



UNIWERSYTET EKONOMICZNY
W POZNANIU

WYDZIAŁ ZARZĄDZANIA

Jakub Domański

**ROLA SZPITALNYCH GRUP ZAKUPOWYCH
W RACJONALIZACJI KOSZTÓW ZAOPATRZENIA MEDYCZNEGO
PUBLICZNYCH PODMIOTÓW SEKTORA OCHRONY ZDROWIA**

Praca doktorska

napisana pod kierunkiem naukowym

dr hab. Piotra Bartkowiaka, prof. nadzw. UEP

POZNAŃ 2013

SPIS TREŚCI

Wstęp.....	4
Rozdział 1. Charakterystyka procesów zakupowych i ich rola w zarządzaniu szpitalem	12
1.1. Istota zaopatrzenia medycznego na tle struktury zakupów szpitala	12
1.2. Realizacja usługi medycznej jako nośnik kosztów zaopatrzenia medycznego	15
1.3. Zaopatrzenie medyczne w rachunku kosztów szpitala.....	18
1.4. Kontekst prawny zaopatrzenia medycznego i jego wpływ na efektywność procesów zakupowych.....	24
1.5. Sposób organizacji zaopatrzenia medycznego	32
Rozdział 2. Rola szpitalnictwa w systemie ochrony zdrowia w Polsce.....	36
2.1. Elementy systemu ochrony zdrowia.....	36
2.2. Sposoby finansowania systemu ochrony zdrowia oraz struktura i wielkość wydatków na ochronę zdrowia w Polsce w odniesieniu do krajów OECD	45
2.3. Sytuacja demograficzna w Polsce na tle Europy i świata i jej implikacje dla systemu ochrony zdrowia	64
2.4. Struktura, organizacja i sposób funkcjonowania szpitalnictwa.....	73
Rozdział 3. Schemat funkcjonowania i dotychczasowe światowe doświadczenia w zakresie Szpitalnych Grup Zakupowych	85
3.1. Historia powstania i rozwoju Szpitalnych Grup Zakupowych	85
3.2. Klasyfikacja Szpitalnych Grup Zakupowych na rynku amerykańskim oraz kierunki i zakres ich współpracy w procesach zaopatrzenia medycznego	93
3.3. Istota funkcjonowania oraz przedmiotowy zakres usług Szpitalnych Grup Zakupowych	98
3.4. Łańcuch dostaw do szpitala a proces tworzenia wartości dla pacjenta	109
3.5. Szpitalne Grupy Zakupowe w łańcucha zaopatrzenia medycznego szpitala.....	112

Rozdział 4. Koszty zaopatrzenia medycznego w publicznych szpitalach polskich na tle efektywności grupowych procesów zakupowych w USA i w Niemczech – wyniki badań	114
4.1. Korzyści osiągnięte przez szpitale amerykańskie i niemieckie dzięki zastosowaniu strategii konkurencji opartej na udziale w Szpitalnych Grupach Zakupowych.....	114
4.2. Poziom i struktura kosztów zaopatrzenia medycznego w szpitalach polskich.....	134
4.3. Potencjał makroekonomiczny procesów konsolidacji zakupów szpitalnych – próba ekstrapolacji.....	173
4.4. Otwartość na zmiany sposobu organizacji zakupów przez menedżerów publicznych szpitali polskich.....	178
Rozdział 5. Kierunki, zakres i metody praktycznych działań służących racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego w procesie konsolidacji zakupów dokonywanych w szpitalach.....	182
5.1. Prawne podstawy projektowania modelu funkcjonowania Szpitalnych Grup Zakupowych	182
5.2. Zasady i warunki współpracy podmiotów w procesie konsolidacji zakupów.....	184
5.3. Perspektywy i kierunki rozwoju nowej formy organizacji procesów zakupowych w publicznym szpitalnictwie polskiego sektora opieki zdrowotnej	189
Zakończenie	193
Bibliografia załącznikowa.....	198
Spis rysunków, tabel i wykresów	206
Załącznik: Wzór ankiety badawczej.....	214

Wstęp

Sektor ochrony zdrowia w Polsce zdominowany jest przez szpitale gospodarujące mieniem publicznym, co nie oznacza bynajmniej, że konkurencyjność jest pojęciem, które może pozostać poza obszarem zainteresowania menedżera odpowiedzialnego za jego funkcjonowanie. Choć przejawów konkurencyjności szpitali jest obecnie pozornie niewiele, to w rzeczywistości jego atrakcyjność jest weryfikowana już na co najmniej kilku płaszczyznach, których będzie przybywać wraz z ewolucją modelu funkcjonowania polskiego sektora ochrony zdrowia.

Głównym obszarem rywalizacji placówek jest wielkość kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a więc gwarancja wielkości przychodów dla przedsiębiorstwa, jakim jest szpital. Kolejnym polem weryfikacji oferty rynkowej jest popyt ze strony pacjentów, którzy obecnie swobodnie decydują o miejscu leczenia. Następnym etapem, który spowoduje w istocie prawdziwą rewolucję w zakresie konieczności orientacji biznesowej publicznych podmiotów opieki zdrowotnej będzie pojawienie się w systemie kolejnych płatników – konkurentów dla NFZ.

Zarówno istniejące obecnie w systemie opieki zdrowotnej, jak też spodziewane nowe realia biznesowe determinują konieczność weryfikacji wartości oferty szpitala z punktu widzenia jej kosztów.

Rynek medyczny w Polsce stanowi 0,6% światowego rynku zdrowia w ujęciu wartościowym, zaś na służbę zdrowia wydaje się 7–8% PKB, podczas gdy wydatki w tym zakresie w Niemczech wynoszą ok. 10,5%, a w Stanach Zjednoczonych ponad 16%¹. Takie proporcje wskazują z jednej strony, nie tylko na konieczność zwiększania nakładów przez polski system finansowy, ale także, a może przede wszystkim, na potrzebę szczególnie efektywnego gospodarowania tak skromnymi środkami. Pomimo wysokich nakładów w systemach krajów zachodnich, orientacja kosztowa w strategiach zakupowych szpitali znalazła tam istotne miejsce w codziennej praktyce biznesowej podmiotów opieki zdrowotnej i ich dostawców w postaci stworzenia szpitalnych grup zakupowych.

Rzeczywistość funkcjonowania publicznej służby zdrowia w Polsce, w tym szpitali, w obszarze zakupów ukształtowana jest wymogami stosowania przepisów ustawy² Prawo zamówień publicznych, która określa tryb nabywania produktów w drodze przetargów. Dotychczasowa działalność szpitali w tym zakresie, to praktyka organizacji postępowań

¹ OECD Health Data 06.2010, Eucomed: Medical market size, OECD.StatExtracts z dnia 01.05.2012

² Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010, Nr 113, poz. 739).

przetargowych przez każdy podmiot osobno, w zdecydowanej większości, w formie odrębnych przetargów na praktycznie każdy rodzaj asortymentu wyrobów medycznych i produktów leczniczych. Regulacje wynikające z przepisów przedmiotowej ustawy dotyczą nie tylko inwestycji i zakupów trwałego sprzętu medycznego, ale także całości asortymentu zużywalnego, jednorazowego w zakresie produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Przedstawiona formuła organizacji postępowań w szpitalach publicznych, oparta na założeniu odrębnego procedowania w zakresie niemal każdego obszaru asortymentowego wymaga stworzenia ram organizacyjnych i proceduralnych znacznie wykraczających poza podstawowy obszar działalności szpitala. Mnogość i złożoność tych procesów uzasadnia zainteresowanie efektywnością działań prowadzonych w tym obszarze.

Przyjęcie sposobu procedowania w obszarze zakupów indywidualnych szpitali skutkuje wieloma konsekwencjami w wymiarze kosztów procesów zaopatrzeniowych. Dla jasności opracowania przyjęto następujący podział kosztów dotyczący zaopatrzenia:

- koszty bezpośrednie zakupów – poziom cen po jakich poszczególne szpitale nabywają wyroby medyczne i produkty lecznicze;
- koszty organizacji procesów – koszty funkcjonowania jednostek organizacyjnych do tego powołanych, nie będących zasadniczym obszarem funkcjonowania szpitala.

Konieczność krytycznego spojrzenia na zagadnienie efektywności procesów zakupowych występuje nie tylko z uwagi na wymienione wcześniej ujęcia kosztów, ale także wpływa niejako samoistnie – z natury struktury własnościowej polskich szpitali. W Polsce istnieje zdecydowana dominacja majątku publicznego, co w odniesieniu do instytucji zwanej szpitalem publicznym – *expressis verbis* – nie tylko uzasadnia, ale wręcz nakazuje konieczność weryfikacji efektywności procesów tam zachodzących.

Alternatywą dla indywidualnego podejścia do realizacji zaopatrzenia medycznego przez każdy szpital samodzielnie, jest połączenie sił większej liczby podmiotów dążących do tego samego celu. Inicjatywa tego typu w postaci grupy zakupowej, posiada już – także w Polsce - ugruntowaną pozycję i bogate doświadczenia w strukturach rynku wielu innych branż, zarówno w obszarze handlu detalicznego, jak również w relacjach pomiędzy firmami (rynek Business to Business, B2B). Przykłady takich organizacji znaleźć można w branży budowlanej, w której dominują sieci składów, czy też na rynku aptecznym. Kolebką narodzin grupowych form zaopatrzenia medycznego na potrzeby szpitali, są Stany Zjednoczone, gdzie ponad sto lat temu powstały pierwsze organizacje noszące nazwę Group Purchasing

Organizations, w skrócie GPOs. Ich odpowiednikiem w warunkach polskich, będą Szpitalne Grupy Zakupowe³.

Efektywność grupowych procesów zakupowych odbywających się w różnych obszarach gospodarki, posiada istotny wymiar makroekonomiczny. Według szacunków Komisji Europejskiej, rynek zamówień publicznych, w których może następować konsolidacja zakupów stanowił w 2007 roku około 17% łącznego PKB Unii Europejskiej.⁴ Jak stwierdzono w cytowanym opracowaniu, w którym zamieszczono informację o możliwości zastosowania makroekonomicznego modelu QUEST III, do zbadania długofalowego efektu obniżki marż stosowanych przy realizacji zamówień publicznych, uzyskano zdecydowanie wymierne efekty w kilku parametrach. Przyjęcie założenia stopniowego zmniejszania marży o 0,5 punktu procentowego co roku, w ciągu kolejnych 10 lat, w odniesieniu do jedynie 20% zamówień z tego sektora może dać efekt wzrostu PKB, zatrudnienia i konsumpcji o 0,02–0,1 punktu procentowego w stosunku do wartości wyjściowych po pierwszym roku i o 0,1–0,2 przez następnych 50 lat. Dzięki zastosowaniu dodatkowych regulacji legislacyjnych i osiągnięciu większego tempa obniżki marż – efekt będzie znacznie szybszy.

Głównym celem rozprawy jest ukazanie możliwości racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali publicznych na drodze tworzenia Szpitalnych Grup Zakupowych, których rolą jest konsolidacja zakupów większej liczby podmiotów

³ Autor proponuje przyjąć nazwę Szpitalne Grupy Zakupowe (w skrócie SGZ), będącą tłumaczeniem angielskiego wyrażenia Group Purchasing Operations (GPOs). W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej nazwa ta oznacza organizacje zajmujące się grupowym zaopatrzeniem podmiotów działających na rynku usług medycznych i po raz pierwszy pojawiła się ona na tamtym rynku na początku XX wieku. Zgodnie z konwencją powszechną w tekstach angielskojęzycznych jest pisana dużymi literami. W polskich realiach językowych może to budzić pewne wątpliwości. W świetle zasad ortograficznych wyrażonych w najnowszych wydaniach kanonicznych źródeł naukowych (w tym głównie w dwóch: *Wielkim słowniku poprawnej polszczyzny PWN* pod red. A. Markowskiego (Warszawa 2011) oraz *Wielkim słowniku ortograficznym PWN z zasadami pisowni i interpunkcji* pod red. E. Polańskiego (Warszawa 2010)) nazwa Szpitalne Grupy Zakupowe, niebędąca typową nazwą własną, lecz tzw. wyrażeniem gatunkującym, powinna być raczej zapisywana małymi literami. Na użytek niniejszej pracy postanowiono jednak przyjąć szerokie rozumienie ogólnej zasady mówiącej o „użyciu wielkiej litery ze względów znaczeniowych” (szczegółowy opis tej zasady rozpoczyna się na stronie 46 *Wielkiego słownika ortograficznego PWN*). Pozwoliło to zastosować w odniesieniu do powyższej nazwy duże litery, co wydaje się właściwe ze względu na współczesne realia. Szpitalne Grupy Zakupowe to nie tylko zjawisko stosunkowo nowe, ale też wyraźnie odróżniające się od innych. Jest specyficznym typem działania w sferze zakupowej i wymaga nie tylko pojęciowego, lecz również pisownianego odgraniczenia od działań o podobnym charakterze. Rozwój nowatorskiej koncepcji prowadzenia zakupów na rynkach polskich będzie zapewne skutkowało zmianą podejścia do słabo dotychczas znanego sposobu organizacji działań biznesowych w sferze zaopatrzenia medycznego szpitali i innych świadczeniodawców usług opieki zdrowotnej.

⁴ Vogel L.: *Macroeconomic effects of cost savings in public procurement*. European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2009., s. 12

agregujących swój popyt. W osiągnięciu tego celu pomocne było zdefiniowanie kilku celów fragmentarycznych.

Cele poznawcze:

- usystematyzowanie wiedzy na temat funkcjonowania szpitalnych grup zakupowych w oparciu o doświadczenia USA i Niemiec,
- próba określenia stopnia znajomości zagadnienia konsolidacji zakupów przez zarządzających podmiotami opieki zdrowotnej w Polsce, w kontekście praktycznych metod realizacji tych procesów oraz potencjalnych korzyści możliwych do uzyskania dzięki przyjęciu tej strategii,
- charakterystyka systemu opieki zdrowotnej w Polsce w aspekcie struktury własnościowej oraz sposobu i konsekwencji działania w realiach ustawy Prawo zamówień publicznych,
- przedstawienie prawnych podstaw funkcjonowania szpitalnych grup zakupowych w polskich realiach,
- analiza stopnia zróżnicowania kosztów zaopatrzenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne w szpitalach polskich.

Cel metodyczny:

podjęcie próby skonstruowania schematu kształtowania przebiegu procesu konsolidacji zakupów wraz ze wskazaniem roli Szpitalnej Grupy Zakupowej i zewnętrznego podmiotu w roli operatora przetargów szpitalnych.

Cel użyteczny:

ukazanie mikro i makroekonomicznych konsekwencji konsolidacji zakupów – racjonalizacji poziomu kosztów zaopatrzenia medycznego na przykładzie pojedynczych szpitali i próba ekstrapolacji tego wyniku na poziom regionalny oraz ogólnokrajowy.

