style-type: none"> • Wybrane leki brandowe (onkologia, kardiologia naczyniowa) • Produkty specjalistyczne o niskim wolumenie ilościowym – leki generyczne
Dostawcy realizujący dostawy bezpośrednie	<ul style="list-style-type: none"> • Implanty i protezy oraz wyroby medyczne powszechnie stosowane („low-endowe”) • Leki brandowe (oryginalne) 	<ul style="list-style-type: none"> • Implanty i protezy oraz wyroby medyczne o wyższym standardzie („high-endowe”) • Wysoko wartościowe produkty specjalistyczne o niewielkim wolumenie

Źródło: [Burns 2002, s. 43].

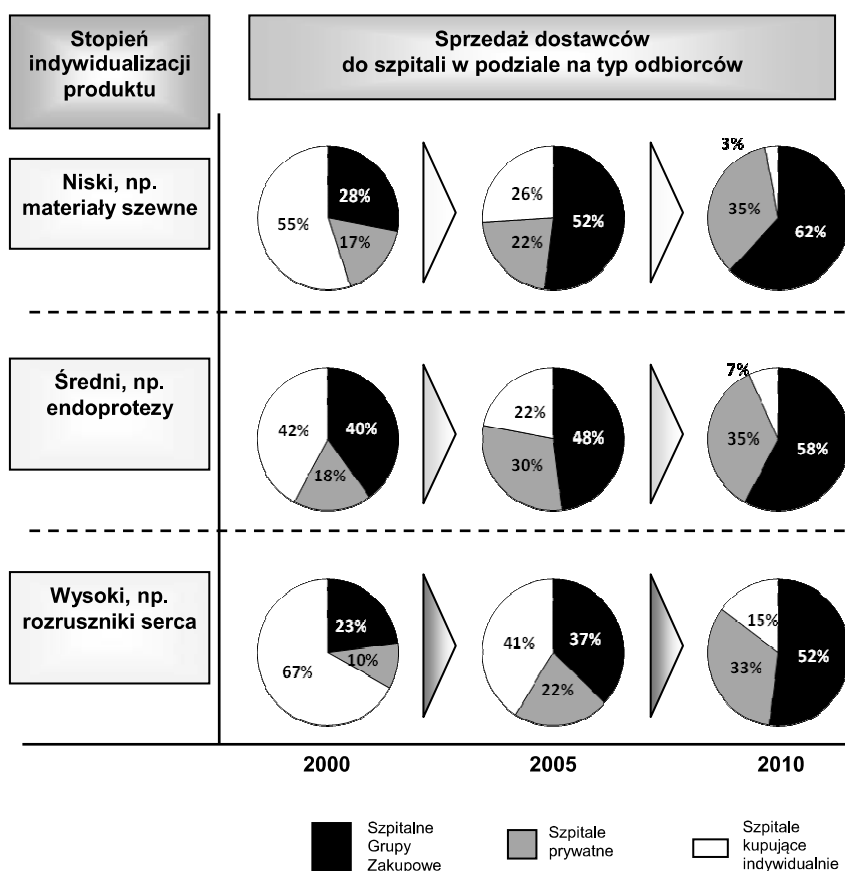
Można zatem stwierdzić, że stopień specjalizacji produktu – w kontekście jego przeznaczenia oraz technologii niezbędnej do zastosowania w celu jego wytworzenia – decyduje w dużej mierze o zakresie podlegającym negocjacom z udziałem GPOs. Produkty specjalistyczne należą bowiem do grupy wyrobów podlegających indywidualnym preferencjom użytkowników² i obejmują przede wszystkim takie kategorie, jak: stenty, porty naczyniowe, protezy ortopedyczne, zastawki i rozruszniki serca, implanty kręgosłupowe itp. Są to wyroby, których zastosowanie jest uzależnione od indywidualnych wskazań i stanu pacjenta, co utrudnia często planowanie zamówień z zapasem oraz łatwą zastępowalność produktów.

² „Physician preference items” (PPI) [Physician Preference Item (PPI) Consulting 2013].

Można jednakże zauważyć wzrost, jaki nastąpił na przestrzeni dziesięciu lat, roli zorganizowanych, grupowych form zakupu w zależności od stopnia zróżnicowania, to jest specjalizacji produktu (rys. 3.1.). Stopień specjalizacji i zaawansowanie technologiczne nie stanowią bariery zastosowania i rozwoju strategii zakupów grupowych, a jedynie tempo wykorzystania tego kanału jest nieco wolniejsze w przypadku produktów bardziej wyrafinowanych.

Właśnie w przypadku wysokiego stopnia indywidualizacji produktu można zaobserwować najwyższą sprzedaż w ciągu ostatnich pięciu lat, tj. 2005–2010, wzrost o 15%, gdy na niskim i średnim stopniu indywidualizacji odnotowano w tym samym okresie wzrost o 10%.

Rysunek 3.1. Rozwój sprzedaży z udziałem GPOs poszczególnych poziomów specjalizacji produktów



Źródło: [Kruetten, Rautenberg i Liefner 2005, s. 12].

Zatem również specjalistyczny sprzęt kardiologiczny stanowi przykład asortymentu, na którym można wykazać zasadność grupowania zamówień, choć z pewnością w przypadku takich produktów nie ma miejsca na standaryzację czy unifikację potrzeb. Efekt skali będzie jednak możliwy do osiągnięcia dzięki temu, że część takiego asortymentu pochodzi od dostawców, którzy w swoich ofertach mają także inne produkty ulokowane w specyfikacjach członków grupy.

3.3. Istota funkcjonowania oraz przedmiotowy zakres usług Szpitalnych Grup Zakupowych

Idea stworzenia wspólnej grupy zakupowej przez różne szpitale polega na zagregowaniu popytu wielu podmiotów, których łączny wolumen deklarowanych potrzeb zakupowych daje bez porównania większą siłę przetargową wobec dostawców niż każdego szpitala osobno. Ta skumulowana siła negocjacyjna pozwala osiągnąć efekt w postaci lepszych warunków zakupu dla szpitala niż w przypadku pojedynczego klienta. Efekt ten dotyczy przede wszystkim:

- niższych cen zakupu,
- lepszych warunków obsługi w postaci np. szerszego zakresu serwisu posprzedażowego,
- standaryzacji i unifikacji asortymentu stosowanego w różnych placówkach, które z kolei przełożą się na rzetelność dostaw.

