Zakończenie

U progu 2015 roku karta historii rozwoju Szpitalnych Grup Zakupowych na rynku medycznym w Polsce nadal zapisana jest nielicznymi próbami skonsolidowania zakupów przez większą liczbę podmiotów. Dotychczas dokonano pojedynczych zakupów na potrzeby grup szpitali i dotyczyły one na ogół asortymentu niemedycznego, jak energia, materiały biurowe, ewentualnie bardzo prostych – z punktu widzenia specyfikacji – grup wyrobów, jak na przykład gazów medycznych. Podjęte dotąd działania były wyraźnie skoncentrowane na jednym celu w postaci możliwych do osiągnięcia przez szpitale oszczędności, dzięki obniżeniu cen jednostkowych, w porównaniu z historycznymi transakcjami w każdym z podmiotów leczniczych. Zupełnie pomija się natomiast inne argumenty na rzecz tworzenia aliansów zakupowych, które szczególnie w fazie debiutu takiej działalności na rynku polskim stwarzałyby przyjazny dla wszystkich uczestników rynku klimat dla zmian i wprowadzania innowacji. Szczególnie ważne wydaje się zachęcenie producentów i dostawców do nowych form współpracy i nawiązanie dialogu na linii: grupy zakupowe – ich operatorzy (podmioty komercyjne) – dostawcy, ukierunkowanego na wypracowanie rozwiązań typu win-win, w których korzyści będą dyskontowali wszyscy uczestnicy łańcucha tworzenia wartości dodanej. Brak postaw promujących oferowanie rzeczywistej wartości dodanej przez rodzimych operatorów grup zakupowych pojawiających się na polskim rynku medycznym wynikać może z wielu przyczyn. Prawdopodobnie jedną z fundamentalnych jest brak doświadczenia i know-how, jakim dysponują operatorzy działający na rynkach dojrzałych, choć żadne wzorce nie mogą tu być bezpośrednią kopią z uwagi na specyfikę polskiego systemu zamówień publicznych. Kolejną przyczyną może być brak należytej wrażliwości na specyfikę rynku medycznego, gdzie złożoność, mnogość i specjalizacja asortymentu wymagają szerokiej wiedzy fachowej, bez której nie da się łatwo implementować rozwiązań z innych branż. Największym jednak zagrożeniem, które

może prowadzić do fiaska wdrażania nowych koncepcji współpracy, jest świadome działanie operatorów skoncentrowane na celu obniżki cen zaopatrzenia jako jedynym. Taki model organizacji procesów w dłuższej perspektywie nie przyniesie nawet samym szpitalom pożądanych efektów, z czego powinni zdawać sobie sprawę również menedżerowie szpitali, także uczący się tych nowych rozwiązań. Jeśli bowiem producenci i dostawcy będą zmuszani do obniżania cen, to w efekcie będą obniżali koszty, co z czasem przełoży się na jakość szeroko pojętego serwisu i oferty marketingowej. W stopniu nie mniejszym niż o interes szpitala operator musi więc zatroszczyć się o korzyści dla producenta i dostawcy. Głównym potencjałem jest tutaj możliwość zwiększenia wolumenu sprzedaży dzięki szybszemu dotarciu do grupy w miejsce pojedynczego szpitala i osiągnięciu przewagi konkurencyjnej. To powinno w znacznym stopniu rekompensować lub nawet przewyższyć koszty z tytułu konieczności obniżenia ceny. Kolejnym źródłem tworzenia wspólnej wartości (koncepcja „shared value" M.E. Portera) jest optymalizacja asortymentu pochodzącego od wielu użytkowników i tworzenie wspólnej specyfikacji opartej o mniejszą liczbę pojedynczych pozycji dzięki znalezieniu zamienników. Korzyścią dla producenta jest optymalizacja kosztów logistyki i produkcji, a nawet działalności marketingowej, zaś szpital zarządza mniejszymi stanami magazynowymi, proceduje nad skróconą listą potrzeb, co ułatwia funkcjonowanie i zasadniczą pracę personelu medycznego i administracji.