Przegląd wiedzy dostępnej w literaturze z zakresu efektywności procesów zakupowych w sektorze publicznej ochrony zdrowia w Polsce, jak również analiza doświadczeń z procesów konsolidacji zakupów w tym sektorze w innych krajach pozwoliły na sformułowanie następujących hipotez badawczych:

Hipoteza główna: Konsolidacja zakupów dokonywana przez grupę szpitali stanowi istotną determinantę racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego podmiotów tworzących Szpitalną Grupę Zakupową.

Hipotezy szczegółowe:

H1: Konsolidacja zakupów istotnie obniża poziom kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali;

H2: W polskim systemie opieki zdrowotnej możliwe jest tworzenie szpitalnych grup zakupowych przez publiczne szpitale;

H3: Realizacja zaopatrzenia medycznego w formie zakupów skonsolidowanych, na drodze współuczestnictwa w Szpitalnej Grupie Zakupowej, może przynieść wymierne efekty nie tylko poszczególnym członkom grupy, ale również przełoży się na efekt makroekonomiczny, w postaci istotnej obniżki kosztów zaopatrzenia szpitali w skali kraju, w efekcie upowszechniania się takiej praktyki.

Najważniejsze założenia i metody badawcze

Przedstawiona dysertacja ma szansę wzbogacić zarówno wiedzę teoretyczną jak i praktyczną z zakresu możliwości osiągnięcia trwałej przewagi konkurencyjnej szpitali publicznych, dzięki racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego na drodze konsolidacji zakupów wielu podmiotów. W badaniach nad zagadnieniem racjonalizacji kosztów, przyjęto rozumienie tego pojęcia podawane przez „Małą encyklopedię prakseologii i teorii organizacji”, które brzmi: „Usprawnienie działania poprzez ulepszenie albo zmianę metody. Metoda ta ma postać dyrektywy praktycznej, a oparta jest na podstawie teoretycznej, będącej zdaniem prawdziwym, tzn. że metoda jest racjonalna.” Definicja ta oddaje istotę nowego podejścia do zarządzania zaopatrzeniem medycznym, bowiem mówi o zmianie metody oraz praktycznych walorach, jakie powinny cechować proponowane zmiany, które to atrybuty autor usiłował przedstawić w dysertacji. Ponieważ przedmiotem rozważań są działania w grupie podmiotów, które mogą współpracować na rzecz realizacji zaopatrzenia medycznego, warto w tym miejscu wspomnieć jeszcze jedną definicję pojęcia „racjonalizacja”, sformułowaną przez jednego z twórców nauki o organizacji i kierowaniu – K. Adamieckiego, a która brzmi: [Pszczółowski 1978, s. 202] „Pod racjonalizacją należy rozumieć wszelkie sposoby postępowania oraz zabiegi techniczne przy kierowaniu działaniem tak oddzielnych jednostek, jak i ich zespołów, mające na celu osiągnięcie większego wyniku użytecznego przy mniejszym nakładzie czasu, pracy ludzkiej, energii przyrody, materiałów i

innych środków wytwórczych”. Ta interpretacja pojęcia wydaje się w jeszcze większym stopniu zbieżną z ideą zakupów grupowych, gdyż nie tylko odnosi się do działań zespołów ale także określa potencjalne efekty zmian, szczególnie pożądane z punktu widzenia dążenia do eliminowania zadań, które nie stanowią kluczowej działalności szpitala. Takie wysiłki wydają się wręcz naturalne, jeśli prawdziwa jest teza: [Gruszecki 2002, s. 138] „Tradycyjna ekonomia zakłada, że człowiek (traktowany w ekonomii jako *homo economicus*) działa zawsze racjonalnie, maksymalizując użyteczność, poszukując najlepszego z możliwych wariantów działania.”

Poprzez wyeksponowanie roli efektywności przebiegu samych procesów zakupowych, jak również poziomu samych kosztów zaopatrzenia medycznego, ukazano wpływ tych dwóch obszarów na konkurencyjność szpitali publicznych w Polsce. W tym celu dokonano analizy organizacji i przebiegu procesów zakupowych w szpitalach publicznych oraz poziomu i struktury kosztów zaopatrzenia w zakresie produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Następnie, w oparciu o wnioski z tej analizy, została dokonana krytyczna ocena efektywności tych procesów oraz porównanie takiego systemu zaopatrzenia, z modelem grupowej organizacji procesów zakupowych, w odniesieniu do doświadczeń USA i Niemiec. Ambicją autora była próba stworzenia zbioru praktycznych zasad i warunków organizacji zakupów grupowych szpitali publicznych funkcjonujących w polskich realiach, dla których racjonalizacja kosztów osiągnięta w ten sposób może stanowić fundament strategii konkurowania w sektorze ochrony zdrowia. Po ustaleniu praktycznego schematu zorganizowania procesów konsolidacji zakupów szpitali publicznych, oraz w odniesieniu do doświadczeń na rynkach w wymienionych krajach, wskazano potencjalne korzyści do uzyskania w analogicznych procesach zachodzących w podmiotach funkcjonujących w polskim sektorze ochrony zdrowia. Następnie, przedstawiono próbę ukazania tego efektu w wymiarze ogólnokrajowym.

Przedmiotem badań, jakie autor podjął na potrzeby niniejszej dysertacji były następujące zagadnienia:

1. Analiza literatury przedmiotu oraz realnych doświadczeń w zakresie kształtowania strategii konkurencji szpitali, w oparciu o racjonalizację kosztów zaopatrzenia medycznego na drodze konsolidacji zakupów przez te podmioty.
2. Analiza sposobu funkcjonowania procesów zakupowych szpitali w Polsce w kontekście realiów ustawy Prawo zamówień publicznych.
3. Analiza literatury przedmiotu oraz doświadczeń zagranicznych w zakresie organizacji i przebiegu procesów konsolidacji zakupów większej liczby podmiotów.

4. Badania ankietowe w wybranych szpitalach publicznych w Polsce, poziomu i struktury kosztów zakupów wybranych grup asortymentowych z zakresu produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz sposobu organizacji postępowań przetargowych, w celu ustalenia stopnia zróżnicowania tego poziomu kosztów, w relacji do ogółu wydatków na cele zaopatrzenia w leki i sprzęt.
5. Badania ankietowe w wybranych szpitalach niemieckich i amerykańskich w celu przeanalizowania poziomu kosztów zakupów realizowanych indywidualnie przez te placówki, w porównaniu z poziomem kosztów zakupów realizowanych przez grupę zakupową.
6. Badania bezpośrednie w formie wywiadu osobistego z kierownictwem wybranych szpitali publicznych w Polsce, mające na celu ustalenie stopnia otwartości na zmiany sposobu organizacji zakupów.
7. Próba wskazania praktycznego sposobu tworzenia Szpitalnej Grupy Zakupowej oraz jej relacji z podmiotem zewnętrznym w roli operatora przetargowego.
8. Weryfikacja hipotez i dyskusja wyników.

Uwzględniając przedstawione podejście badawcze oraz przyjęte cele i hipotezy, autor założył, że jej konstrukcja winna oprzeć się na pięciu rozdziałach poprzedzonych wstępem i opatrzonej zakończeniem. Jako, że sformułowano hipotezy badawcze w odniesieniu do procesów, które dopiero mogą mieć miejsce w polskiej rzeczywistości gospodarczej, początkowa część pracy wymagała określenia charakteru poznawczego, systematyzującego i pogłębiającego wiedzę z zakresu racjonalizacji kosztów zaopatrzenia i ewentualnego wykorzystania tego jako strategii konkurencji.

Rozdział pierwszy zawiera przedstawienie założeń oraz charakterystykę organizacji procesów zakupowych w szpitalach publicznych funkcjonujących w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu organizacji zamówień i dokonywanych zakupów w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne i produkty lecznicze. Systematyka wiedzy z obszaru tych procesów będzie uwzględniała także specyfikę ustawy Prawo zamówień publicznych. Podsumowanie pierwszego rozdziału dotyczyło uzasadnienia znaczenia i efektywności procesów zakupowych, wynikającego z powyższej charakterystyki.

Tematyka **rozdziału drugiego** poświęcona jest charakterystyce publicznego sektora ochrony zdrowia w Polsce, z uwzględnieniem struktury i wielkości wydatków na ochronę zdrowia. Planuje się także przedstawić główne aspekty konkurencyjności szpitali publicznych oraz prognozowane w tym zakresie zjawiska i procesy, jakie mogą mieć miejsce

w niedalekiej przyszłości w obliczu aktualnie zachodzących zmian prawnych i organizacyjnych sektora.

Rozdział trzeci dotyczy idei funkcjonowania i dotychczasowych światowych doświadczeń w zakresie Szpitalnych Grup Zakupowych. Na podstawie przykładów niemieckich i amerykańskich, zaprezentowano ewolucję powstania i rozwoju oraz ich miejsce w całym systemie organizacji procesów konsolidowania zamówień i zakupów w tych modelach biznesowych. Rozdział kończy przegląd dostępnych w literaturze danych z tamtejszych rynków, odnośnie korzyści, jakie szpitale osiągnęły dzięki zastosowaniu takiej strategii konkurencji.

Rozdział czwarty zawiera prezentację wyników porównawczych badań ankietowych dotyczących poziomu i struktury kosztów zakupów produktów leczniczych i wyrobów medycznych w publicznych szpitalach polskich, jak również wyniki badań efektywności procesów zakupów grupowych w USA i Niemczech. Wnioski z badań w zakresie istniejącego zróżnicowania kosztów zaopatrzenia w Polsce – z jednej strony oraz efektywności procesów wdrożonych na innych rynkach – z drugiej strony, zostały uzupełnione o wyniki badań mających na celu ustalenie stopnia otwartości na zmiany sposobu organizacji zakupów przez menedżerów publicznych szpitali polskich. Sformułowanie wniosków z danych badawczych stanowiło podstawę do podjęcia próby ekstrapolacji wyniku ukazanego w skali pojedynczych podmiotów, na efekt możliwy do uzyskania w skali większości szpitali o podobnym profilu.

Rozdział piąty jest próbą wskazania praktycznych działań w zakresie racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego na drodze konsolidacji zakupów. Jest to ukazanie praktycznego sposobu tworzenia systemu organizacji procesu zakupów grupowych opartego na współdziałaniu pomiędzy poszczególnymi uczestnikami rynku, którymi będą: Szpitalne Grupy Zakupowe, operatorzy przetargowi oraz dostawcy wyrobów i usług. Prawne podstawy funkcjonowania tego systemu, biznesowe zasady i warunki współpracy, jak też możliwe kierunki i tempo rozwoju tej nowej – dla polskiego sektora ochrony zdrowia – formy organizacji procesów zakupowych, będą stanowiły przesłanki dla budowania strategii konkurencji dla szpitali publicznych w Polsce.

Zakończenie pracy obejmuje wnioski z przeprowadzonych badań, zestawienie realizacji wytyczonych celów badawczych oraz weryfikację hipotez.

Rozdział 1. Charakterystyka procesów zakupowych i ich rola w zarządzaniu szpitalem

1.1. Istota zaopatrzenia medycznego na tle struktury zakupów szpitala

Nadrzędną funkcję sprawowaną przez świadczeniodawcę jakim jest szpital, w każdym systemie ochrony zdrowia, stanowi realizacja usługi medycznej wobec świadczeniobiorcy - w osobie pacjenta. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie ratowania życia, diagnozowania, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, niemożliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych. Generuje to konieczność zaoferowania usługi medycznej zaprojektowanej w taki sposób, że składają się na nią działania i procesy zarówno o charakterze typowo medycznym, jak również elementy zaspokajające podstawowe potrzeby socjalno-bytowe, wynikające z czasowego przebywania pacjenta poza miejscem zamieszkania. W zależności od specyfiki i stopnia złożoności procedury medycznej, której funkcją jest - między innymi - czas hospitalizacji, zmienia się znaczenie i waga poza medycznych czynników determinujących charakter świadczenia zdrowotnego i jego wycenę. Jednak z wyjątkiem typowo specjalistycznych świadczeń dotyczących na przykład opieki paliatywnej, zasadnicze znaczenie kosztotwórcze w wycenie świadczenia dokonywanej przez szpital ma – obok kosztów osobowych - koszt zaopatrzenia w wyroby medyczne i produkty lecznicze, których zużycia wymaga wykonanie usługi przez podmiot leczniczy, to jest szpital w roli świadczeniodawcy.

Termin „zaopatrzenie medyczne” wykorzystywany dla potrzeb dysertacji obejmuje zamówienie i zakup dwóch zasadniczych kategorii produktów: wyrobów medycznych i produktów leczniczych. Obydwa pojęcia są zdefiniowane w polskim ustawodawstwie.

Definicja wyrobu medycznego brzmi następująco [Ustawa z 20 maja 2010, art. 2.1. pkt 38]:

„wyrób medyczny - narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu:

- a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby,
- b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia,

c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego,

d) regulacji poczęć

- których zasadnicze zamierzone działanie w ciele lub na ciele ludzkim nie jest osiągnięte w wyniku zastosowania środków farmakologicznych, immunologicznych lub metabolicznych, lecz których działanie może być wspomagane takimi środkami;”.

Warto podkreślić, że prawodawstwo polskie jest w tym zakresie w pełni spójne z regulacjami unijnymi, gdzie odnośnie wyrobów medycznych zastosowanie mają trzy dyrektywy:

- 1) MDD (ang. Medical Device Directive) - 93/42/EEC - dyrektywa dla wyrobów medycznych (zwanymi w legislacji polskiej wyrobami medycznymi do różnego przeznaczenia);
- 2) AIMD (ang. Active Implantable Medical Device) - 90/385/EEC - dyrektywa dla aktywnych implantowanych wyrobów medycznych;
- 3) IVD (ang. In Vitro Diagnostic Device Directive) - 98/79/EC - dyrektywa dla wyrobów medycznych do diagnostyki in-vitro.

Jako, że zdecydowana większość wyrobów medycznych podlega dyrektywie 93/42/EEC, zatem większość dalszych odwołań dotyczy właśnie tej dyrektywy.

Praktyczne ujęcie terminu „wyroby medyczne” oznacza zatem pozafarmakologiczne wyroby przeznaczone do zastosowania w diagnostyce, terapii lub profilaktyce oraz środki antykoncepcyjne.

Według przyjętego wyżej porządku semantycznego, drugą część terminu „zaopatrzenie medyczne” stanowią produkty lecznicze, potocznie zwane lekami. Prawo farmaceutyczne nie zawiera jednak pojęcia lek, lecz produkt leczniczy (art. 2 pkt 32), zatem przyjęto definicję, którą precyzuje aktualnie obowiązująca ustawa w tym zakresie:

„Produktem leczniczym jest substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi i zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne” [Ustawa z 6 września 2001].