Poza wymiernymi ekonomicznymi warunkami zakupów członkowie grupy zakupowej mogą liczyć także na szereg innych korzyści, którymi są między innymi transfer wiedzy oraz wysoka innowacyjność oferowanych produktów. Te dodatkowe korzyści nie zawsze byłyby możliwe do osiągnięcia w porównywalnym stopniu w przypadku indywidualnej współpracy z dostawcą, gdyż cena oferty przekraczałaby możliwości finansowe pojedynczego nabywcy, jak również czas dotarcia z ofertą do indywidualnych klientów byłby bez porównania dłuższy niż przedstawienie tego zorganizowanej grupie.

Amerykański model funkcjonowania Szpitalnych Grup Zakupowych opiera się na założeniu, iż dominująca – ponad 50% – część łącznych przychodów tych organizacji pochodzi z tytułu opłat administracyjnych wnoszonych przez wytwórców i dystrybutorów zamawianego asortymentu. Kontraktowa opłata administracyjna („contract administrative fee” – CAF) jest zapłatą za gwarancję ze strony Szpitalnej Grupy Zakupowej zapewnienia minimalnego wolumenu łącznych zamówień pochodzących od uczestników konsorcjum zakupowego, w zamian za co otrzymuje specjalne warunki cenowe dla ilości zadeklarowanych przez dostawcę wyrobów lub usług. Aby zapewnić minimalny wolumen niezbędny dla osiągnięcia atrakcyjnych warunków cenowych, zarządzający grupą

zakupową musi zapewnić odpowiednią dyscyplinę zamówień wśród swoich członków. Osiąga to przede wszystkim na drodze uzależnienia dostępu do rabatu i wynegocjowanej, obniżonej ceny od deklaracji w zakresie tego, jaki procent swoich całkowitych potrzeb w danym zakresie asortymentowym będzie realizowany w ramach kontraktów grupowych. Na ogół wymaga się, aby 50–95% łącznych potrzeb zakupowych dla danego produktu było realizowanych u dostawców, z którymi grupa zawarła kontrakty. Warunki cenowe zakupu stają się tym atrakcyjniejsze, im większy jest procentowy udział zamówień lokowanych tą drogą. Jest to więc kilkupoziomowy system rabatów. Grupy zakupowe zawierają z producentami trzyletnie i dłuższe kontrakty cenowe, wobec czego również członkom grupy oferują możliwie najdłuższe umowy, zwiększając poziom rabatowania w zależności od długości trwania kontraktu.

Wysokość kontraktowej opłaty administracyjnej (CAF) stanowiła w przeszłości narzędzie konkurowania pomiędzy grupami zakupowymi, które starały się mieć lepsze warunki dla dostawców. Stopniowo jednak uzyskiwały dominującą pozycję w negocjacjach i to wytwórcy zaczęli zabiegać o kontrakty grup, za którymi stoją rynki zbytu. Grupy zakupowe zaczęły więc podnosić stawki opłat administracyjnych, co budziło w przeszłości wiele kontrowersji i stworzyło konieczność usankcjonowania stosownymi regulacjami prawnymi w tym zakresie³. Obecnie CAF wynosi do 3% wartości kontraktowanego wolumenu dostaw.

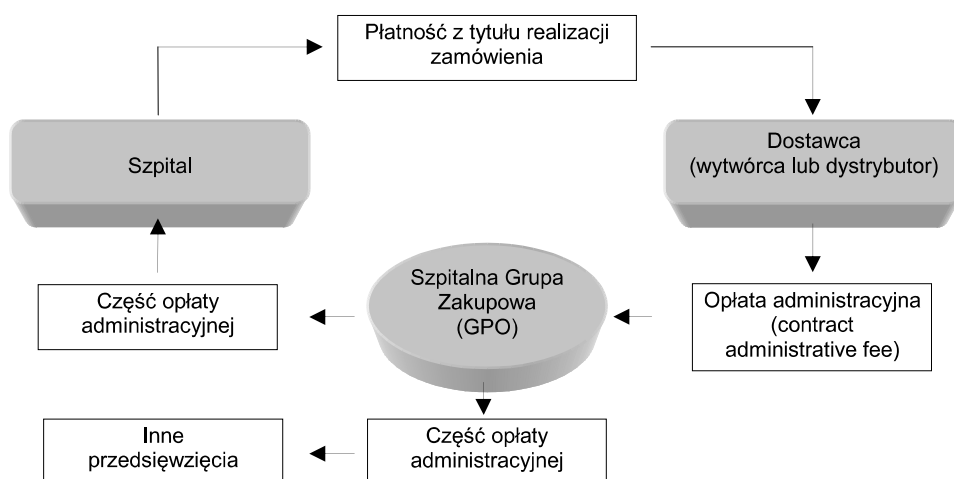
Schemat przepływów pieniężnych w modelu współpracy dostawców ze szpitalami, gdzie kontrakty realizuje się z udziałem Szpitalnej Grupy Zakupowej, ilustruje rysunek 3.2. Strumień w postaci płatności z tytułu realizacji zamówienia do szpitala odbywa się bez udziału grupy zakupowej. Jest ona natomiast odbiorcą opłaty administracyjnej, której część redystrybuuje z powrotem do członka grupy zakupowej w formie swoistej premii za realizację założonych celów w zakresie poziomu zamówień, noszącej nazwę „shareback fee” [Pritchard 2012]. Jest to działanie stosowane od kilkunastu lat przez komercyjne grupy zakupowe jako narzędzie marketingowe, którym konkurują między sobą w walce o pozyskanie i utrzymanie klientów – członków grupy.