Istotne i pożądane wydaje się więc zwrócenie uwagi przez wszystkich uczestników rynku na realny wkład Szpitalnych Grup Zakupowych, a przede wszystkim reprezentujących ich operatorów, w konieczność takiego konstruowania ich produktów i usług, które będą wyzwalały potencjał wzrostu wartości dodanej w łańcuchu powstawania usługi medycznej. Rezerwuarów tworzenia i wzrostu tej wartości jest wiele na polu współpracy tych trzech stron jako potencjalnych partnerów. Powodzenie takiego podejścia do zaopatrzenia medycznego uzależnione jest od dbałości o harmonijne wypracowanie rozwiązań, w których korzyści odnajdą wszyscy uczestnicy rynku.

Charakterystyka poziomu, sposobu i tempa zmian finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, której poświęcono obszerną część opracowania, ukazuje dystans dzielący tę istotną sferę rodzimego życia publicznego od systemów funkcjonujących w większości krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Przedstawienie danych pochodzących z polskiego rynku na tle tej właśnie grupy wydaje się o tyle miarodajne, że OECD stanowi forum wspierające kraje członkowskie w dążeniach do osiągania jak najwyższego poziomu wzrostu gospodarczego i stopy życiowej obywateli, którą wymiernie kształtuje właśnie poziom usług systemu opieki zdrowotnej. Skalę tego dystansu obrazują różnice w nakładach na systemy pomiędzy Polską a krajami wiodącymi w rozwoju, jak: USA, Holandia, Francja, Niemcy, wynoszące od około 50% do 100%.

Oprócz wysokiego poziomu wydatków na system opieki co roku obserwuje się ich relatywny wzrost spowodowany przede wszystkim zwiększającym się popytem na świadczenia w następstwie wydłużania się życia i starzenia społeczeństw. Drugi, nie mniej ważny czynnik wzrostu to rozwój technologii medycznych, które stają się coraz bardziej kosztowne. Przy czym według danych amerykańskiej Fundacji Henry Kaisera [kff.org], zajmującej się najróżniejszymi aspektami ochrony zdrowia, wyraźny jest trend polegający na proporcjonalnym spadku udziału leków w wydatkach, przy jednoczesnym wzroście rachunków za sprzęt [Young i in. 2013]. Ostatnie lata cechuje wprawdzie wyraźny spadek tempa przyrostu tych wydatków, wynikający z ogólnej sytuacji ekonomicznej uwarunkowanej ogólnoświatowym kryzysem, jednak pojawiają się już prognozy wzrostu tego tempa w latach 2015–2020 w miarę dostrzegania symptomów przesilenia najbardziej negatywnych nurtów w światowej gospodarce [The Kaiser Family Foundation 2013].

Mimo tak wysokich środków przeznaczanych na opiekę medyczną w innych krajach także tam okazują się one niewystarczające, czego przykładem jest próba podjęcia gruntownych reform systemu w USA, gdzie poziom finansowania jest najwyższy i wynosi około 17% produktu krajowego brutto. Przyjęta przez Kongres amerykański w 2010 roku ustawa o nazwie The Affordable Care Act [www.healthcare.gov], popularnie zwana Obamacare, ma pomóc zmniejszyć deficyt spowodowany brakiem ubezpieczenia ponad 50 mln Amerykanów i w efekcie znaleźć źródło finansowania kosztów udzielanych im świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanych w znacznej mierze przez szpitale.

Wysokie i ciągle rosnące wydatki na systemy opieki zdrowotnej w skali globalnej oraz wzrost kosztów zaopatrzenia medycznego, ze szczególną dynamiką w obszarze sprzętu medycznego, to geneza poszukiwań skutecznych strategii racjonalizacji kosztów na światowych rynkach usług medycznych. Konsolidacja zakupów na drodze tworzenia Szpitalnych Grup Zakupowych okazała się skutecznym sposobem uzyskania wymiernych oszczędności dzięki redukcji kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali na wielu wiodących rynkach, jak na przykład amerykański i niemiecki, co zaprezentowano w opracowaniu.