Z kolei unijna Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 roku, w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, określa w art. 1 pkt 2 pojęcie leku przeznaczonego dla ludzi, którym jest:

„jakakolwiek substancja lub połączenie substancji prezentowana jako mająca właściwości lecznicze lub zapobiegające chorobom u ludzi (lit. a), a także jakakolwiek substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane ludziom w celu odzyskania, poprawy lub zmiany funkcji fizjologicznych poprzez powodowanie działania farmakologicznego, immunologicznego lub metabolicznego albo w celu stawiania diagnozy leczniczej (lit. b).” [Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001].

Podjęta w niniejszej pracy problematyka kosztów zaopatrzenia medycznego wymaga, oprócz zdefiniowania samego terminu: zaopatrzenie medyczne, także doprecyzowania pojęcia: koszt zaopatrzenia medycznego. Dla jasności opracowania przyjęto następujący podział kosztów dotyczący zaopatrzenia:

- koszty bezpośrednie zakupów – poziom cen po jakich poszczególne szpitale nabywają wyroby medyczne i produkty lecznicze;
- koszty organizacji procesów – koszty funkcjonowania jednostek organizacyjnych do tego powołanych, nie będących zasadniczym obszarem funkcjonowania szpitala (core business).

Analiza zagadnienia racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego będąca przedmiotem pracy wymaga uwzględnienia obydwu perspektyw ujęcia tej problematyki, bowiem konsolidacja zakupów szpitalnych ma dać efekty w obydwu wymiarach. Wymiar kosztów bezpośrednich wynikających z cen, po jakich nabywane są wyroby medyczne i produkty lecznicze można nazwać przedmiotowym, zaś wymiar kosztów procesów organizacji zamówień – wymiarem procesowym.

1.2. Realizacja usługi medycznej jako nośnik kosztów zaopatrzenia medycznego

Zgodnie z artykułem 68. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej [Ustawa z 2 kwietnia 1997] „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, zaś „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Taki sposób ujęcia prawa obywatela do dbałości o własne zdrowie jest także wyrażony przez najwyższej rangi dokument Światowej Organizacji Zdrowia, jakim jest Konstytucja WHO uchwalona 22 lipca 1946 roku w Nowym Jorku podczas Międzynarodowej Konferencji Zdrowia. Dokument ratyfikowany także przez Rząd polski [Ustawa z 29 stycznia 1948] mówi, że „korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez różnicy rasy, religii, przekonań politycznych, warunków ekonomicznych lub społecznych”. Konstytucja definiuje także samo zdrowie: „Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności ”. [Ustawa z 20 kwietnia 1948] Definicja ta po dziś dzień budzi wiele kontrowersji, głównie ze względu na dość utopijne określenie stanu czy kondycji człowieka jednocześnie w trzech wymiarach owej pomyślności.

Pojawia się zatem termin: świadczenie opieki zdrowotnej, który należy zdefiniować i sprecyzować w kontekście pojęć pokrewnych, do których zaliczają się następujące: świadczenie zdrowotne, procedura medyczna, usługa medyczna, a także dokonać systematyki tych pojęć wskazując na istniejące między nimi relacje.

Skoro Ustawa zasadnicza, jako akt najwyższej rangi, w systemie źródeł prawa w państwie, wymienia termin: świadczenie opieki zdrowotnej, to z pewnością należy go uznać jako pojęcie pierwotne, w stosunku do kolejnych charakteryzowanych terminów. Definicje tego oraz pozostałych pojęć, określa kolejny akt prawny z tego zakresu, jakim jest Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Ustawa z 27 sierpnia 2004]:

- „świadczenie opieki zdrowotnej - świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące”;
- „świadczenie zdrowotne - działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania”;

- „świadczenie zdrowotne rzeczowe - związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze”;
- „świadczenie towarzyszące - zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego”;
- „procedura medyczna - postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych”.

Z kolei analizując z punktu widzenia kryterium ekonomicznego, procedurą medyczną jest taki element procesu diagnostyczno-terapeutycznego, który może stać się przedmiotem obrotu, swoistym towarem zamawianym przez lekarza lub pacjenta, ale finansowanym przez ubezpieczyciela (Narodowy Fundusz Zdrowia) [Ministerstwo Zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznych, 2007].

Tabela 1. Świadczenie opieki zdrowotnej – definicja, części składowe i relacje pojęć

ŚWIADCZENIE OPIEKI ZDROWOTNEJ		
PROCEDURA MEDYCZNA		ŚWIADCZENIE TOWARZYSZĄCE
Świadczenie zdrowotne	Świadczenie rzeczowe związane z procesem leczenia	
a) podstawowe b) specjalistyczne c) wysokospecjalistyczne każde w podziale na: - profilaktyczne, - diagnostyczne, - lecznicze, - pielęgnacyjne, - orzecznicze.	a) leki b) wyroby medyczne , w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze	a) zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz b) usługi transportu sanitarnego

Źródło: [Ministerstwo Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych, 2007].

Z niektórymi elementami procedury medycznej mogą być związane świadczenia towarzyszące, takie jak zakwaterowanie, wyżywienie, usługi transportu sanitarnego. Wszystkie te elementy (świadczenia) tworzą łącznie lub w dowolnym układzie, a także pojedynczo - świadczenie opieki zdrowotnej. Wzajemne relacje i zakres przedmiotowy charakteryzowanych pojęć zawiera tabela 1.

Istotne jest zatem zwrócenie uwagi na fakt, że ustawodawca wprowadził rozróżnienie pomiędzy świadczeniami zdrowotnymi jako działaniami oraz świadczeniami zdrowotnymi rzeczowymi, do których należą leki (produkty lecznicze) oraz wyroby medyczne, a więc te dwie kategorie, które są przedmiotem szczególnego traktowania w przedmiotowej pracy. Z tego punktu widzenia warto zdefiniować jeszcze jedno pojęcie z tego obszaru, także sprecyzowane przez Ustawę o świadczeniach, to jest „technologię medyczną”, która oznacza: „...leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne”. [Ustawa z 27 sierpnia 2004]

Dopełnieniem zaprezentowanej systematyki pojęć jest określenie „usługa medyczna”, które – bardziej niż w kategoriach nomenklatury prawnej czy ustawodawczej – funkcjonuje w terminologii dotyczącej sfery oferty rynkowej szpitala, jako produkt dostarczony beneficjentowi, którym jest pacjent. Procedura medyczna, jako element procesu diagnostyczno-terapeutycznego, realizowana w określonej technologii medycznej jest rdzeniem usługi medycznej świadczonej przez szpital na rzecz pacjenta, za którą płaci ubezpieczyciel, na przykład Narodowy Fundusz Zdrowia. W takim rozumieniu, świadczenie zdrowotne oferowane przez szpital pacjentowi lub innemu podmiotowi opieki zdrowotnej staje się przedmiotem obrotu na rynku usług medycznych.

Zużycie wyrobów medycznych i produktów leczniczych oraz wszelkich innych materiałów niezbędnych do realizacji świadczenia zdrowotnego w szpitalu, jest ściśle powiązane z profilem placówki, który z kolei determinuje portfel jego produktów, czyli zakres oferowanych usług medycznych. Szerokie spektrum świadczeń szpitalnej opieki zdrowotnej to jedno źródło ilościowego zapotrzebowania wyrobów, zaś drugie wiąże się w szczególności z know – how placówki, a ściślej z metodologią i technologią medyczną oraz doświadczeniem personelu, który bezpośrednio decyduje o wyborze stosowanych metod terapeutycznych pociągających za sobą stopień zużycia materiałowego, wykorzystania sprzętu i niezbędnego nakładu pracy. Świadczenie medyczne określające charakter usługi, składa się z szeregu określonych działań wynikających z zastosowanej technologii medycznej, zaś ich podejmowanie skutkuje wykorzystaniem określonych zasobów, co

generuje koszty. Nośnikiem kosztów są więc działania konieczne do realizacji usługi medycznej [Stępniewski 2011, s. 272].

W efekcie podjęcia większości działań następuje powstanie kosztu, jako implikacja zużycia zasobu będącego w dyspozycji szpitala. Zasoby, to wszystkie materialne i niematerialne składowe procesu wytworzenia i świadczenia usługi medycznej, o których informacje zgromadzone są w rachunku kosztów sporządzonym w oparciu o przyjętą, w określonej metodologii, klasyfikację. Skoro proces realizacji usługi w postaci świadczenia medycznego jest złożony, a o jego wartości decyduje wiele nośników, wymaga on ścisłego monitorowania i precyzyjnej ewidencji. Miejscem agregacji danych na ten temat jest rachunek kosztów szpitala.

1.3. Zaopatrzenie medyczne w rachunku kosztów szpitala

Liczenie kosztów w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce ma dopiero kilkunastoletnią historię, na którą składają się zmiany o charakterze fundamentalnym, polegające na ewolucji od jednostek o charakterze wykonawczym, realizujących zadania polityki zdrowotnej państwa, do samodzielnych jednostek odpowiedzialnych za wyniki swojej działalności, w tym wynik ekonomiczny. Co prawda dopiero zmiany zapoczątkowane w ostatnich kilku latach, a polegające na przekształceniach zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego skutkują pełną odpowiedzialnością majątkową zarządzającego placówką, jednak moralna i - do pewnego także stopnia - formalna odpowiedzialność za bilansowanie placówki bez strat miała już, od pewnego czasu, charakter dość wyraźnie zauważalnej presji ze strony organów założycielskich szpitali, a już z pewnością otoczenia społecznego.

Zagadnienia z zakresu możliwych obecnie do wdrażania, w polskim systemie opieki zdrowotnej, metod rachunków kosztów prowadzonych w szpitalach, są aktualnie przedmiotem dyskusji i licznych polemik wynikających z punktu widzenia oceny przydatności tych metod dla praktycznych decyzji zarządczych, na użytek kierujących szpitalami. Postuluje się taki kierunek ewolucji zasad rozliczeń, aby w nowych systemach ewidencyjnych kosztów możliwa była kalkulacja kosztu jednostkowego indywidualnych mierników działalności. Aktualnie obowiązujący w Polsce sposób ewidencji i rozliczania kosztów w jednostkach opieki zdrowotnej opiera się na ustroju, jaki wprowadziło Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1998 roku w sprawie

szczegółowych zasad rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej [Rozporządzenie MZiOS z 22 grudnia 1998], chociaż akt ten został następnie uchylony przez Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Rachunek kosztów obowiązujący w zakładach opieki zdrowotnej od 1999 roku to typowy, tradycyjny rachunek kosztów pełnych, ukazujący trzy podstawowe układy ewidencyjne: rodzajowy, podmiotowy (według typów działalności) i przedmiotowy (według nośników). [Rozporządzenie z 22 grudnia 1998] Szczególną zaletą tego modelu jest gromadzenie informacji o kosztach jednostkowych świadczeń medycznych. Wprowadzone niewiele ponad dekadę temu nowe zasady rachunku kosztów opierają się na założeniu odnoszenia poniesionych kosztów do ich nośników, którymi są przedmioty działalności każdego ośrodka kosztów. Koszty, których nie można w sposób jednoznaczny przypisać nośnikowi kosztów, stanowią koszty pośrednie wytworzenia w ośrodku kosztów, w którym ten nośnik występuje.

Dwie zasadnicze zmiany w sposobie ewidencji i rozliczania kosztów dotyczą:

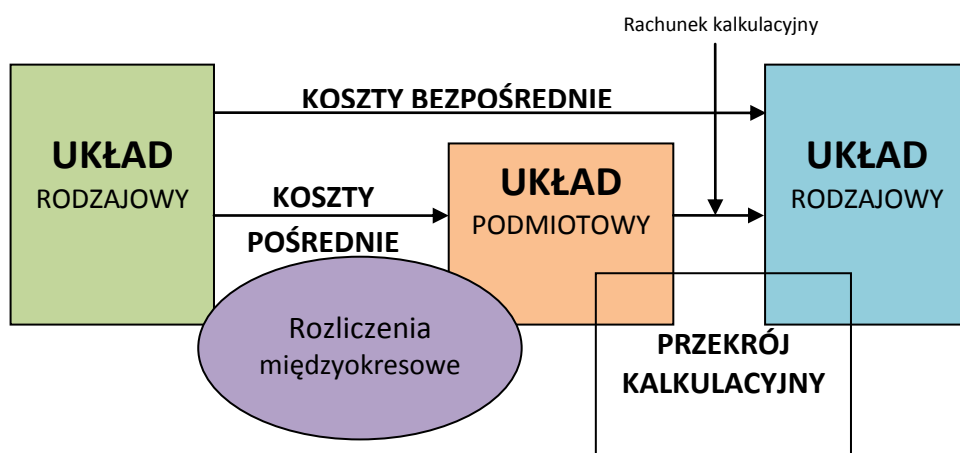
- Podziału kosztów według rodzajów działalności prowadzonej przez zakład na koszty działalności: podstawowej – medycznej, pomocniczej – niemedykowej i ogólnego zarządu, z dalszym podziałem według miejsc ich powstawania, za które uznano wyodrębnione organizacyjnie komórki, mające określone zadania oraz wyodrębniony zakres działalności.
- Wprowadzenia rozliczania kosztów na ich nośniki. Jako podstawowy nośnik kosztów uznano pacjenta, przy założeniu, że na koszt jego leczenia składają się: koszt opieki na oddziale, koszt procedur medycznych wykonanych na jego rzecz oraz koszt przepisanych mu leków. Określono także nośniki kosztów w poszczególnych ośrodkach kosztów, składające się na proces leczenia:
 - na oddziałach – osobodzień,
 - w pozostałych ośrodkach kosztów działalności podstawowej – procedury medyczne,
 - w ośrodkach kosztów działalności pomocniczej – usługi świadczone przez te ośrodki [Stępniewski 2008, s. 176].

Możliwe sposoby podejścia do ewidencji i klasyfikacji kosztów w ujęciu kosztów bezpośrednich i pośrednich oraz w układzie przedmiotowym i podmiotowym ilustruje rysunek 1.

Rachunek kosztów jest narzędziem wykorzystywanym zarówno w rachunkowości finansowej, jak i zarządczej. Jako jeden z kluczowych elementów rachunkowości finansowej

jest źródłem generowania następujących informacji kosztowych [Kulis, Kulis i Stylo 1999, s. 9]:

- koszt wytworzenia usług zdrowotnych,
- koszty ogólnego zarządu (koszty zarządu, koszty sprzedaży i koszty ogólnozakładowe),
- wartość czynnych i biernych rozliczeń międzyokresowych.



Rysunek 1. Schemat rachunku kosztów dla zakładu opieki zdrowotnej.

Źródło: [Jaklik i Micherda 1993 za: Stylo 2002, s. 12].

Dzięki tak zgromadzonym informacjom możliwe jest w dalszej kolejności sporządzenie, między innymi, rachunku zysków i strat oraz kalkulacja kosztu jednostkowego świadczenia zdrowotnego. Znacznie szerszy zakres wykorzystania rachunku kosztów daje rachunkowość zarządcza, na potrzeby której przyjąć można następującą definicję: [Kulis, Kulis i Stylo 1999, s. 9]:

„Rachunek kosztów to ogół działań zmierzających do odzwierciedlenia procesów działalności medycznej, zachodzących w jednostce poprzez ujęcie, zgrupowanie i interpretację w określonych przekrojach kosztów własnych wytwarzania i zbytu świadczeń zdrowotnych, będących efektem działalności zakładu opieki zdrowotnej, mierzonych ilościowo i wartościowo za pewien okres czasu, w celu uzyskania możliwie wszechstronnych informacji potrzebnych do ustalenia wyników i kierowania zakładem”.