Ważnym elementem polityki handlowej realizowanej przez menedżerów zarządzających Szpitalną Grupą Zakupową wobec swoich członków jest upowszechnianie poglądu, że członkostwo w grupie daje długofalowe korzyści nie tylko w postaci lepszych cen zakupu, lecz także obniżenia kosztów operacyjnych działania dzięki przejściu większości działań administracyjnych przez personel operatora, czyli grupy [Weinstein 2006]. Przykładem takich działań jest jeden

³ Safe Harbor Regulations – zbiór przepisów prawnych regulujących praktyki biznesowe, w tym dopuszczalne stawki prowizji i opłat pobieranych z tytułu usług na rzecz dostawców towarów i usług oraz członkostwa w grupach zakupowych, wprowadzony w 1987 roku do antykorupcyjnej ustawy Social Security Act [Safe Harbor Regulations 2013].

z kluczowych etapów poprzedzających samą konsolidację zamówień wielu placówek, a mianowicie standaryzacja produktów i usług w każdej z nich, a następnie unifikacja zestawień asortymentowych, co ma doprowadzić do zredukowania liczby pozycji asortymentowych. Na rynku medycznym i farmaceutycznym istnieje wiele produktów, które mają swoje odpowiedniki i zamienniki spełniające te same potrzeby użytkowników, choć specyfikacje tych produktów wskazują, że są to pozornie różniące się produkty. W istocie jednak różnie nazwane i opisane produkty mogą z powodzeniem spełniać te same funkcje, są więc wobec siebie całkowicie substytucyjne. Standaryzacja i unifikacja asortymentu stanowi jeden z kluczowych obszarów redukcji kosztów zaopatrzenia medycznego, bowiem pozwala zwiększyć wolumen tej kategorii, na którą zamieniono kilka innych, co na wejściu pozwala oczekiwać korzystniejszej ceny. Także z punktu widzenia producenta nadmierne rozdrobnienie produkowanego asortymentu zwiększa jednostkowe koszty produkcji. Oczywiście zwiększanie liczby produktów w portfolio firmy jest celowym działaniem marketingowym, jednak w sytuacji kumulowania zamówień z udziałem pośrednika strategia marketingowa nabiera innego charakteru.

Rysunek 3.2. Przepływy pieniężne związane z zamówieniami szpitalnymi realizowanymi za pośrednictwem Szpitalnej Grupy Zakupowej (GPO)



Źródło: [Weisntein 2006, s. 794].

Działania służące standaryzacji i unifikacji asortymentu, który jest następnie przedmiotem negocjacji z dostawcami, stanowią drugie najważniejsze – obok samych negocjacji – zadanie w katalogu działań personelu grup zakupowych. Jednocześnie jednak jest to niezbędny etap poprzedzający same negocjacje, wymagający dysponowania wieloma kompetencjami, jak choćby szeroką

znajomością portfolio wielu porównywalnych produktów różnych dostawców oraz ich specyfiki i zakresu zastosowania. Nie mniej ważny atrybut to sprawność w konsultowaniu i wpływaniu na finalnych użytkowników produktów w szpitalu, aby zaakceptowali ewentualne wymiany asortymentu w celu osiągnięcia założonej unifikacji. Organizacja pracy personelu grup zakupowych odpowiedzialnego za unifikację specyfikacji asortymentowych w codziennej praktyce wymaga niemal ciągłej obecności w placówce opieki zdrowotnej, stąd wiele GPOs wręcz dzierżawi w szpitalach biura dla specjalistów produktowych, którzy na miejscu pracują wraz z klientem. Praktyce pozyskiwania przez amerykańskie GPOs nowych klientów, którzy wcześniej realizowali samodzielnie większość procesów zakupowych, towarzyszyło przejmowanie części personelu szpitalnego, który zmieniał nieco charakter pracy, lecz w istocie pozostawał w swoim zawodzie. W związku z tym zarządzanie zasobami ludzkimi w wyniku outsourcingu wielu działań operacyjnych poza struktury organizacyjne szpitala czy innego dostawcy usług nie musi oznaczać konieczności likwidacji stanowisk pracy skutkującej jej utratą przez personel placówki.

Proces kontraktacji wyrobów i usług medycznych przez Szpitalne Grupy Zakupowe przebiega na ogół w kilku etapach [United States Government Accountability Office 2010]:

- identyfikacja i wybór produktów, które mają być umieszczone w kontrakcie,
- zaproszenie dostawców do przedstawienia ofert,
- przegląd i weryfikacja złożonych ofert,
- jakościowa ocena produktów,
- negocjacje warunków kontraktu,
- wybór oferty i ogłoszenie wyniku.

Wzrost efektywności procesów zakupowych prowadzonych w grupie wiąże się z powierzeniem szeregu prac i czynności negocjacyjnych, zakupowych, prawnych i administracyjnych najpierw liderowi grupy, a następnie zewnętrznemu podmiotowi. W modelu amerykańskim jest nim bądź spółka córka grupy zakupowej, bądź też podmiot trzeci – operator [*Improving Health Care: A Dose of Competition* 2004]. W rozwiniętych modelach funkcjonujących już w Europie Zachodniej i USA usługi operatora obsługującego grupę znacznie wykraczają poza sam proces zakupu. Warto wymienić takie obszary współdziałania, jak [www.premierinc.com, www.gnyha.com oraz www.amerinet-gpo.com]:

- wzajemna pomoc i wsparcie prawne członków grupy ze strony operatora;
- koordynacja badań klinicznych prowadzonych przez przemysł w placówkach medycznych,
- konsulting finansowy i zarządczy,
- prowadzenie platformy dla spójnych działań promocyjnych, dostawców, w postaci organizacji szkoleń produktowych,
- działania PR w zakresie ważnych problemów z zakresu ochrony zdrowia.