W monografii dokonano próby kompleksowego ukazania nowatorskiej w warunkach polskich metody racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali na podstawie tworzenia Szpitalnych Grup Zakupowych. Realizacja tej próby przebiegała drogą rozważań dotyczących następujących grup tematycznych:

- umiejscowienie procesów zakupowych w zarządzaniu szpitalem gospodarującym mieniem publicznym,
- charakterystyka sektora ochrony zdrowia w Polsce, z wyeksponowaniem struktury, organizacji i sposobu funkcjonowania szpitalnictwa,

- poziom finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce w porównaniu z krajami wiodącymi oraz sytuacja demograficzna Polski na tle świata jako kluczowe determinanty kształtujące rynek usług zdrowotnych i w konsekwencji jego potrzeby zaopatrzeniowe,
- geneza powstania i idea funkcjonowania Szpitalnych Grup Zakupowych na ich gruncie macierzystym, to jest w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej,
- analiza doświadczeń i korzyści płynących z funkcjonowania zakupów skonsolidowanych na rynkach amerykańskim i niemieckim,
- opis oraz wnioski z badań bezpośrednich za pomocą ankiety badawczej, przeprowadzonych w ponad 10% szpitali publicznych w Polsce, zmierzające do ustalenia poziomu i struktury kosztów zaopatrzenia medycznego w polskich szpitalach,
- opis oraz wnioski z badań z użyciem techniki wywiadu bezpośredniego, przeprowadzonych wśród menedżerów publicznych polskich szpitali, dotyczące otwartości na zmiany sposobu organizacji zakupów i gotowości podjęcia inicjatywy w postaci uczestnictwa w Szpitalnych Grupach Zakupowych,
- próba ekstrapolacji wyników uzyskanych w panelu badawczym na poziom makroekonomiczny, to jest efektu spodziewanego w skali całego rynku medycznego w Polsce, w określonych wariantach i scenariuszach rozwoju koncepcji skonsolidowanych zakupów,
- opracowanie zbioru zasad i praktycznych wskazówek odnośnie do możliwości tworzenia Szpitalnych Grup Zakupowych w Polsce z określeniem roli zewnętrznego operatora przetargowego, a także prawdopodobnych kierunków rozwoju tej formy kooperacji w Polsce.

Podjęta w pracy tematyka racjonalizacji kosztów zaopatrzenia szpitali w wyroby medyczne i produkty lecznicze, z wykorzystaniem efektu skali uzyskanego dzięki zagregowaniu popytu wszystkich członków stanowiących grupę zakupową, jest podejściem nowym na gruncie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. W celu zbadania możliwości adaptacji tych rozwiązań w warunkach polskich przedstawiono teoretyczno-metodologiczne podstawy ich funkcjonowania, wynikające z obowiązujących warunków prawnych. Wskazano także kierunek rozwoju nowej formuły współpracy grupy podmiotów, polegający na outsourcingu prac związanych z prowadzeniem postępowań przetargowych i powierzeniu ich przez pojedyncze szpitale wyspecjalizowanej firmie zewnętrznej, działającej jako operator przetargowy w imieniu i na rzecz grupy zakupowej.

Na potrzeby części teoretycznej monografii, poświęconej charakterystyce systemu opieki zdrowotnej, jego finansowaniu oraz organizacji szpitalnictwa, dokonano przeglądu i wykorzystano literaturę polską oraz krajowe źródła da-

nych o systemie, jak dane statystyczne oraz branżowe źródła danych o systemie ochrony zdrowia.

Dotychczasowe światowe doświadczenia oraz efekty działalności Szpitalnych Grup Zakupowych przedstawiono na podstawie źródła informacji pochodzącej z rynku amerykańskiego i niemieckiego, bazując zarówno na angielskojęzycznej literaturze składającej się z pozycji zwartych, jak również raportów, analiz i wyników badań publikowanych przez instytucje publiczne oraz organizacje biznesowe z tej branży.