Wytyczne formalne w zakresie sposobu prowadzenia rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej odnoszą się zarówno do ujęcia rodzajowego kosztów, jak i ich ewidencji w układzie przedmiotowo-podmiotowym, definiując ośrodki kosztów, jakie należy rozróżnić i wyodrębnić. Jeśli chodzi o zaopatrzenie medyczne, to ewidencja kosztów według kryterium rodzajowego obejmuje:

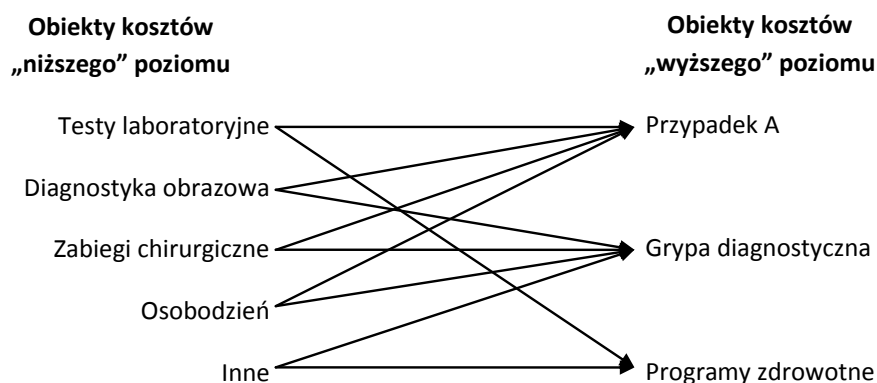
„1. zużycie materiałów, w tym zużycie:

- a. leków,
- b. żywności,
- c. sprzętu jednorazowego użytku,
- d. odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych,...” [Rozporządzenie MZiOS z 22 grudnia 1998]

Ewidencja i rozliczanie w oparciu o ośrodki kosztów wymaga właściwego ich umiejscowienia w procedurze medycznej. Rysunek 2 ilustruje zasady agregacji obiektów (nośników kosztów).

Znajdowanie kosztów

Przyporządkowanie obiektów kosztów „wyższemu poziomowi”



Rysunek 2. Zasady przyporządkowywania obiektów (nośników) kosztów.

Źródło: [Ministerstwo Zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznych 2007, s. 2].

Podstawowe założenie tej metody brzmi: [Ministerstwo Zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznych 2007, s. 2]

„koszt realizacji świadczenia opieki zdrowotnej (leczenia poszczególnych pacjentów, czy przypadków chorobowych) powinien składać się z następujących kosztów jednostkowych:

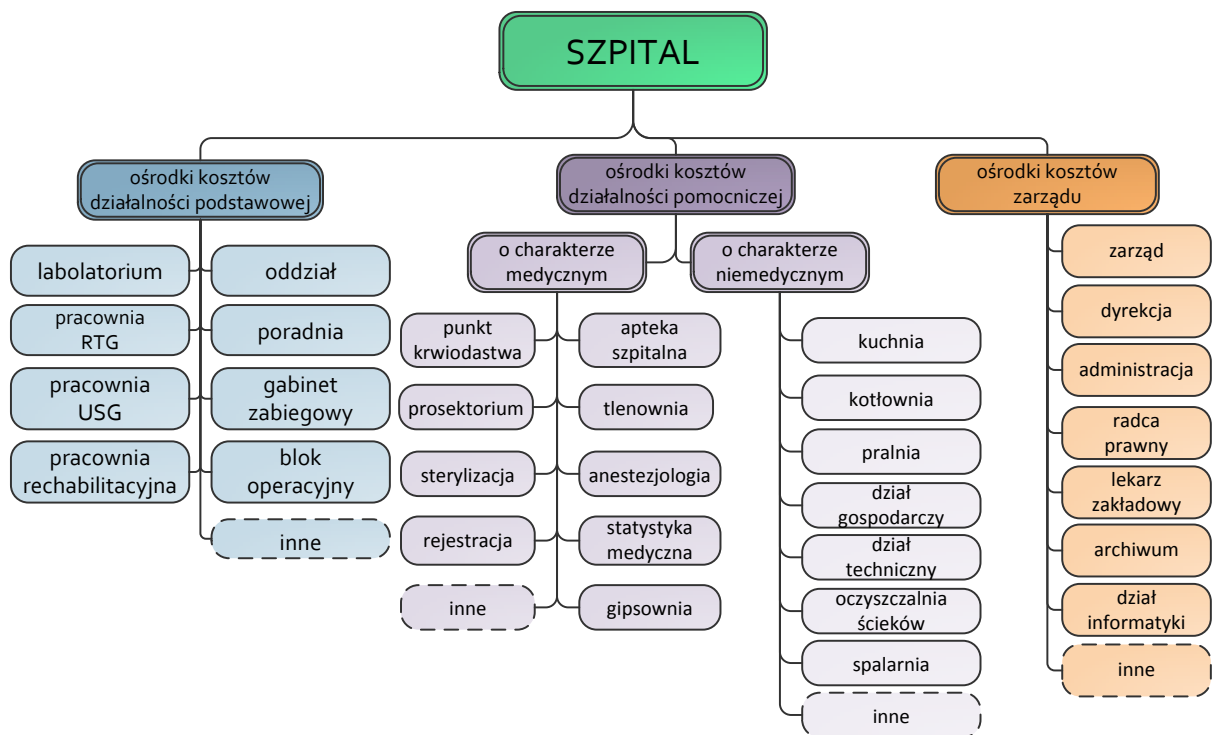
- procedur medycznych,
- leków (produktów leczniczych),
- pobytu w oddziale,
- innych świadczeń towarzyszących.

Dopiero zsumowane koszty jednostkowe określają pełen koszt leczenia pojedynczego pacjenta czy przypadku chorobowego (świadczenia opieki zdrowotnej). Każda z wymienionych składowych jest równie istotna dla prawidłowego oszacowania kosztu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w poszczególnych przypadkach chorobowych, jednakże analizy kosztów leczenia pacjentów z określoną jednostką chorobową w danym oddziale wykazują, że elementami najbardziej różnicującymi są właśnie wykonane procedury zabiegowe oraz zastosowana farmakoterapia (przy założeniu zbliżonej długości pobytu).” Następuje zatem zużycie zasobu w wyniku realizacji procedury oraz wdrożenia farmakoterapii, a to z kolei generuje potrzebę zaopatrzenia w wyroby medyczne i produkty lecznicze.

Identyfikacja miejsc powstawania potrzeby zaopatrzenia medycznego, tożsamych z miejscem zużywania tych zasobów możliwa jest na drodze analizy podziału i klasyfikacji ośrodków kosztów szpitala. Ośrodki kosztów są to tzw. miejsca powstawania kosztów (MPK), czyli miejsca świadczące różnego rodzaju usługi, które – w zakładach opieki zdrowotnej dzielą się na trzy kategorie:

- ośrodki kosztów działalności podstawowej,
- ośrodki kosztów działalności pomocniczej,
- ośrodki kosztów zarządu.

Przykładowy podział ośrodków kosztów oraz alokacje w nich nośników powstawania kosztów ilustruje rysunek 3. Widać z niego, że potrzeba zaopatrzenia medycznego generowana jest zużyciem zasobów w bardzo wielu miejscach powstawania kosztów, zarówno w ośrodkach działalności podstawowej, jak i pomocniczej.



Rysunek 3. Podział i klasyfikacja ośrodków kosztów szpitala.

Źródło: [Kulis, Kulis i Styło 1999, s. 73]

Wszędzie tam, gdzie wykonuje się czynności składające się na procedurę diagnostyczną lub leczniczą, wykorzystuje się wyroby medyczne lub, a czasem równolegle, z wykorzystaniem produktów leczniczych. Typowe przykłady, to – z zakresu działalności podstawowej: blok operacyjny, gabinety zabiegowe, pracownie diagnostyczne, zaś z działalności pomocniczej, o charakterze medycznym: anestezjologia, tlenownia, centralna sterylizatornia.

Jak wynika z przedstawionej charakterystyki ośrodków kosztów szpitala, miejsc powstawania kosztów zaopatrzenia medycznego jest wiele. Właściwe ewidencjonowanie wszystkich części składowych, decydujących o wysokości kosztu wytworzenia usługi opieki medycznej, w tym kosztu zaopatrzenia medycznego, jest jednym z fundamentalnych warunków dla podjęcia działań zmierzających do racjonalizacji kosztów tych procesów. Z kolei dążenie do ujednoczenia i standaryzacji sposobów ewidencji kosztów pomiędzy podmiotami, które mają ze sobą współpracować, może decydować o sukcesie wspólnego przedsięwzięcia, jakim są zakupy grupowe.

1.4. Kontekst prawny zaopatrzenia medycznego i jego wpływ na efektywność procesów zakupowych

Poziom na jakim kształtuje się efektywność procesów zakupowych, jest ściśle powiązana z realiami prawnymi, w których szpitale publiczne zobligowane są prowadzić działalność. Rzeczywistość funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, w tym szpitali, w obszarze zakupów zdeterminowana jest przede wszystkim koniecznością stosowania przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych [Ustawa z 29 stycznia 2004], która określa tryb nabywania produktów w drodze przetargów. Kolejne regulacje determinujące praktykę organizacji zamówień, wynikają z przepisów Ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych [Ustawa z 17 grudnia 2004]. Artykuł 17. tej ustawy uznaje za działania będące naruszeniem dyscypliny finansów publicznych te, które są niezgodne z przepisami o zamówieniach publicznych. Stwarza to zatem konieczność łącznego spełnienia warunków określonych przez przepisy obydwu aktów prawnych przy ogłaszaniu postępowań przetargowych na rynku medycznym. W myśl kolejnych artykułów Ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, naruszeniem dyscypliny są także działania skutkujące:

- dokonaniem wydatku powodującego przekroczenie kwoty wydatków ustalonej w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych,
- zaciągnięcie zobowiązania niemieszczącego się w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych. [art. 17 Ustawy z 17 grudnia 2004]

Realia przytoczonych przepisów prawa, obligujących zamawiającego do priorytetowego traktowania kryteriów cenowych oferty, potęguje fakt ograniczonej zasobów jakimi dysponuje zamawiający. Oczywiście zasoby te są zawsze ograniczone, jednak sytuacja publicznej sfery systemu ochrony zdrowia w Polsce uwarunkowana jest dodatkowymi źródłami niedoborów, wynikającymi z konsekwencji społeczno-gospodarczych przekształceń systemowych, poziomu finansowania systemu i jego sprawności funkcjonowania wynikającej między innymi z jakości zarządzania. W konsekwencji takich uwarunkowań prawnych i ekonomicznych, kształtuje się obraz praktyki organizacji przetargów w szpitalach sprowadzający się często do stosowania ceny, jako dominującego, a nierzadko wręcz jedyne kryterium w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

Relacja pomiędzy realiami prawnymi wynikającymi z aktów prawnych, a efektywnością działań zakupowych polega na tym, że w wyniku postępowań

rozstrzyganych głównie w oparciu o cenę – zamawiający nie są w stanie nabyć wyrobów, sprzętu w takim standardzie oraz jakości, jaka odpowiada ich potrzebom i wymogom zakupionych wcześniej i stosowanych już w szpitalu technologii. Paradoks polega jednak na tym, że obowiązujące aktualnie prawo w zakresie zamówień publicznych nie ogranicza listy kryteriów możliwych do ustanowienia w postępowaniu wyłącznie do ceny. W środowisku prawniczym reprezentującym branżę medyczną w Polsce, rozpowszechniona jest opinia, że przyczyną takiego stanu rzeczy, w którym około 95% przetargów rozstrzyga się w oparciu o kryterium ceny jest brak należytej wiedzy i doświadczenia organizatorów postępowań, które pozwalają przygotować opis przedmiotu zamówienia w oparciu o kryteria inne niż cena. Zarówno rodzime prawo zamówień publicznych, jak i regulacje unijne zawarte w dyrektywie klasycznej 2004/18/WE³ i dyrektywie sektorowej 2004/17/WE⁴, wskazują listę innych dostępnych kryteriów oceny ofert, które mogą być stosowane łącznie (wybrane z listy kryteria w danym postępowaniu), bądź pojedynczo. Wachlarz dostępnych rozwiązań zawiera albo wyłącznie najniższą cenę, albo, w przypadku, gdy zamówienia udziela się na podstawie oferty najkorzystniejszej ekonomicznie z punktu widzenia instytucji zamawiającej, różne kryteria odnoszące się do danego zamówienia publicznego. Przykładowe z nich to: jakość, cena, wartość techniczna, właściwości estetyczne i funkcjonalne, aspekty środowiskowe, koszty użytkowania, rentowność, serwis posprzedażny oraz pomoc techniczna, termin dostarczenia lub czas dostarczenia czy realizacji, zobowiązania związane z dostarczeniem części zamiennych oraz bezpieczeństwo dostaw.

Decyzje dotyczące doboru kryteriów w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego należą do sfery polityki handlowej, której kształtowanie jest domeną dyrekcji szpitala na najwyższym szczeblu zarządzania. Jednak inicjatywa w tym zakresie może pochodzić od kierownika – menedżera działu zamówień publicznych czy działu zaopatrzenia (logistyki) – zależnie od struktury organizacyjnej danego szpitala. W nomenklaturze stanowisk pracy instytucji publicznych w Polsce, do jakich należy szpital, wciąż jeszcze niezbyt często używa się pojęcia menedżer, dla określenia stanowisk kierowniczych. Dla potrzeb dysertacji autor przyjął pogląd, który utożsamia pojęcia kierownik i menedżer, nazywając tak za P. Bartkowiakiem osoby, które: [Bartkowiak i Niewiadomski 2011, s. 30] „są związane z kierowaniem organizacjami i komórkami organizacyjnymi bezpośrednio przeznaczonymi do wykonywania zadań w celu realizacji założonych celów. Podstawowe atrybuty wyróżniające stanowisko kierownicze od wykonawczego, to:

- formułowanie, zatwierdzanie lub przekazywanie zadań do wykonania,
- wykonywanie zadań za pośrednictwem podwładnych,

- wypełnianie wszystkich funkcji kierowniczych – planowanie, organizowanie, przewodzenie, kontrolowanie,
- wypełnianie funkcji personalnej w zakresie oceniania, opiniowania oraz planowania karier podwładnych,
- możliwość delegowania uprawnień.”