Szerszy opis zakresu działalności Szpitalnych Grup Zakupowych ilustruje tabela 3.5. zawierająca katalog usług oferowanych w 2008 roku przez sześć największych amerykańskich GPOs. Widać z niego, że obok kontraktowania produktów standaryzacja i unifikacja asortymentu stosowanego w szpitalu to przedmiot działalności wszystkich grup, które znalazły się w grupie badawczej, a biorąc pod uwagę zaprezentowaną wcześniej koncentrację udziałów rynkowych czołowych firm w tej branży, oznacza to, że jest to praktycznie standard rynkowy. Równie często oferowaną usługą jest ocena technologii medycznych – zarówno aktualnie stosowanych w szpitalu, jak i potencjalnie możliwych do wdrożenia w danej placówce i aktywnie promowanych w danym czasie przez konkretnych wytwórców i dostawców. Między innymi na podstawie doświadczeń GPOs z innych placówek oraz wiedzy eksperckiej z zakresu technologii medycznych szacuje się np., jakie będą konsekwencje budżetowe wprowadzenia danego produktu i zastąpienia nim wcześniej stosowanych oraz jak to może wpłynąć na czas realizacji i wycenę usług medycznych placówki.

Zdecydowana większość Szpitalnych Grup Zakupowych oferuje także usługi zarządcze w wielu innych obszarach gospodarki zaopatrzenia medycznego w szpitalach, jak choćby zarządzanie całym łańcuchem dostaw. Wiąże się to z wymogami nowoczesnych systemów dystrybucyjnych wspierających ekonomiczne aspekty gospodarki szpitala, w tym wprowadzanie standardów i procedur medycznych oraz kontrolę indywidualnych kosztów leczenia, co wymaga zwiększonego zaplecza lokalowego, sprzętowego i logistycznego.

„Standardem terapeutycznym w Europie stało się wprowadzenie do logistyki zaopatrzenia szpitali europejskich systemu dawek indywidualnych – »unit dose«. Należy dodać, że np. w USA jedynie 3% szpitali nie dysponuje takim systemem dystrybucji. System ten umożliwia nie tylko monitorowanie całego procesu farmakoterapii, ale przede wszystkim skutecznie eliminuje możliwości pomyłek i błędów medycznych (wykazywana w literaturze redukcja błędów medycznych z 40% do 2%). Należy tutaj zatem mówić o zdecydowanej poprawie bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii przy jednoczesnym minimalizowaniu efektów działań niepożądanych, stanowiących, jak wiadomo, jeden z globalnych problemów współczesnej farmakoterapii” [Grześkowiak 2009].

Doradztwo w zakresie obiegu materiałów i wyrobów medycznych to z kolei obszar, który wiąże się z wprowadzaniem w szpitalach nowoczesnych systemów elektronicznej identyfikacji oraz rejestracji procesów i czynności w ramach realizowanych procedur medycznych, które generują zużycie wyrobów i zastosowanie sprzętu podczas realizacji usług dla konkretnych pacjentów. Agregacja tych informacji w układzie procedur przypisanych personalnie pacjentowi możliwa jest między innymi dzięki nowoczesnym systemom EDI, na podstawie takich rozwiązań, jak np. paszport produktu pozwalający na skanowanie i zarządzanie wieloma informacjami w systemie. Wymiana doświadczeń i benchmar-

king takich rozwiązań na rynku dostarczanych przez GPOs to wartościowe źródło prawidłowego wdrożenia i optymalizacji procesów w tym obszarze.

Tabela 3.5. Usługi oferowane w 2008 roku przez 6 największych GPOs na rynku amerykańskim

Zakres działalności – rodzaj świadczonej usługi	GPO					
	A	B	C	D	E	F
Kontraktowanie produktów	V	V	V	V	V	V
Standaryzacja i unifikacja asortymentu	V	V	V	V	V	V
Ocena technologii medycznych	V	V	V	V	V	V
Analiza łańcucha dostaw	V	V	V	V	V	
Handel elektroniczny	V	V	V	V	V	
Doradztwo w zakresie zarządzania gospodarką materiałową (obiegami materiałów i wyrobów) w placówce	V	V	V	V	V	
Analizy porównawcze	V	V	V	V	V	
Medyczne kształcenie zawodowe	V	V		V	V	V
Badania rynku	V	V	V	V		
Outsourcing zarządzania materiałowego	V	V			V	
Usługi dotyczące bezpieczeństwa pacjenta	V	V	V			
Produkty i usługi marketingowe	V	V		V		
Usługi ubezpieczeniowe	V	V				
Zarządzanie przychodami (revenue management)	V	V				
Składowanie i magazynowanie	V					
Usługi serwisowe i naprawcze	V					
Inne			V		V	V

Źródło: [United States Government Accountability Office 2010].

W katalogu usług najczęściej oferowanych przez Szpitalne Grupy Zakupowe warto zwrócić uwagę na jeszcze co najmniej dwa działania: handel elektroniczny i medyczne kształcenie zawodowe. Praktycznie każda GPO oferuje nowoczesne rozwiązania w zakresie zakupów drogą elektroniczną, opierające się na webowych technologiach chmury. Są to narzędzia wymiany informacji pomiędzy szpitalami a dostawcami, będące także bazami danych dostawców i oferentów. Zawierają też instrumenty do porównywania produktów na podstawie zadanych parametrów oraz ich tolerancji pozwalającej na optymalny wybór funkcjonalno-jakościowo-cenowy (wyjściowy cennik bazowy) produktów stanowiących podstawę do opisu specyfikacji. Część operatorów wykorzystuje je także do organizowania aukcji elektronicznych z wieloma nowoczesnymi odmianami, jak aukcje holenderskie, odwrócone itp.