Analiza rezultatów badań przeprowadzonych wśród szpitali zarządzających mieniem publicznym w Polsce wskazuje przede wszystkim, że koszty zaopatrzenia medycznego stanowią znaczącą część budżetu szpitali i w badanej grupie wyniosły blisko 25% wartości średniego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wartość taka stwarza ogromny potencjał dla racjonalizacji kosztów zaopatrzenia, bowiem nawet kilkuprocentowe oszczędności z tak istotnej części muszą dać efekt w skali całości kosztów. Badania na gruncie polskim pokazały, że jedną z wiodących – w kosztach zaopatrzenia medycznego – grup asortymentowych są jednorazowe wyroby ogólnomedyczne. Biorąc pod uwagę, że jest to kategoria stosunkowo łatwa do standaryzacji i unifikacji specyfikacji asortymentowych pojedynczych podmiotów, w celu stworzenia opisu jednolitego dla całej grupy można uznać, że działania inicjujące powstanie pierwszych organizacji zakupowych szpitali nie powinny napotkać istotnych barier praktycznych dotyczących przedmiotu zakupu. Sukces pierwszych postępowań będzie z pewnością miał duże znaczenie dla efektu wizerunkowego zarówno samej idei współdziałania, jak i postrzegania operatorów przetargowych jako instytucji wiodących i koordynujących działania konsolidacyjne.

Szczegółowa analiza wyników badań empirycznych w części dotyczącej wielkości wydatków na cele zaopatrzenia medycznego oraz sposobu organizacji postępowań przetargowych na ten asortyment w szpitalach polskich, a także wyników badań percepcji przedmiotowych zagadnień wśród menedżerów zarządzających szpitalami i ich gotowości do podjęcia takich działań pozwoliły pozytywnie zweryfikować wszystkie hipotezy szczegółowe oraz potwierdzić zasadność hipotezy głównej.

Z całą pewnością można stwierdzić, że nie ma obecnie w Polsce przeszkód do powstania i rozwoju Szpitalnych Grup Zakupowych. Można przyjąć, że w warunkach polskich w przypadku powstania Szpitalnych Grup Zakupowych uda się osiągnąć poziom redukcji kosztów zbliżony do przynajmniej minimalnego wariantu efektywności, jakie uzyskują amerykańskie GPOs, stanowiący około 10% redukcję kosztów, a przy wyjściowej wartości całości kosztów zaopatrzenia medycznego na poziomie 25% budżetu szpitala jest to kwota istotna w budżecie każdej placówki gospodarującej mieniem publicznym. Przepro-

wadzone szacunki dotyczące potencjalnych efektów w skali całej gospodarki, których dokonano w sposób analogiczny do prezentowanych doświadczeń pochodzących z innych rynków, wskazują, że w zależności od tempa rozwoju idei kooperacji i związanego z tym udziału w rynku Szpitalnych Grup Zakupowych, a także poziomu efektywności obniżki kosztów, oszczędności mogą zawierać się w przedziale od ponad 100 mln do około miliarda złotych.

Brak barier prawnych, organizacyjnych czy instytucjonalnych dla tworzenia Szpitalnych Grup Zakupowych w warunkach polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz szacowana skala oszczędności pozwalają tym samym potwierdzić prawdziwość tezy zakładającej, że konsolidacja zakupów jest istotną determinantą racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego. Warto przy tym zwrócić uwagę, że wnioski z przeprowadzonych badań dotyczą przede wszystkim kosztów rzeczowych zaopatrzenia medycznego, zaś jedynie wskazuje się na aspekt nakładu pracy ludzkiej związanej z organizacją postępowań przetargowych przez każdy szpital osobno. Ewentualna restrukturyzacja zatrudnienia, jaka być może będzie możliwa dzięki rozwojowi i sukcesom nowej formuły organizacji postępowań na drodze outsourcingu, może stanowić kolejny obszar racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali. Należy jednak mieć świadomość, że weryfikacja potrzeb w sferze zatrudnienia może równie dobrze stanowić swoistą barierę rozwoju i zyskiwania popularności przez ideę konsolidacji zakupów, bowiem nie każdy menedżer, dyrektor czy prezes szpitala uzna to za pożądany efekt mimo wymiernych dla budżetu korzyści ekonomicznych.