Z kolei u Petera Druckera można znaleźć stwierdzenie, że: [Drucker 2008, s. 261] „każdy ekspert pracujący we współczesnej organizacji jest menedżerem, jeśli z racji swojej pozycji lub wiedzy jest odpowiedzialny za coś, co w sposób istotny wpływa na zdolność organizacji do osiągnięcia wyników... Człowiek taki musi podejmować decyzje, a nie tylko wykonywać polecenia. Musi odpowiadać za to, co sam daje organizacji. Z racji wiedzy, jaką posiada, oczekuje się, że jest on lepiej niż inni wyposażony, by podejmować właściwe decyzje.”

Z przedstawionych stanowisk można wywnioskować, że menedżerowie odpowiedzialni za zaopatrzenie medyczne w szpitalach są ekspertami, którzy powinni w taki sposób zarządzać procesami realizowanymi wewnątrz swoich działów, aby zapewnić szpitalowi wynik w postaci zakupu właściwych wyrobów medycznych i produktów leczniczych, niezbędnych do wytworzenia usługi zdrowotnej. Jako eksperci w swoich dziedzinach nie powinni zatem, ograniczać się wyłącznie do stosowania ceny, jako jedyne kryterium rozstrzygnięcia postępowań o udzielenie zamówienia publicznego.

Luka kompetencyjna w działaniach organizatorów postępowań przetargowych na rynku medycznym, skutkująca unikaniem korzystania z kryteriów innych niż cena, stanowi jeden z pierwszych obszarów do zagospodarowania przez nowe podmioty na rynku zamówień publicznych, jakimi mogą być operatorzy przetargowi, w postaci zewnętrznych podmiotów działających w imieniu i na rzecz grupy zakupowej szpitali. Transfer know – how z rozwiniętych, pod tym względem, rynków może przyczynić się do uzyskania lepszego - dla szpitala - efektu końcowego postępowania, w wymiarze relacji jakości wynikającej z parametrów oferty, do jej ceny. Poszukiwanie optymalnej kombinacji kryteriów: cenowych, jakościowych, użyteczności i wszelkich innych, jakimi może się posłużyć zamawiający przy rozstrzygnięciu postępowania, jest głównym wymiarem efektywności postępowań przetargowych.

Efektywność jest pojęciem wieloznacznym. W „Małej encyklopedii prakseologii i teorii organizacji”, znaleźć można jego interpretację jako: „efektywność, dodatnia cecha działań (ocena) dających jakiś oceniany pozytywnie wynik bez względu na to czy był on zamierzony (działanie skuteczne i efektywne), czy nie zamierzony (działanie efektywne);”. [Pszczółowski 1978, s. 60] W terminologii języka polskiego słowo to oznacza: „pozytywny

wynik, wydajność, skuteczność, sprawność” [Słownik Języka Polskiego PWN 2002, s. 484]. Efektywność ekonomiczna to termin, który encyklopedia [Wielka Encyklopedia PWN 2002, s. 53] opisuje jako relację efektu do nakładu, uznając za podstawowe relacje efektywnościowe następujące pojęcia: wydajność pracy, produktywność majątku trwałego, efektywność inwestycji, materiałochłonność i energochłonność produkcji. Interpretację pojęcia efektywności najbardziej użyteczną, zdaniem autora, dla rozważań nad oceną efektywności procesów zakupowych, znaleźć można w *Słowniku ekonomii* [Black 2008, s. 97]: efektywność to „osiągnięcie danych wyników możliwie najmniejszym kosztem lub osiągnięcie możliwie dużego produktu z danej ilości materiałów”. I dalej: „Efektywność przy wyborze zestawu dóbr oznacza wybranie takiego ich zestawu, aby nie była możliwa wymiana dóbr powodująca lepszą sytuację jednego konsumenta kosztem sytuacji drugiego”. Stosując te interpretacje pojęcia efektywności do procedur przetargowych należy się skoncentrować na ocenie uzyskanego standardu zakupu i jego jakości w relacji do ceny oferty. W takim ujęciu, prawdopodobieństwo uzyskania wyniku postępowania w postaci wyboru oferty satysfakcjonującej zamawiającego pod względem zaspokojenia potrzeb funkcjonalnych przyszłych użytkowników, bez obwarowania postępowania kryteriami poza cenowymi, a w szczególności parametrami jakościowymi wyrobów medycznych – jest znikome lub wręcz zerowe.

Za podstawową miarę efektywności procesów zakupowych, realizowanych drogą postępowań przetargowych można więc uznać, stopień zrealizowania celu w postaci uzyskania optymalnej (pożądaney, spodziewanej) relacji jakości do ceny, przy założeniu, że jakość jest stopniem spełnienia postulatów zawartych w opisie przedmiotu zamówienia. Przy czym, należy to odnieść raczej nie do formalnego dokumentu w postaci Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (w skrócie SIWZ), ale opisu parametrów i potrzeb, jakie są kluczowe dla finalnego użytkownika wyrobu/sprzętu – np. operatora na bloku operacyjnym. Oczywiście przyjęcie takiego założenia nakłada na zamawiającego konieczność formalnego zdefiniowania kryterium jakości w dokumentacji przetargowej. Tylko wówczas ocena efektywności może być przeprowadzona z wykorzystaniem jakiejś stopniowalnej skali, bowiem ocena efektu postępowania, gdzie oceniano wyłącznie wartość oferty może być tylko zero – jedynkowa: „efektywne”, „brak efektów”.

Jedną z przyczyn niedostatecznego wykorzystania kryteriów innych niż cena jest większy nakład pracy niezbędnej do wykonania przy postępowaniu z wykorzystaniem więcej niż jednego kryterium oraz obawa o ich właściwe zastosowanie. Prawo nakłada bowiem obowiązek precyzyjnego ich zdefiniowania, ustalenia wag kryteriów i ich enumeracji, co musi

zostać zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Wydaje się, że kryterium „jakość” w postępowaniach przetargowych, jakie mają miejsce w branży medycznej powinno cieszyć się szczególnym zainteresowaniem, z uwagi na misję podmiotów opieki zdrowotnej, w roli użytkowników zamawianych wyrobów. Zaawansowanie i postęp technologiczny nakazują jednak, precyzyjnie i jednoznacznie zdefiniować ten parametr w postępowaniach przetargowych.

Tabela 2 zawiera zestawienie kilku definicji pojęcia „jakość”, w tym: jakość usług i jakość usług medycznych oraz kilku interpretacji zagadnień związanych z oceną jakości. Zarówno A. Hamrol, jak i R. Karaszewski wskazują na wieloaspektowość i wielopłaszczyznowość pojęcia „jakość”, dla którego trafność i adekwatność definicji zależy, przede wszystkim, od przedmiotu rozważań. Inny jest wymiar jakości usług, inny wyrobów, podobnie jak różnego znaczenia nabiera ona dla wytwórców, a innego dla konsumentów. R. Karaszewski określa tę problematykę mianem „multiperspektywicznego definiowania jakości”, wyróżniając za Garvinem pięć jej aspektów: transcendentalną, produktową, użytkownika, procesu wytwórczego oraz wartości. [Karaszewski 2003, s. 36] U autorów tych znaleźć można zagadnienia dotyczące oceny jakości możliwej do wykorzystania jako, podlegający ewaluacji, parametr w postępowaniach przetargowych. A. Hamrol rozróżnia przy tym ocenę jakości w odniesieniu do wyrobów i w odniesieniu do usług, co może mieć zastosowanie przy definiowaniu kryterium w postępowaniach przetargowych z zakresu zaopatrzenia medycznego. Kolejne definicje koncentrują się na jakości w usługach (J. Łańcucki), a w przypadku R. J. Maxwell na usługach medycznych. W rozważaniach na temat jakości wielu autorów wskazuje również na takie elementy, jak: atrybuty jakości usługi oraz kryteria konsumenckiej oceny jakości, które podkreślają znaczenie niematerialnych aspektów obsługi klienta, wpływających na jego satysfakcję z dostarczonej usługi.

Zaprezentowany przegląd definicji oraz aspektów i wymiarów pojęcia „jakość”, odnosi się do usługi medycznej, jako finalnego produktu oferowanego i dostarczanego przez świadczeniodawcę, którym jest szpital finalnemu odbiorcy, czyli pacjentowi. Jednak poziom satysfakcji pacjenta jest w znacznej mierze uzależniony od elementów składowych tej usługi, do których można zaliczyć dostarczenie właściwych wyrobów medycznych i produktów leczniczych. Zatem rozważania dotyczące jakości usługi można rozszerzyć na zakres współpracy: dostawca – szpital. W takim ujęciu można analizować i oceniać obsługę klienta, jakim jest szpital i jego satysfakcję z dostarczonej usługi. O roli satysfakcji klienta pisze I. P. Rutkowski: „Od poziomu zadowolenia klienta zależy, czy firma będzie generowała zyski, które są warunkiem jej długookresowego istnienia na rynku. Zadowolenie klienta może być

Tabela 2. Przegląd definicji i interpretacji pojęcia jakość.

Miejsce publikacji lub autor definicji	Definicja i/lub interpretacja pojęcia jakość
Słownik Języka Polskiego PWN	Jakość: „właściwość, rodzaj, gatunek, wartość; zespół cech stanowiących o tym, że dany przedmiot jest tym przedmiotem, a nie innym .”
Wielka Encyklopedia PWN	Jakość: 1) „Kategoria metafizyczna przeciwstawna ilości; jedna z 9 wyróżnionych przez Arystotelesa przypadłości, wyrażająca określoność substancji cielesnej i ujawniająca w niej specyficzne przyporządkowanie materii do formy;... 2) Własność doznawana za pomocą zmysłów...”
Norma PN-ISO 8402	Jakość: „ogół cech i właściwości wyrobu lub usługi decydujących o zdolności wyrobu do zaspokojenia stwierdzonych lub przewidywanych potrzeb.”
J. Łańcucki	„ Jakość usługi jest to stopień, w jakim ogół nieodłącznych właściwości usługi spełnia wymagania klienta.”
A. Hamrol	„Najbardziej reprezentatywne charakterystyki wyrobów i usług, najczęściej brane pod uwagę przy ocenie jakości : a) w odniesieniu do wyrobu: • niezależnych od czasu, określających zgodność z wymaganiami, • zależnych od czasu, związanych z niezawodnością; b) w odniesieniu do usług: • określających profesjonalność, • określających czas oczekiwania i realizacji.”
R. Karaszewski	„Często jakość produktu jest oceniana przez pryzmat jego niezawodności i trwałości. W pierwszym przypadku akceptacja produktu zależy od jego zdolności do satysfakcjonującego funkcjonowania przez pewien czas. W drugim postrzeganie jakości produktu wyznacza długość okresu jego użytkowania.”
R. J. Maxwell	Sześć podstawowych wymiarów jakości usług medycznych: 1) dostępność świadczeń zdrowotnych, 2) dostosowanie opieki medycznej do potrzeb pacjenta, 3) skuteczność leczenia, 4) ciągłość opieki zdrowotnej, 5) zadowolenie z opieki, 6) wydajność, którą w opiece zdrowotnej należy traktować jako liczbę wyleczonych pacjentów przy ograniczonych zasobach personalnych, materialnych i finansowych.
L. L. Barry A. Parasuraman V. A. Zeithamal	Atrybuty jakości usługi: 1) atrybuty materialne, 2) niezawodność, 3) wrażliwość, 4) kompetencja, 5) uprzejmość, 6) wiarygodność, 7) bezpieczeństwo, 8) dostępność, 9) komunikatywność, 10) zrozumienie.
J. A. Fitzsimmons M. J. Fitzsimmons	Kryteria konsumentckiej oceny jakości: 1) solidność i niezawodność, 2) zdolność reagowania (otwartość i wrażliwość), 3) empatia, 4) materialne komponenty procesu usługowego

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Słownik Języka Polskiego PWN 2002, s. 769], [Wielka Encyklopedia PWN 2002, s. 365], [PN-ISO 8402:1994 -1996], [Łańcucki 2010, s.36], [Hamrol 2008, s.23], [Karaszewski 2003, s. 50], [Dobska i Dobski 2012, s. 89], [Urbaniak 2004, s. 27].

wskaźnikiem sytuacji finansowej przedsiębiorstwa. Przez dostarczenie określonej wartości dla klienta firma pozyskuje lojalnych odbiorców oferty, tworzy się wtedy trwała sieć relacji. Do wartości dla klienta można zaliczyć połączenie kilku korzyści osiąganych przez odbiorców m.in.: jakość, cenę, wygodę, punktualną dostawę oraz usługi przy-, przed- i posprzedażowe.” [Rutkowski 2011, s. 36]

Pogląd ten, w istocie, zawiera w sobie kluczowe idee współpracy operatora przetargowego z grupą zakupową szpitali. Mówi bowiem o satysfakcji klienta, bez której nowy model nie upowszechni się, zwraca uwagę na trwałość sieci relacji, co jest fundamentem współdziałania większej liczby podmiotów, oraz wymienia kombinację korzyści, których osiągnięcie może być trudne, w sytuacji dominacji kryterium „cena”, w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego.

Stanowi to zatem kolejny argument na rzecz ustanowienia także innych, poza ceną, parametrów w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego.

W odniesieniu do wyrobów medycznych opis parametru „jakość”, jako kryterium w przetargu, musi uwzględniać cechy i parametry specyficzne dla przeznaczenia tych wyrobów. Zalicza się do nich między innymi: funkcjonalność, bezawaryjność, trwałość, posiadane certyfikaty, opinie użytkowników potwierdzone referencjami, oceny dokonywane podczas prezentacji i testowania wyrobów w toku postępowania.

Zakres wpływu uwarunkowań prawnych na efektywność postępowań przetargowych można analizować z jeszcze jednej perspektywy. W myśl przytoczonej definicji ze Słownika Języka Polskiego PWN, efektywność to także wydajność, skuteczność i sprawność. Parametry te nabierają szczególnego znaczenia w kontekście oceny sposobu działania komórek organizacyjnych odpowiedzialnych w placówkach służby zdrowia za organizację postępowań. Wnikliwa analiza i ocena pracy tych struktur może dotyczyć na przykład ilości ogłaszanych i rozstrzyganych postępowań, a w wymiarze oceny kompetencji kierujących nimi osób – przykładowo: liczby skarg i odwołań do instancji rozstrzygających, jakimi są Krajowa Izba Odwoławcza lub sądy. Ocena nakładów pracy koniecznych do poniesienia przy organizacji przetargów, a wynikających z omawianych uwarunkowań prawnych w systemie ochrony zdrowia, jest szczególnie istotna w kontekście podjętej, na potrzeby dysertacji, problematyki racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego. Koszty działań i procesów obsługi zamówień i samych zamówień nie są przecież podstawowym obszarem działań i zadań, do których powołane są placówki ochrony zdrowia. Ocena efektywności i sprawności funkcjonowania tego zakresów działań polskich szpitali stanowiła jeden z obszarów badawczych autora, co zostało zaprezentowane w dalszej części pracy.