Szpitalne Grupy Zakupowe stwarzają także platformy wymiany informacji o charakterze szkoleniowym, naukowym i promocyjnym. Są one organizatorami szkoleń, konferencji, seminariów czy sympozjów dla personelu medycznego różnych szczebli. O ile personel lekarski ma własne kanały rozwoju zawodowego o charakterze naukowym, jak zjazdy towarzystw czy międzynarodowe kongresy, o tyle inne grupy zawodowe mają te możliwości znacznie bardziej ograniczone. Grupy zakupowe tworzą płaszczyznę wymiany informacji pomiędzy przemysłem a użytkownikami – członkami grup, co znacznie usprawnia tempo i optymalizuje koszty wzajemnego dzielenia się doświadczeniami i realizacją promocji. Działania operatora (grupy zakupowej) wykraczające poza negocjacje cenowe, a w szczególności współpraca z dostawcami polegająca na koordynacji promocji produktów, usług, technologii w wykonaniu sił sprzedażowych i marketingowych oferentów, służą przede wszystkim transferowi innowacji technologicznej pod postacią nowych produktów i usług. W zależności od odpowiedzi rynku, a więc zainteresowania i w konsekwencji preferencji produktowych w postaci zapotrzebowania na produkty zgłaszanego przez indywidualnych użytkowników (głównie lekarzy) w poszczególnych szpitalach, powstają ramy specyfikacji asortymentowych dla dalszych zamówień. Rolą operatora na tym etapie jest scalenie, unifikacja i standaryzacja tych specyfikacji pochodzących od poszczególnych członków grupy zakupowej. Jednocześnie na tym etapie rozpoczyna się analiza akceptowalnego dla wszystkich nabywców w grupie poziomu kosztów, jakie niesie z sobą zakup innowacyjnych rozwiązań. Rolą operatora grupy zakupowej jest tutaj wypracowanie wspólnego dla wszystkich jej członków kompromisu pomiędzy dążeniem do uzyskania maksymalnej użyteczności z zakupu możliwie najwyższego standardu i jakości nabywanych wyrobów oraz usług a koniecznością dążenia do obniżenia kosztów zakupów danego zakresu asortymentowego.

Poza atrakcyjniejszymi warunkami zakupów członkowie grupy zakupowej mogą liczyć na szereg innych korzyści, których w dotychczasowym modelu zakupowym odnieść nie sposób. Jedno ze wspomnianych wcześniej źródeł wzrostu efektywności procesów zakupowych prowadzonych w grupie wiąże się z powierzeniem szeregu prac i czynności negocjacyjnych, zakupowych, prawnych i administracyjnych najpierw liderowi grupy, a następnie zewnętrznemu podmiotowi. W modelu amerykańskim jest nim bądź spółka córka grupy zakupowej, bądź też podmiot trzeci – operator.

Praca nad warunkami kontraktu w fazie negocjacyjnej odbywa się z wykorzystaniem różnych praktyk stosowanych przez GPOs w celu osiągnięcia większych rabatów dla członków grupy. Jedną z najpopularniejszych strategii jest przyznawanie prawa wyłączności (*sole source*) jednemu lub kilku dostawcom porównywalnych wyrobów do sprzedawania produktów wszystkim klientom grupy. Inną praktyką, czasem stosowaną równoległe z uprzednią, jest pakie-

towanie produktów (*bundling*), czyli łączenie ich w grupy w celu uzależnienia poziomu rabatu od specyficznego zakresu asortymentowego zamówienia. W zależności od produktu pakiet może obejmować produkty jednego lub kilku dostawców. Produkty mogą być dobierane na zasadzie podobnych obszarów zastosowania, jak np. ubrania jednorazowe (ochraniacze obuwia, czepki, maski), lub też niezwiązane z sobą, np. wkłucia dożylnie i obłożenia [United States Government Accountability Office 2010]. Kolejnym narzędziem wykorzystywanym w negocjacjach zarówno przez SGZ, jak i wytwórców jest uzależnianie poziomu rabatowania od zobowiązania (*commitment*) co do wielkości zakupu w relacji procentowej do całkowitego wolumenu potrzeb zamawiającego w zakresie danego asortymentu. Na przykład wytwórca oferuje wyższy rabat pod warunkiem zamówienia minimum 80% ilości potrzebnych produktów tylko u tego dostawcy. Instrumentem różnicującym kontrakty jest także długość ich trwania. Dla produktów o niskiej wartości jednostkowej oraz małym stopniu skomplikowania technologicznego, co nie pociąga za sobą ryzyka utraty wartości wskutek pojawienia się produktów nowszych, zmieniających radykalnie sposób zastosowania, stosuje się pięcioletnie i nawet dłuższe umowy z wytwórcami. Innym elementem negocjacji jest wspomniana wcześniej wysokość kontraktowej opłaty administracyjnej – CAF.

Wśród praktyk stosowanych przez dostawców wyrobów i usług wobec członków Szpitalnych Grup Zakupowych warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną strategię, określaną *market loss leader* [Langabeer II 2008]. Polega ona na sprzedaży wybranego produktu ze stratą w celu przyciągnięcia uwagi klienta i jego pozyskania dla sprzedaży innych produktów dochodowych, nierzadko klasy premium. W tym celu wybiera się produkt albo będący w bardzo wczesnej fazie cyklu życia, albo produkt schyłkowy, niedający już zadowalających perspektyw wzrostu w realiach tradycyjnych warunków handlowych, to znaczy poza kontraktami grupowymi. Przyjęcie takiej strategii pozwala wytwórcy uchronić produkty premium przed obniżeniem oraz erozją cen w wysoce konkurencyjnych procesach negocjacji warunków zakupów grupowych, bowiem takie produkty wysoko pozycjonowane są często oferowane w kanale bezpośredniej współpracy wytwórców/dostawców ze szpitalami, zachowując możliwie wysokie marże sprzedaży.

Należy przyznać, że rozwój niektórych strategii działań GPOs budził w przeszłości sporo kontrowersji, co stało się przedmiotem krytyki stosowanych przez te organizacje praktyk. Główne zarzuty dotyczyły monopolizacji rynku w wyniku wysokiej koncentracji udziałów rynkowych największych grup oraz ograniczania konkurencji ze strony dostawców. Szczególnie kontrowersyjna była praktyka udzielania kontraktów na dostawy na zasadzie wyłączności jednemu lub niewielu dostawcom danego asortymentu, co – w połączeniu z dominującą pozycją ryn-

kową określonej GPO – praktycznie uniemożliwiało dostęp do rynku innym oferentom. Zdaniem niektórych krytyków bariery wejścia na rynek były tak duże, że praktycznie blokowały wprowadzanie nowych technologii bądź możliwość zaistnienia mniejszych firm, proponujących często tańsze produkty.

W odpowiedzi na te zarzuty powstała inicjatywa stworzenia branżowego kodeksu postępowania (*code of conduct*), który zobowiązywałby do stosowania wspólnych standardów postępowania i dostosowania indywidualnych, wewnętrznych kodeksów zasad, jakie mają poszczególne organizacje, do jednolitych wytycznych. 24 lipca 2002 roku amerykańskie stowarzyszenie zrzeszające Szpitalne Grupy Zakupowe o nazwie Health Industry Group Purchasing Association (w skrócie HIGPA) przyjęło kodeks zasad dotyczących praktyk biznesowych obowiązujących grupy zakupowe [Healthcare Supply Chain Association 2013]. HIGPA reprezentuje nie tylko 28 największych GPOs działających na terenie Stanów Zjednoczonych, lecz także systemy i sieci usługodawców opieki zdrowotnej, jak również wytwórców i dostawców. Przykładowe reguły zapisane w kodeksie, do przestrzegania których zobowiązuje się Szpitalne Grupy Zakupowe, dotyczą:

- umożliwienia szpitalom i innym usługodawcom zamawiania wyrobów medycznych stanowiących indywidualne preferencje kliniczne nabywców (*clinical preference items*) bezpośrednio od wytwórców i dostawców,
- wdrożenia zasad otwartego dostępu do negocjacji wszystkim zainteresowanym dostawcom,
- uczestniczenia w procesach oceny i swobodnego dostępu do rynku nowych produktów i technologii,
- wyeliminowania potencjalnych konfliktów interesów w postaci wpływu oferentów na decydentów kontraktów za pomocą korzyści majątkowych, gratyfikacji itp.,
- ustalenia standardów ocen, procedur i osoby odpowiedzialnej za przestrzeganie zasad kodeksu w GPOs.

Branżowy kodeks etyki biznesowej Szpitalnych Grup Zakupowych w USA zawiera ponadto szereg zapisów zobowiązujących jego sygnatariuszy oraz całe stowarzyszenie HIGPA do regularnego publikowania szeregu informacji. Począwszy od sprawozdań cyklicznych (głównie rocznych), aż po bieżące udostępnianie na stronach internetowych ofert szkoleniowych, informacji o produktach i usługach, raportów certyfikujących zgodność działań z zasadami etyki kodeksu.

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną inicjatywę etyczną, należącą z kolei do samych GPOs, a mianowicie na powstałą w maju 2005 roku organizację o nazwie Healthcare Group Purchasing Industry Initiative (w skrócie HGPII), której członkami–założycielami byli prezesi największych GPOs:

- Amerinet, Inc.,
- Broadlane, Inc.,
- Child Health Corporation of America (CHCA),
- Consorta, Inc.,
- GNYHA Ventures, Inc.,
- HealthTrust Purchasing Group,
- MedAssets Supply Chain Systems,
- Novation, LLC,
- Premier, Inc.

HIGPII nie jest organizacją branżową, która – jak HIGPA – ma dbać o interesy całej branży zaopatrzenia medycznego, ale jedynie promować zasady i standardy etyczne samych GPOs. Przyjęty przez nią kodeks etyczny jest w dużym stopniu zbieżny z kodeksem branżowym, natomiast powstała organizacja ta zobowiązała się do jeszcze bardziej transparentnego prezentowania sposobu wywiązywania się z tych zasad. Służy temu przede wszystkim publikowany corocznie raport tej organizacji [Healthcare Group Purchasing Industry Initiative 2012].

3.4. Szpitalny łańcuch dostaw w procesie tworzenia wartości dla pacjenta

Organizowanie wspólnych zakupów przez grupę szpitali determinuje określone warunki dla kształtowania łańcucha dostaw do każdego z nich. O ile płaszczyzna fizycznej dystrybucji towarów od dostawców i pośredników (hurtownie, dystrybutorzy) do szpitala nie różni się zasadniczo w zależności od formy zakupów, tj. indywidualnych czy grupowych, o tyle sfera wymiany informacji pomiędzy uczestnikami łańcucha dostaw odgrywa kluczową rolę. Przepływ informacji i wzajemne relacje między partnerami łańcucha są nie tylko pierwotne w stosunku do fizycznego przepływu towarów i usług, ale to one głównie decydują o kreowaniu wartości dodanej w kolejnych etapach łańcucha.

Rolę wymiany informacji w zarządzaniu łańcuchem dostaw eksponuje L. Johansson, który uważa, że „...wszyscy uczestnicy łańcucha dostaw powinni być właściwie informowani. W zarządzaniu łańcuchem dostaw punkty styku oraz przepływy informacji pomiędzy różnymi ogniwami łańcucha dostaw są krytycznymi elementami dla ostatecznych wyników jego funkcjonowania” [Johansson 1994, s. 525].

Akcent na integrację procesów biznesowych w łańcuchu dostaw w aspekcie kreowania wartości dodanej dla klienta i pozostałych uczestników łańcucha dostaw można znaleźć w koncepcji takich autorów, jak: D. Lambert, M. Cooper i J. Pagh (tabela 3.6.). Z kolei M. Christopher zwraca uwagę na konieczność

zarządzania relacjami wzdłuż całego łańcucha – tak, by kreowaniu wartości towarzyszyła optymalizacja kosztów tych procesów.