Konieczność krytycznego spojrzenia na zagadnienie efektywności procesów zakupowych występuje nie tylko z uwagi na zaprezentowane wcześniej ujęcia kosztów, ale także wypływa niejako samoistnie – z natury struktury własnościowej polskich szpitali. W Polsce istnieje zdecydowana dominacja majątku publicznego, co w odniesieniu do instytucji szpitala publicznego – *expressis verbis* – nie tylko uzasadnia, ale wręcz nakazuje konieczność weryfikacji efektywności procesów tam zachodzących.

Rozpatrując zagadnienie efektywności procesów zakupowych w szpitalach warto zwrócić uwagę na fakt, że poziom ponoszonych kosztów zaopatrzenia stanowi punkt wyjścia dla określenia pozycji konkurencyjnej danej placówki na rynku. Pomimo funkcjonowania obecnie w Polsce faktycznego monopolu jednego płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), ma się już teraz do czynienia z sytuacją konkurowania szpitali między sobą o wielkość kontraktu, a więc o wielkość przychodów. Sytuacja ta stanie się jeszcze bardziej wyraźna z chwilą pełnego uwolnienia rynku przez państwo w charakterze regulatora, to jest w obliczu zaistnienia nowych graczy – nowych ubezpieczycieli, jako alternatywy i rzeczywistej konkurencji dla NFZ. Będą oni wybierali oferty cechujące się najlepszą relacją jakości do ceny usług, które muszą być kalkulowane w oparciu o poziom kosztów.

1.5. Sposób organizacji zaopatrzenia medycznego

Minione dwie dekady funkcjonowania szpitali, w sferze zaopatrzenia medycznego, to praktyka organizacji postępowań przetargowych przez każdy podmiot osobno. W zdecydowanej większości były one przeprowadzane w postaci odrębnych przetargów na praktycznie każdy obszar asortymentowy. Szacunki ilościowe zapotrzebowania, a w następstwie tego – poprzetargowe umowy handlowe – były na ogół umowami rocznymi, rzadziej dwu lub trzyletnimi. Konwencja stosowania przepisów Ustawy z 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych, dotyczy nie tylko inwestycji i zakupów trwałego sprzętu medycznego, ale także całości asortymentu zużywalnego, jednorazowego w zakresie produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Przedstawiona formuła realizacji procesów zakupowych przez szpitale narzuca określony schemat wzajemnych relacji dostawców ze szpitalami, który opiera się na indywidualnym kontakcie producenta (dystrybutora, dostawcy) z każdym pojedynczym szpitalem, który występuje w roli organizatora postępowania przetargowego. W konsekwencji takiej organizacji procesów ma się do czynienia z kilkudziesięcioma postępowaniami w skali roku, ogłaszanymi przez każdy szpital (dokładna ich liczba jest uzależniona przede wszystkim od profilu działania danej placówki i wynikających z niego potrzeb zaopatrzeniowych), w których oferty składa niejednokrotnie kilkunastu oferentów.

Tak duża liczba różnorodnych postępowań wymaga wyodrębnienia osobnej jednostki organizacyjnej w szpitalu, która zajmuje się tylko organizacją przetargów – najczęściej w formie działu zamówień publicznych, działu logistyki czy podobnych. Przykładowy katalog zadań związanych z zaopatrzeniem medycznym ukazuje fragment regulaminu organizacyjnego Szpitala Wojewódzkiego w Opolu [Szpital Wojewódzki w Opolu 2006]:

„Do zadań Działu Logistyki należy w szczególności:

- 1) w zakresie zaopatrzenia:
 - a. opracowywanie planów potrzeb zakupów materiałów na podstawie składanych zapotrzebowań z poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
 - b. sporządzanie zamówień zgodnie z podpisanymi umowami na faktyczną ilość potrzebnego asortymentu
 - c. bieżące kontrolowanie stanów magazynowych i uzupełnianie o brakujące artykuły;
- 2) zabezpieczenie przewozów posiadаныmi środkami transportowymi;
- 3) w zakresie działalności informatycznej Szpitala:

- a. ustalanie kierunków działań i koordynowanie przedsięwzięć informatycznych w Szpitalu,
 - b. współdziałanie informatyczne z innymi jednostkami w zakresie organizowania i stosowania informatyki,
 - c. współdziałanie z organami samorządu terytorialnego, Narodowym Funduszem Zdrowia, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie wprowadzania nowych programów,
 - d. inicjowanie i organizowanie szkoleń pracowników Szpitala w zakresie stosowanych programów,
 - e. zapewnienie ochrony i bezpieczeństwa danych zawartych w zbiorach systemu informatycznego Szpitala przez Administratora Bezpieczeństwa Informacji,
 - f. prowadzenie strony internetowej i BIP Szpitala;
- 4) przeprowadzanie postępowań o udzielanie zamówień publicznych;
- 5) organizacja pracy podległych magazynów...”.

Pomimo dedykowania tym zadaniom osobnych komórek organizacyjnych, nie są one w stanie całkowicie samodzielnie i sprawnie przeprowadzić całego postępowania, zwłaszcza w obszarze właściwego zdefiniowania merytorycznego opisu przedmiotu zamówienia. Każde postępowanie przetargowe wymaga zaangażowania po stronie szpitala wielu specjalistów z danej dziedziny, występujących w charakterze konsultantów i członków komisji przetargowych. Taka potrzeba wynika z co najmniej dwóch powodów:

- ogromnego zróżnicowania asortymentowego poszczególnych potrzeb zakupowych,
- złożoności ofert wynikających z zaawansowania technologicznego współczesnych wyrobów i materiałów medycznych.

Przypisanie właściwym komórkom organizacyjnym zadań związanych z zamówieniami nie określa jednoznacznie podziału kompetencji w zakresie przygotowania przedmiotu zamówienia, którego dotyczy procedura przetargowa. Istotną rolę w tym zakresie odgrywa także apteka szpitalna, jako odrębna komórka organizacyjna.

Prawo farmaceutyczne, w artykule 87 ust. 1 pkt 2 jednoznacznie określa, że apteki szpitalne, to apteki zaopatrujące szpitale lub inne przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. [Ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne]

Apteki szpitalne świadczą usługi farmaceutyczne określone w art. 86 ust. 2 ustawy, a ponadto świadczą usługi farmaceutyczne, obejmujące:

- sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego,
- sporządzanie leków do żywienia dojelitowego,
- przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych,
- wytwarzanie płynów infuzyjnych,
- organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
- przygotowywanie roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej,
- udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków,
- udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala,
- udział w racjonalizacji farmakoterapii,
- współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu [Ustawa z 6 września 2001].

Jeszcze szerszy katalog zadań związanych z zaopatrzeniem medycznym można znaleźć w definicji apteki określonej przez Międzynarodową Federację Farmaceutyczną (International Pharmaceutical Federation, FIP). Według zapisów Zespołu Konsultacyjnego Rady Europy apteka szpitalna jest odpowiedzialna za: [Grześkowiak 2011, s. 1]

- zakup i zarządzanie zapasami leków i prowadzenie rachunku materiałowego z uwzględnieniem właściwego przechowywania leków oraz monitorowania leków na oddziałach, gabinetach i przychodniach; do zadań apteki należy również opracowanie i stosowanie procedur przy zakupach leków i materiałów medycznych włącznie z preparatami krwiopochodnymi, radiopreparatami, gazami medycznymi, środkami dezynfekującymi, opatrunkami i bandażami, drobnym sprzętem chirurgicznym, medyczno-chirurgicznym sprzętem jednorazowego użytku, protezami, implantami itp.,
- zaopatrzenie oddziałów szpitalnych w leki, preparaty do żywienia jelitowego i pozajelitowego, środki kontrastowe, opatrunki biomateriały i sprzęt medyczny,
- wybór i nadzór nad systemem dystrybucji (system „unit dose”) leków, materiałów medycznych i innych w tym nadzór i rozliczenie leków i wyrobów medycznych występujących na oddziałach, punktach zabiegowych poprzez rozliczenie indywidualnego pacjenta. Szczególną uwagę należy zwrócić na nowoczesne systemy dystrybucyjne wspierające ekonomiczne aspekty gospodarki szpitala w tym wprowadzanie standardów i procedur medycznych oraz kontrolę indywidualnych kosztów leczenia, co wymaga zwiększonego zaplecza lokalowego, sprzętowego i logistycznego,

- udział w Komitecie terapeutycznym i redagowanie lekospisu szpitalnego - zadania te są realizowane przez dwa narzędzia; Receptariusz Szpitalny będący zbiorem zasad obowiązujących cały personel szpitala w zakresie ordynowania i dyspensowania produktów leczniczych oraz uczestniczenie w pracach komitetu terapeutycznego, analiza nowowprowadzanych produktów w zakresie bezpieczeństwa stosowania, kosztów terapii oraz porównania z innymi preparatami dostępnymi na rynku,
- wykonywanie analiz farmakoeconomicznych i opracowań ekonomicznych w celu obniżenia kosztów leczenia, w tym planowanie potrzeb asortymentowo-finansowych, kontrola i analizy zużycia leków, zarządzanie aptecznym systemem informatycznym, jako integralną częścią informatycznego systemu szpitalnego.

Zaprezentowana formuła organizacji postępowań w szpitalach publicznych, oparta na założeniu odrębnego procedowania w zakresie niemal każdego obszaru asortymentowego wymaga stworzenia ram organizacyjnych i proceduralnych znacznie wykraczających poza podstawowy obszar działalności szpitala. Alternatywą dla samodzielnych działań szpitala jest outsourcing procesów służących zaspokojeniu potrzeb zaopatrzenia medycznego i powierzenie ich specjalistycznemu podmiotowi, który może to robić w imieniu i na rzecz grupy podmiotów. Outsourcing jest jednym z najczęściej obecnie wykorzystywanych narzędzi restrukturyzacji w organizacjach medycznych. Jednym z twórców idei outsourcingu, jako metody zarządzania, był Henry Ford, który w 1923 roku sformułował zasadę mówiącą, że „Jeśli jest coś, czego nie potrafimy zrobić wydajniej, taniej i lepiej niż nasi konkurenci, nie ma sensu żebyśmy to robili; powinniśmy zatrudnić do wykonania tej pracy kogoś, kto zrobi to lepiej niż my”. [Skalik 2009, s. 497]

Mnogość i złożoność procesów zaopatrzenia realizowanych samodzielnie przez szpital, jednoznacznie uzasadnia zainteresowanie efektywnością działań prowadzonych w tym obszarze. Wyrazem tych studiów tematyki podjętych przez autora, są badania empiryczne w ich części dotyczącej sposobu organizacji postępowań przetargowych na potrzeby zaopatrzenia medycznego, których wyniki zostaną zaprezentowane w dalszej części dysertacji. W celu stworzenia swoistej mapy percepcji wyników tych badań, kolejny rozdział poświęcono próbie określenia roli szpitalnictwa w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Rozdział 2. Rola szpitalnictwa w systemie ochrony zdrowia w Polsce

2.1. Elementy systemu ochrony zdrowia

Przestrzeń życia społeczno-ekonomicznego niemal każdego kraju współczesnego świata wypełniona jest w znacznej mierze zagadnieniami sfery ochrony zdrowia, co wynika zarówno z potrzeb jego obywateli, jak i roli państwa, do którego podstawowych zadań należy realizowanie właściwej polityki zdrowotnej. Stopień trudności w realizacji tej misji uwarunkowany jest wieloma zmiennymi, z których kilka ma znaczenie fundamentalne:

- świadomość zagadnień profilaktyki i ochrony zdrowia oraz stylu życia,
- ogólny stan zdrowia społeczeństwa i przekrój kluczowych problemów zdrowotnych obywateli,
- dostęp do usług medycznych i poziom technologiczno-jakościowy infrastruktury leczniczej, w połączeniu ze sposobem organizacji i sprawnością systemu,
- wielkość nakładów na ochronę zdrowia i sposób finansowania systemu.

Z punktu widzenia racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali, kwestie priorytetowe to problematyka źródeł, sposobu i wielkości finansowania opieki zdrowotnej, warunkująca w znacznej mierze sposób organizacji i sprawność systemu.

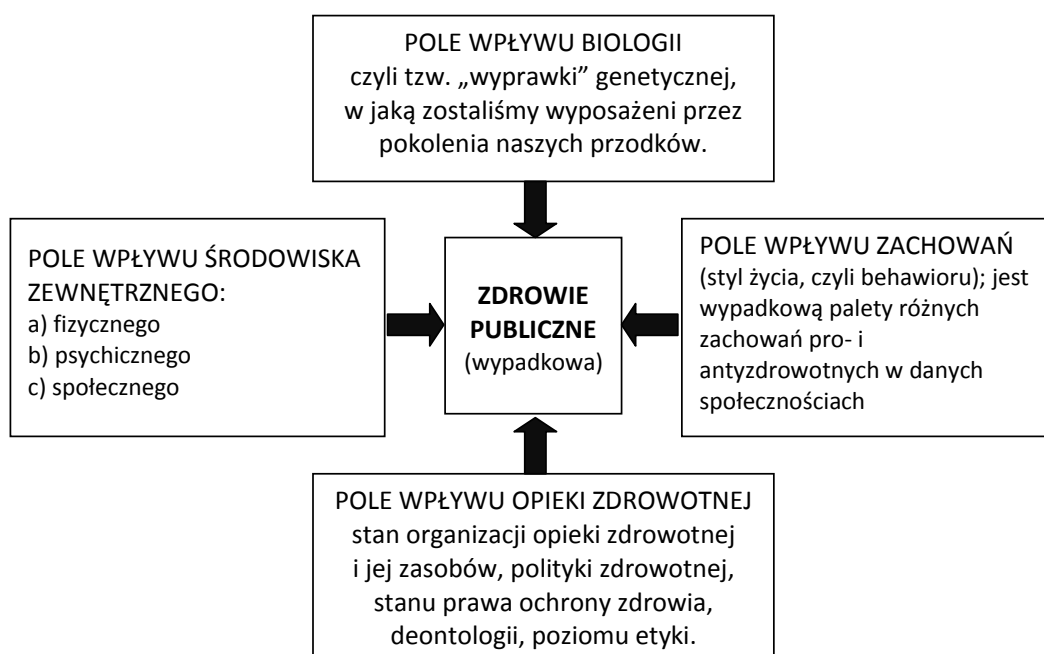
Rozważania nad kształtem współczesnych systemów zdrowotnych warto poprzedzić systematyką zagadnień z tego obszaru, w kontekście ustalenia relacji i struktury takich pojęć jak: ochrona zdrowia, opieka zdrowotna, zdrowie publiczne oraz scharakteryzować pojęcie systemu w tym sektorze. Wydaje się to konieczne z uwagi na fakt częstego utożsamiania i zamiennego używania pojęć: ochrona zdrowia i opieka zdrowotna, zaś niewiele można znaleźć prób porządkowania terminologii wskazujących na różnicowanie znaczeń.