W takim ujęciu relacji łańcucha dostaw i łańcucha tworzenia wartości rodzą się dwie kluczowe wątpliwości dotyczące kreowania wartości dodanej na rynku usług szpitalnych:

- 1) istota wartości dla pacjenta korzystającego z usług szpitalnych;
- 2) odgrywane role i zadania:
 - integratora i koordynatora przepływu informacji w dół i w górę łańcucha zaopatrzenia medycznego,
 - optymalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali,
 - kształtowania partnerskich relacji biznesowych pomiędzy wszystkimi podmiotami, a zwłaszcza dostawcami produktów i usług oraz szpitalami.

Tabela 3.6. Zestawienie wybranych interpretacji zarządzania łańcuchem dostaw

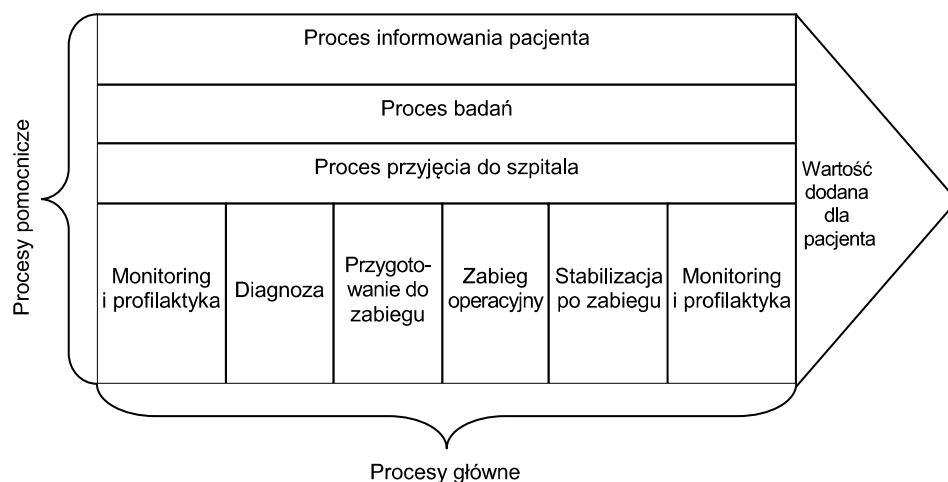
Rok	Autor	Definicja
1994	L. Johansson	„W zarządzaniu łańcuchem dostaw punkty styku oraz przepływy informacji pomiędzy różnymi ogniwami łańcucha dostaw są krytycznymi elementami dla ostatecznych wyników jego funkcjonowania”
1998	D. Lambert, M. Cooper, J. Pagh	„...integracja kluczowych procesów biznesowych od końcowych użytkowników, poprzez początkowych dostawców, którzy dostarczają produkty, usługi i informacje oraz dodają wartość dla klientów i innych udziałowców łańcucha dostaw”
1998	M. Christopher	„Zarządzanie relacjami z dostawcami i klientami w górę i dół łańcucha w celu dostarczenia najwyższej wartości dla klientów i przy kosztach niższych z punktu widzenia łańcucha dostaw jako całości”

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [Rutkowski 2004].

Dla pacjenta liczy się efekt końcowy w postaci zaspokojenia jego potrzeby zdrowotnej, z powodu której znalazł się w szpitalu. W pewnym uproszczeniu można to sprowadzić do procesu leczenia, na który składają się między innymi takie elementy, jak: faza badań poprzedzających diagnozę, kwalifikacja i przygotowanie pacjenta do zabiegu, interwencja operacyjna, monitoring i faza badań obserwacyjnych po zabiegu, rehabilitacja oraz inne. Wśród nich można wyróżnić działania i funkcje podstawowe oraz pomocnicze, co obrazuje schemat łańcucha wartości Portera, zaadaptowany na potrzeby analizy wartości dodanej z punktu widzenia pacjenta (rys. 3.3.). Wartość dla pacjenta to efekt terapeutyczny, jaki zostanie osiągnięty na drodze realizacji wszystkich procesów głównych i pomocniczych. Jednak na potrzeby prowadzonych rozważań istotne jest dostrzeżenie związku pomiędzy składowymi i etapami procesu leczniczego, na które wpływ mają decyzje zakupowe szpitala oraz działania zewnętrznego podmiotu obecnego w łańcuchu dostaw.

Kształtowanie łańcucha wartości dla pacjenta ukazuje, że praktycznie w ramach wszystkich procesów, zarówno głównych, jak i pomocniczych, ma się do czynienia z wykorzystaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych, które szpital musi kupić. Pominąwszy kwestię wyposażenia trwałego i całej sfery inwestycji, która może być także częściowo obsługiwana przez zewnętrznego operatora zakupowego, całość asortymentu podlegającego regularnym zakupom i zużyciu na poszczególnych etapach procesu terapeutycznego w szpitalu może być objęta procesem konsolidacji zakupów. Warto również spojrzeć na łańcuch kreowania wartości z punktu widzenia innych ról i funkcji zewnętrznego operatora – grupy zakupowej, do jakich należy na przykład koordynacja przepływu informacji w łańcuchu, w tym informacji o produkcie dla użytkownika czy też wsparcia dostawcy dla szpitala przy tworzeniu indywidualnego programu terapeutycznego dla pacjenta. To także są przykłady na to, że potencjalny zasięg oddziaływania takiego koordynatora dotyczy praktycznie całego szpitala i procesów, jakie w nim zachodzą.

Rysunek 3.3. Łańcuch powstawania wartości dodanej dla pacjenta w procesie leczenia szpitalnego



Źródło: Opracowanie własne.

Dlatego też na podstawie przeprowadzonych rozważań można stwierdzić, że rolę koordynatora i integratora przepływu informacji, kształtowania relacji między podmiotami w łańcuchu oraz optymalizacji kosztów zakupu może odgrywać Szpitalna Grupa Zakupowa.