Pojęcie, które zdaje się być pierwotnym dla tego obszaru zagadnień jest zdrowie publiczne, które w opinii J. Opolskiego, jest zupełnie inną perspektywą niż zdrowie pojedynczego obywatela [Opolski 2011, s. 15]: „Jeżeli sięgniemy do źródłosłowa pojęcia, to zdrowie publiczne jest zdrowiem społeczności, w przeciwieństwie do zdrowia jednostki. Czasami utożsamiane jest z działaniami podejmowanymi przez władze publiczne zmierzające do utrzymania i poprawy zdrowia populacji (społeczności). Widzenie problemów zdrowotnych w perspektywie populacji jest bowiem charakterystyczną cechą zdrowia publicznego, rozwiązywania problemów zdrowotnych jednostek poprzez działania ukierunkowane na społeczność”. U tego samego autora znaleźć można obszerny przegląd

definicji pojęcia zdrowie publiczne, zawierający różne podejścia do tematyki, różniące się zakresem merytorycznym zagadnień stanowiących o pojemności tego terminu. Właśnie dla potrzeb systematyki tego pojęcia w zestawieniu z terminami: opieka zdrowotna i system ochrony zdrowia, warto zacytować przywoływaną tam definicję Jana Nosko, który uważa że:

„Zdrowie publiczne jest to troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na naukowym rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardu zdrowia. Cel ten uzyskuje się przez kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym, powszechny i równy dostęp do opieki medycznej, a przede wszystkim w wyniku kształtowania nawyków zdrowego stylu życia w ramach edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych.” [Opolski 2011, s.18]

W takim ujęciu zdrowie publiczne o tyle jest pojęciem szerszym od opieki zdrowotnej, że zawiera elementy ochrony zdrowia, której działania zaadresowane są do całej populacji w celu prewencji przed chorobami. Typowe elementy czy instrumenty prewencji i profilaktyki chorób to: promocja zdrowego stylu życia, w tym odżywiania się, badania skriningowe (profilaktyczne) oraz edukacja prozdrowotna.



Rysunek 4. Koncepcja pól zdrowia Marka Lalonda (Health Field Concept, 1974).
Źródło: [Sanecki 2011, s. 83]

O zdrowiu publicznym, jako zdrowiu populacji świadczy szereg czynników, z których część jest zależna od systemu, to znaczy da się nimi zarządzać w ramach niego, inne z kolei są determinantami zdrowia niezależnymi od systemu, bo wynikają niejako z natury człowieka lub oddziaływania elementów spoza systemu. Wiąże się z tym koncepcja tak zwanej Triady Blooma [Sanecki 2011, s. 84], który określił trzy podstawowe determinanty zdrowia: genetyka, środowisko, zachowania. Autorem dodania do tego schematu czwartej determinanty, jaką jest organizacja opieki zdrowotnej i wprowadzenia nazwy pól dla poszczególnych determinant oraz upowszechnienie całej konstrukcji myślowej jest kanadyjski minister zdrowia Mark Lalonde – rysunek 4.

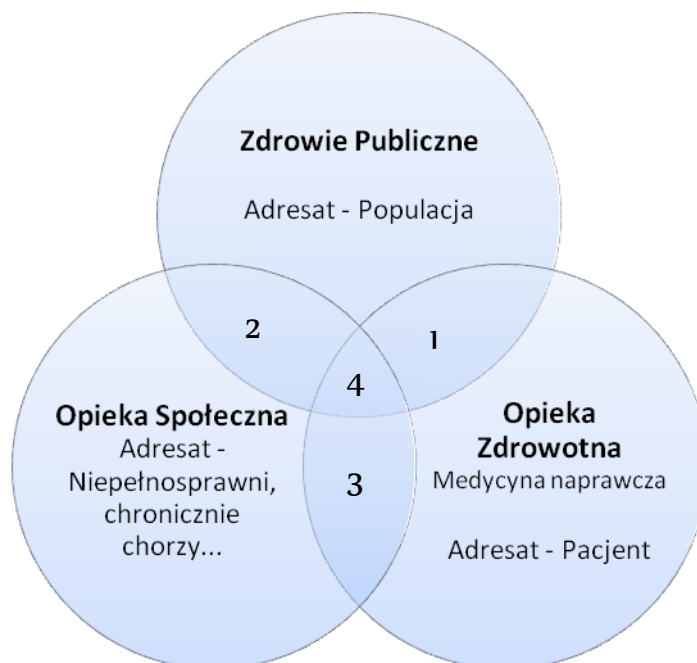
Nieco mniej rozbieżności dotyczy definiowania pojęcia opieka zdrowotna. Używa się go najczęściej mając na uwadze działania w postaci tak zwanej medycyny naprawczej, czyli tej sfery, w ramach której świadczy się usługi zdrowotne wobec osób – pacjentów już dotkniętych schorzeniem. Definicja encyklopedyczna opieki zdrowotnej brzmi następująco: „opieka zdrowotna, zorganizowane działanie określonego systemu świadczeń zdrowotnych opartych na instytucjach służby zdrowia, mające na celu zapewnienie zachowania dobrego stanu zdrowia lub jego przywrócenie w przypadku utraty, a gdy jest to niemożliwe — zmniejszenie skutków choroby i łagodzenie dolegliwości” [Nowa encyklopedia powszechna PWN 1996, s. 653].

Istotne stanowisko w kwestii terminologii zajmują autorzy Raportu: „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga”⁵. Oprócz opisanych już dwóch elementów sfery ochrony zdrowia charakteryzują oni jeszcze trzeci, którym są działania opieki społecznej adresowane do osób wymagających jednocześnie zarówno świadczeń socjalnych, jak i zdrowotnych, tj. przede wszystkim osób niepełnosprawnych, chronicznie chorych oraz starszych. Ukazane na rysunku 5 wszystkie trzy obszary wzajemnie się przenikają, tworząc zbiory wspólne, w ramach których mają miejsce następujące działania:

- 1) obszar wspólny opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego dotyczy działań z zakresu promocji zdrowia i prewencji wobec pacjentów;
- 2) obszar wspólny zdrowia publicznego i opieki społecznej dotyczy działań promocji zdrowia i prewencji wobec objętych ochroną socjalną;
- 3) obszar wspólny opieki zdrowotnej i opieki społecznej dotyczy pacjentów, którzy jednocześnie wymagają ochrony socjalnej;

⁵ W 2009 roku powstała II edycja opracowania zleconego przez Ministerstwo Zdrowia, na temat kompleksowego obrazu sytuacji w zakresie podstawowych problemów finansowych związanych z zależnością między poziomem środków w systemie (istniejącym i możliwym do uzyskania) a zagregowanymi kosztami wytwarzania usług zdrowotnych oraz wydatkami ponoszonymi na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych.

- 4) obszar wspólny trzech zbiorów: opieki zdrowotnej, opieki społecznej i zdrowia publicznego dotyczy jednocześnie działań z zakresu zdrowia publicznego dla pacjentów oraz osób wymagających ochrony socjalnej.



Rysunek 5. Obszary sektora zdrowotnego.

Źródło: [Zielona księga II 2009, s. 10]

Ciekawe ujęcie relacji zachodzących między pojęciami można znaleźć u M. Balickiego [Opolski 2011, s. 98], który szerszy zakres pojęcia ochrona zdrowia uzasadnia w ten sposób, że oprócz opieki zdrowotnej, obejmuje on także działalność innych sektorów mających wpływ na stan zdrowia ludności np. ochrony środowiska, edukacji, gospodarki żywnościowej, infrastruktury czy systemu podatkowego. System ochrony zdrowia obejmować więc będzie system opieki zdrowotnej oraz elementy innych systemów.

Podsumowując przegląd klasyfikacji terminologicznych należy zaznaczyć, że w dysertacji przyjęto porządek semantyczny, w którym pojęcie „ochrony zdrowia” uznaje się za najszersze i utożsamia z pojęciem „zdrowia publicznego”. Funkcje i zadania państwa w zakresie polityki zdrowotnej realizuje się ramach systemu ochrony zdrowia, którego częścią składową jest opieka zdrowotna, świadcząca usługi medycyny naprawczej, między innymi w oparciu o struktury szpitalnictwa.

Dla potrzeb analizy ochrony zdrowia jako systemu, warto przytoczyć pojęcie samego systemu, którym jest:

- układ elementów mający określoną strukturę i stanowiący logicznie uporządkowaną całość [Słownik Języka Polskiego 2002];
- zespół wzajemnie sprzężonych elementów, spełniający określoną funkcję i traktowany jako wyodrębniony z otoczenia w określonym celu (opisowym, badawczym, do innego zastosowania — np. systemem jest proces technologiczny) [Nowa encyklopedia powszechna PWN 1996];
- zbiór elementów, wyodrębnionych z uniwersum przez obserwatora według uznanych przez niego kryteriów, posiadających cechy systemowe (spełniający rygory systemowości). [Urbanowska-Sojkin, Banaszyk, Witczak 2004, s. 25]

W tabeli 3 zamieszczono przegląd kilku definicji systemu ochrony zdrowia. Choć nie każda z nich spełnia postulat ustalonego wcześniej porządku terminologicznego, to warto się im przyjrzeć z punktu widzenia części składowych systemu i sposobu jego funkcjonowania. Warto przy tym zwrócić uwagę na nieco krytyczny, czy wręcz pretensjonalny styl w definicji sformułowanej przez Philipa Kotlera, a który wynika z jego krytycyzmu wobec systemu amerykańskiego. Zdaniem Kotlera, system ten nie spełnia postulatów zawartych w definicji WHO i bardziej koncentruje się na zarządzaniu jednostką chorobową, niż na ogólnym stanie zdrowia społeczeństwa i obywatela.

Architektura systemu ochrony zdrowia w każdym kraju jest nieco inna i jest pochodną modelu, na jakim system się opiera. Niezależnie jednak od modelu systemu, wyróżnić można kilka klasycznych typów uczestników – interesariuszy, którzy występują w większości systemów zdrowotnych. Z przeglądu definicji systemu wyróżnić można trzy najważniejsze grupy, bez których żaden system nie działa:

- 1) świadczeniobiorcy – pacjenci jako podmioty korzystający z usług;
- 2) świadczeniodawcy – wytwórcy usług zdrowotnych, którymi są:
 - a) instytucje: szpitale, domy opieki, centra rehabilitacyjne, kliniki, podstawowa opieka zdrowotna, gabinety prywatne,
 - b) osoby w nich pracujące: lekarze, pielęgniarki, dentyści, farmaceuci, terapeuci;
- 3) płatnicy – podmioty kontraktujące i finansujące świadczenia w imieniu państwa, czyli instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, komercyjne firmy ubezpieczeniowe oraz pacjenci indywidualni.

Ponieważ każdy z tych uczestników jest traktowany jako strona wzajemnych stosunków, podmiot dysponujący środkami publicznymi jest często określany mianem „płatnika trzeciej strony”. [Więckowska 2010, s. 12] Pozostali uczestnicy systemów, to: pracodawcy, organizacje rządowe, stowarzyszenia medyczne, organizacje promocji zdrowia, oraz dostawcy wyrobów medycznych i produktów leczniczych.

Tabela 3. Przegląd definicji pojęcia system ochrony zdrowia.

Autor	Definicja pojęcia: system zdrowotny/ochrony zdrowia
WHO	<p>System opieki zdrowotnej: Zawiera w sobie wszelkie działania mające na celu przywracanie, utrzymywanie bądź promowanie zdrowia (...) i obejmuje pacjentów wraz z ich rodzinami, pracowników opieki zdrowotnej, a także opiekunów należących do organizacji czy też lokalnej społeczności, wraz z otoczeniem, w którym stosowana jest polityka zdrowotna i występują wszelkie pozostałe rodzaje aktywności powiązane ze zdrowiem.</p>
Ph. Kotler	<p>Amerykański system opieki zdrowotnej: Jest to porozumienie zawarte w celu leczenia ostrych chorób trapiących ubezpieczoną część populacji, osiągnięte najwyraźniej ad hoc i obowiązujące pomiędzy małymi jednostkami, z których każda ma własne cele oraz własną motywację.</p>
C. Włodarczyk	<p>System zdrowotny: To koncepcyjnie wyodrębniona całość, której części współprzyczyniają się do powodzenia tej całości, a powodzenie to jest rozumiane jako realizacja misji polityki zdrowotnej.</p>
E. Nojszewska	<p>System ochrony zdrowia: Zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno – leczniczych oraz rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i społeczeństwa.</p>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [Kotler, Shalowitz i Stevens 2011, s. 39], [Włodarczyk 1996, s. 105], [Nojszewska 2011, s. 24]

Klasyfikacja systemów medycznych skonstruowana została na trzech zasadniczych modelach: Bismarcka (ubezpieczeniowy), Beveridge'a (zabezpieczeniowy) i rezydualny (rynkowy). [Balicki 2011] Bywa także wymieniany model Siemaszki, ale jako, że funkcjonował on w krajach realnego socjalizmu, w tym również w Polsce, które w większości przeszły transformacje ustrojowe – model ten praktycznie nie funkcjonuje już nigdzie. Jak zaznacza jednak M. Balicki, ma się obecnie do czynienia ze zjawiskiem konwergencji systemów zdrowotnych, w wyniku którego systemy te coraz bardziej się do siebie upodabniają odchodząc od pierwotnych założeń. Trend ten polega na tym, że obserwuje się odejście od normatywnego traktowania modeli na rzecz funkcji porządkowania zjawisk i wskazywania możliwości rozwiązywania problemów. Reformowanie systemów opieki zdrowotnej stało się zatem cechą charakterystyczną współczesnej polityki zdrowotnej. [Balicki 2011]

Model najstarszy, tak zwany ubezpieczeniowy, opiera się na konstrukcji ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, z pakietu ustaw socjalnych wprowadzonych przez kanclerza Rzeszy Niemieckiej, Otto von Bismarcka. W ramach tego modelu pracownicy i pracodawcy płaca składki na społeczne ubezpieczenie zdrowotne do powołanych ustawowo instytucji ubezpieczeniowych, jakimi są kasy chorych. Działalnością kas kierują niezależne od administracji państwowej zarządy, które zawierają umowy ze świadczeniodawcami. Ubezpieczony obywatel ma swobodny wybór kasy. [Nojszewska 2011]

Fundamentem modelu Beveridge'a był stworzony przez tego angielskiego lorda w 1942 roku raport Social Insurance and Allied Services, na bazie którego powstał plan systemu opieki zdrowotnej. Ideą tego modelu jest odpowiedzialność państwa za powszechny dostęp do świadczeń medycznych dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich statusu społecznego i materialnego. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w zasadzie nieodpłatnie, a system jest finansowany z budżetu państwa. Nadzór i kontrolę nad systemem sprawuje administracja rządowa. Sposób funkcjonowania systemu stanowi wyraz doktryny państwa opiekuńczego. Z uwagi na potrzeby społeczne w innych dziedzinach życia i ich konsekwencje dla budżetów państw, model ten ewoluuje we współczesnym świecie w dwóch kierunkach:

- komercjalizacji i prywatyzacji, na przykład w Wielkiej Brytanii,
- decentralizacji i przekazywania kompetencji samorządom i administracji lokalnej, co ma miejsce w krajach skandynawskich.