3.5. Szpitalne Grupy Zakupowe w łańcuchu zaopatrzenia medycznego szpitala w USA i w Polsce

Szpital jest świadczeniodawcą, którego klientem i finalnym konsumentem usług medycznych jest pacjent jako ostateczny beneficjent wartości dodanej wytworzonej przez medyczny łańcuch zaopatrzenia. Określenie miejsca i roli Szpitalnych Grup Zakupowych w funkcjonowaniu łańcucha zaopatrzenia medycznego szpitala implikuje treść i zakres wymiany informacji oraz relacje tych podmiotów z dostawcami wyrobów i usług medycznych z jednej strony i finalnymi ich użytkownikami, czyli szpitalami, z drugiej strony.

W typowym łańcuchu zaopatrzenia medycznego wykorzystującym funkcjonowanie Szpitalnych Grup Zakupowych wyróżnić można trzy grupy uczestników:

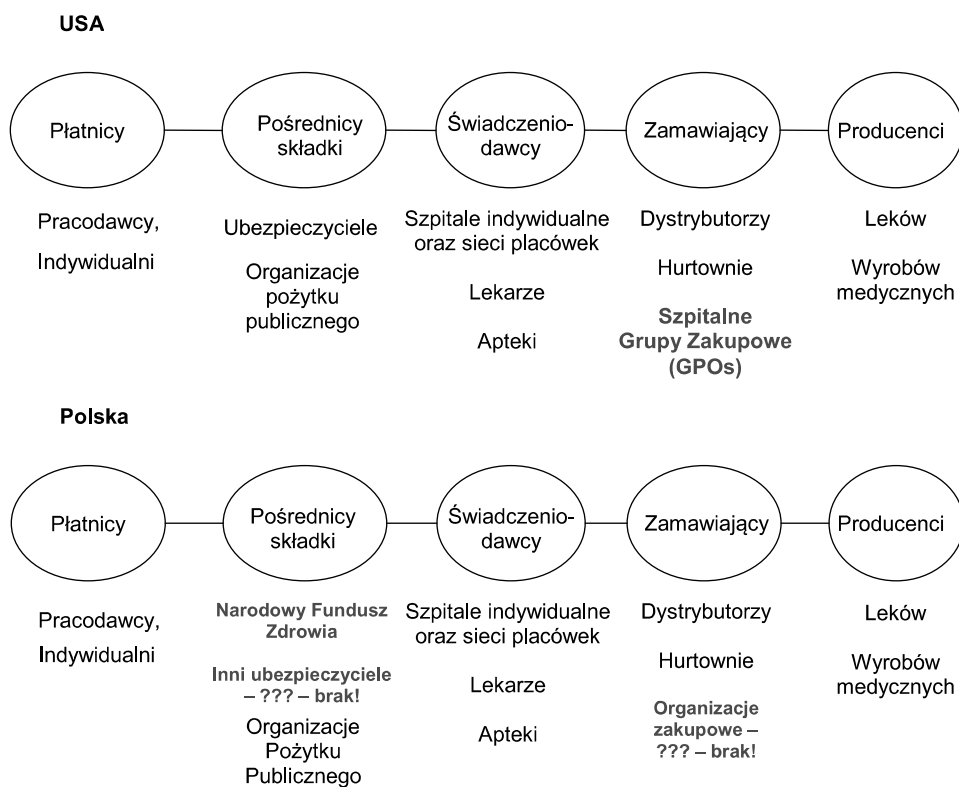
- producentów i wytwórców produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- zamawiających i pośredniczących w wymianie, a więc hurtownie, dystrybutorów oraz Szpitalne Grupy Zakupowe,
- świadczeniodawców, czyli podmioty wykonujące usługę leczniczą wobec pacjenta: indywidualne szpitale i sieci placówek leczniczych oraz lekarze indywidualni i apteki.

Producenci dostarczają produkty w ilościach określonych przez dystrybutorów i grupy zakupowe jako sumę zagregowanego popytu szpitali, które skonsolidowały swoje siły w celu zwiększenia siły przetargowej wobec dostawców (rys. 3.4.). Świadczeniodawcy opieki zdrowotnej, którymi są szpitale, konsumują dostarczane wyroby i produkty, realizując w ten sposób usługę medyczną dla pacjenta. Ta zaś finansowana jest przez płatnika – indywidualnego bądź systemowego. Dla właściwego postrzegania przebiegu procesów zaopatrzenia medycznego szpitala z udziałem grup zakupowych ważne jest odnotowanie, że podmioty te nie biorą udziału w fizycznym obiegu towarów i tym samym nie są włączone w obieg płatności. Zewnętrzne, samodzielne i odrębne od pozostałych uczestników wymiany podmioty, jakimi są Szpitalne Grupy Zakupowe, negocjują w imieniu i na rzecz szpitali, zaś finansowane są z dwóch źródeł: opłata członkowska od szpitala z tytułu przynależności do grupy oraz opłata administracyjna pokrywana przez dostawców jako procent od wartości wynegocjowanych i realizowanych dostaw.

Tak przebiegający łańcuch powstawania wartości usługi medycznej oraz źródeł i mechanizmu jej finansowania ma miejsce w amerykańskim systemie leczenia szpitalnego. Szpitalne Grupy Zakupowe mają w nim trwałe miejsce i pozycję ugruntowaną wieloletnim doświadczeniem. Porównując ten system z realiami polskimi (rys. 3.4.) – widać nie tylko brak obecności i doświadczeń organizacji zakupowych, lecz także zasadniczą różnicę w sposobie finansowania

świadczenia szpitalnego. Polega ona na braku konkurencji dla jedyne go płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, będący w tej sytuacji monopolistą w dystrybucji składki, wyrażającej się wielkością kontraktu. Może mieć to realny związek z zarządzaniem kosztami zaopatrzenia medycznego, bowiem brak konkurencji nie zachęca bezpośrednio do konkurencyjności kosztowej placówek świadczących podobne usługi. Zmiana tego elementu systemu byłaby zatem dodatkowym katalizatorem zmian w strategiach zakupowych szpitali, szczególnie publicznych i nienastawionych na zysk.

Rysunek 3.4. Łańcuch tworzenia wartości na rynku usług szpitalnych – porównanie systemu polskiego i amerykańskiego



Źródło: Opracowanie własne.