Charakterystyczny dla Stanów Zjednoczonych oraz Izraela (historycznie, obecnie w trakcie istotnych reform) model rynkowy, posiada największy udział sektora komercyjnego

w systemie i oparty jest o idee wolnej przedsiębiorczości (leseferyzmu) w zakresie zarówno usług zdrowotnych, jak i ubezpieczeń zdrowotnych. Opiera się on jednak na obowiązku posiadania ubezpieczenia komercyjnego na koszt pracodawcy. W modelu amerykańskim funkcjonują także dwa ogromne publiczne programy zdrowotne: [Centers for Medicare and Medicaid 2013]

- Medicare – dla osób powyżej 65 roku życia
- Medicaid – dla osób biednych podlegających opiece społecznej.

Porównanie trzech klasycznych modeli zawiera tabela 4.

Tabela 4. Najważniejsze cechy charakterystyczne w modelowych systemach ochrony zdrowia.

Cecha	Model ubezpieczeniowy (Bismarcka)	Model narodowej służby zdrowia (Beveridge'a)	Model rynkowy
Podstawa tworzenia systemu ochrony zdrowia	Ochrona przed skutkami nieprzewidzianych zdarzeń losowych	Gwarancja socjalnego bezpieczeństwa dla całego społeczeństwa	Współuczestniczenie sektora prywatnego w zabezpieczeniu ochrony zdrowia
Rola państwa	Państwo sprawuje nadzór w ramach tworzonych przez siebie ram prawnych dla funkcjonowania systemu, a instytucje ubezpieczeniowe są niezależne od administracji publicznej	Państwo tworzy prawo gwarantujące zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych w ramach uniwersalnego dostępu do świadczeń i rozstraca kontrolę nad funkcjonowaniem całego systemu, jest monopolistą zatrudniającym wszystkich świadczeniodawców	Państwo tworzy ramy prawne, ale odgrywa ograniczoną rolę i ma ograniczoną kontrolę
Prawo do świadczeń	Zagwarantowane opłacaniem powszechnych składek ubezpieczenia zdrowotnego	Zagwarantowane przez państwo na takich samych zasadach dla wszystkich	Wynika z umowy z komercyjnym ubezpieczycielem, w publicznej ochronie zdrowia – gwarantowane przez państwo
Finansowanie świadczeń	Realizowane przez płatników niezależnych od administracji państwowej z obowiązkowych składek uiszczanych przez pracowników i pracodawców	Realizowane przez budżet państwa z podatków ogólnych, centralnych i lokalnych	Realizowane przez prywatnych ubezpieczycieli, a publicznej ochronie zdrowia – z podatków

Źródło: [Nojszewska 2011, s. 101]

System ochrony zdrowia funkcjonujący obecnie w Polsce jest system opartym na modelu ubezpieczeniowym. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne jest obowiązkowe i są nim objęci praktycznie wszyscy obywatele. Istnieje różnica pomiędzy prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym, regulowanym prawem ubezpieczeniowym, a powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. W systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązuje zasada solidaryzmu społecznego i nie stosuje się w nim oceny ryzyka zdrowotnego, które regulowałoby składkę. Niezależnie od wielkości składki występuje ten sam zakres usług zdrowotnych oferowanych przez świadczeniodawców, co gwarantuje ustawodawstwo. Odbywa się to w ramach tak zwanego społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, różniącego się od typowego, komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zatem co do zasady, konstrukcja funkcjonującego aktualnie w Polsce systemu opieki zdrowotnej, będąca formą ewolucji modelu ubezpieczeniowego, wydaje się w pełni realizować zasadę solidaryzmu społecznego, która wyraża się tutaj powszechnością dostępu do świadczeń. Jednoczesna swoboda gospodarcza wynikająca z braku ograniczeń w dostępie do nowoczesnych technologii, powinna stwarzać pacjentom w Polsce, warunki leczenia na poziomie zbliżonym do krajów o najskuteczniejszych systemach zdrowotnych. W praktyce jednak, rzeczywisty poziom świadczeń zdrowotnych jest uwarunkowany polityką finansową państwa, a w pewnym stopniu także – prywatną sferą finansowania zdrowia publicznego.

2.2. Sposoby finansowania systemu ochrony zdrowia oraz struktura i wielkość wydatków na ochronę zdrowia w Polsce w odniesieniu do krajów OECD

Sektor opieki zdrowotnej w każdym nowoczesnym państwie stanowi jeden z priorytetowych obszarów polityki społeczno-gospodarczej władzy wykonawczej. Wyrazem tego jest zabezpieczenie finansowania tej sfery zorganizowane w sposób adekwatny do przyjętego modelu systemu opieki zdrowotnej. Współcześnie, finansowanie to opiera się z reguły na kilku źródłach, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Jak pisze J. Sobiech, „źródła publiczne to budżet państwa, budżety regionów i budżety lokalne oraz fundusze ubezpieczeń publicznych oraz fundusze parabudżetowe, źródła prywatne zaś pochodzą przede wszystkim z dochodów indywidualnych konsumentów usług opieki zdrowotnej, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz funduszy korporacji.” [Rój i Sobiech 2006, s. 38]

Ujęcie to można porównać z koncepcją płatników w systemie. W bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego występują na ogół cztery typy płatników, zwanych także trzecią stroną lub płatnikiem trzeciej strony (ang. *third-party payer*): [Więckowska 2010, s. 12]

- instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, której przykładem w obecnym systemie polskim jest Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ);
- administracja państwowa, poprzez budżety: centralny i województw, dla których dysponentem środków jest rząd oraz budżety miast zarządzane przez samorządowy szczebel władzy;
- prywatne firmy ubezpieczeniowe działające na zasadach komercyjnych;
- pacjenci oraz podmioty gospodarcze i instytucje charytatywne, które finansują świadczenia zdrowotne ze środków własnych – głównie w placówkach będących niepublicznymi (komercyjnymi) placówkami opieki zdrowotnej.

Największym pod względem wartości źródłem finansowania polskiego systemu są składki na ubezpieczenie zdrowotne, które za pośrednictwem NFZ pokrywają ponad 60% ogółu wydatków przeznaczanych na zdrowie. Z dochodów indywidualnych ludności pochodzi około 25% ogółu środków. Pozostałe środki pochodzą z podatków ogólnych dystrybuowanych zarówno przez budżet centralny (8%), jak i budżety jednostek samorządu terytorialnego (4,5%) oraz ze środków zakładów pracy (2%). W ostatnich latach wzrasta udział środków pochodzących z funduszy Unii Europejskiej. Z budżetu państwa opłacane są składki rolników, bezrobotnych bez prawa do zasiłku oraz osób pobierających: zasiłki wychowawcze,

renty wojenne, niektóre świadczenia pomocy społecznej i świadczenia rodzinne [Balicki 2011].

Należy zaznaczyć, że fakt występowania w danym systemie jednocześnie kilku płatników, przy jednoczesnym różnicowaniu form własności nie świadczy o tym, że na rynku istnieje konkurencja płatników. Przykładem tego jest system aktualnie obowiązujący w Polsce, w którym funkcjonują jednocześnie wszystkie cztery typy płatników, zaś brak jest konkurencji dla Narodowego Funduszu Zdrowia, jako jedynej instytucji kontraktującej świadczenia finansowane ze środków publicznych. Warunkiem bowiem istnienia konkurencji jest, obok wielości płatników, istnienie w systemie możliwości okresowego wyboru płatnika przez pacjenta, bez ponoszenia wysokich kosztów finansowych bądź występowania barier operacyjnych takiego wyboru [Więckowska 2010]. Natomiast system obowiązujący aktualnie w Polsce skonstruowany jest dotychczas na monopolu NFZ.

Środki kierowane do Narodowego Funduszu Zdrowia pochodzą z obowiązkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne, będącej formą podatku celowego. Stanowi ona obecnie 9% podstawy wymiaru, z tego 7,75% jest rekompensowane odpowiednim obniżeniem podatku od dochodów osobistych obywateli. Składki są pobierane za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), a w przypadku rolników opłacane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i w całości pokrywane są z dotacji budżetowej. Poprzednikami Narodowego Funduszu Zdrowia jako płatnika, przed 2003 rokiem, były kasy chorych. Społeczne ubezpieczenia zdrowotne umożliwiają państwu realizację zasady solidaryzmu społecznego, w postaci zagwarantowania wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, co jest zobowiązaniem konstytucyjnym państwa.

Oprócz wpływów ze składek, Fundusz dysponuje także środkami finansowymi z tytułu: odsetek od składek nieopłaconych w terminie, darowizn i zapisów, zadań zleconych w zakresie określonym w Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, kredytów i pożyczek, dotacji, roszczeń, dochodów z lokat oraz innych źródeł [Ustawa z 27 sierpnia 2004]. Do zakresu działania NFZ, zgodnie z art. 97 ust. 3 Ustawy, należy między innymi:

- a) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- b) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;

- c) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe ustalone w ustawie o pomocy społecznej;
- d) finansowanie medycznych czynności ratunkowych;
- e) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych;
- f) monitorowanie ordynacji lekarskich;
- g) promocja zdrowia;
- h) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Działalność kontraktowa NFZ polega w praktyce, na corocznym zawieraniu umów z usługodawcami świadczeń zdrowotnych, którymi są zakłady opieki zdrowotnej, a także indywidualne praktyki lekarskie i pielęgniarskie. Kontrakt stanowi o koszcie poszczególnych procedur oraz ilości świadczeń na dany rok. Działalność ta leży w kompetencji oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Drugi w kolejności – także pod względem wielkości i wartości – strumień finansowania to wydatki budżetowe, zarówno w odniesieniu do bieżących kosztów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, jak i jego potrzeb inwestycyjnych. Przykładem jest rozwój i modernizacja infrastruktury zasobowej, do której zalicza się sieć szpitali publicznych. Poziom i dynamika zmiany wydatków budżetowych jest elementem polityki gospodarczej i społecznej każdego kraju i jest uzależniona od kilku czynników, z których najistotniejsze, zadaniem autora, to:

- potrzeby zdrowotne jego mieszkańców wynikające z uwarunkowań demograficznych oraz jakości życia i profilu zdrowia społeczeństwa;
- stopień świadomości oraz profilaktyka i działania prewencyjne;
- stan istniejącej infrastruktury zasobów medycznych;
- stan finansów publicznych i w konsekwencji tego możliwości budżetowe, co wiąże się z ogólną sytuacją gospodarczą w danym kraju i na świecie.

Niezależnie od stopnia ogólnej zamożności danego kraju, praktycznie w każdym państwie świata, notuje się obecnie stały wzrost wydatków w sektorze zdrowotnym. Trend ten jest wyraźnie widoczny we wszystkich wymiarach i dostępnych wskaźnikach – zarówno w ujęciu nominalnym wartości wydatków, jak i w miarach relatywnych, na przykład w ujęciu do produktu krajowego brutto. Ukazują to wykresy przedstawione i zinterpretowane w niniejszym podrozdziale.

Obydwa źródła finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce zostaną poddane analizie porównawczej na przestrzeni ostatnich lat, która pozwoli na ocenę kierunków i tendencji zmian oraz głównych czynników, które te zmiany determinują.

Trzy główne elementy decydują o wielkości przychodów składkowych z ubezpieczenia zdrowotnego: [Zespół do przygotowania raportu: „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga” 2008]

- stopa składki,
- podstawa wymiaru naliczenia składki,
- liczba ubezpieczonych opłacających składkę.

Każdy z tych elementów charakteryzuje się innym poziomem elastyczności, zaś ich wielkość jest uzależniona nie tylko od czynników systemu opieki zdrowotnej, ale także wielu zmiennych spoza systemu, jak choćby sytuacja ogólnogospodarcza kraju. Elementem typowo „systemowym” jest stopa składki, która do obecnego poziomu 9% ewoluowała z pierwotnej wartości 7,5%. Dwa kolejne elementy, będąc ściśle powiązane z sytuacją ekonomiczną w innych sektorach – wciąż podlegają w różnym zakresie regulacjom władzy wykonawczej, co świadczy o tym, że rząd ma wpływ na stronę przychodową systemu nie tylko w formie decyzji o bezpośrednich wydatkach z budżetu.

Tabele 5 i 6 przedstawiają analizę przychodów składkowych w Polsce w latach 2000-2007, na podstawie danych statystycznych zawartych w sprawozdaniach finansowych kas chorych i Narodowego Funduszu Zdrowia, danych podatkowych, jak również sprawozdaniach z wykonania budżetu państwa. Informacje te pochodzą z raportu zleconego przez Ministra Zdrowia „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga”, w wersji trzeciej, opublikowanej w 2008 roku. Celem przygotowania raportu na temat finansowania ochrony zdrowia było uzyskanie kompleksowego obrazu sytuacji w zakresie podstawowych problemów finansowych związanych z zależnością między poziomem środków w systemie (istniejącym i możliwym do uzyskania), a zagregowanymi kosztami wytwarzania usług zdrowotnych oraz ponoszonymi wydatkami na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. [Zespół do przygotowania Raportu: „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga” 2008]. Skala obciążenia dochodów indywidualnych ubezpieczonych składką na ubezpieczenie zdrowotne została oszacowana na podstawie wielkości całkowitych przychodów z ubezpieczenia zdrowotnego, poziomu składek odliczanych od podatku dochodowego od osób fizycznych (PIT) oraz wydatków budżetu państwa na składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Tabela 5. Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2000-2007 według danych KCH/NFZ w wartościach nominalnych i w wartościach realnych (w mln PLN).

Wyszczególnienie	Ogółem		ZUS		KRUS	
	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000
2000	23 499,8	23 499,8	21 409,3	21 409,3	2 090,5	2 090,5
2001	26 348,1	24 740,0	23 869,1	22 412,3	2 479,0	2 327,7
2002	26 185,1	23 484,4	23 674,7	21 233,0	2 510,3	2 251,4
2003	28 767,3	25 278,8	26 201,0	23 023,7	2 566,3	2 255,1
2004	31 468,0	27 104,2	28 760,7	24 772,4	2 707,3	2 331,8
2005	34 004,1	28 550,9	31 263,0	26 249,4	2 741,1	2 301,5
2006	37 300,2	30 903,2	34 734,0	28 777,1	2 566,3	2 126,1
2007	42 223,7	34 272,5	39 225,3	31 838,7	2 998,4	2 433,8

Źródło: [Zespół do przygotowania Raportu: „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga” 2008]

Tabela 6. Dynamika realnych i nominalnych przychodów ze składek brutto w latach 2000-2007 (rok poprzedni = 100).

Wyszczególnienie	Ogółem		ZUS		KRUS	
	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2001	112,1	105,3	111,5	104,7	118,6	111,3
2002	99,4	94,9	99,2	94,7	101,3	96,7
2003	109,9	107,6	110,7	108,4	102,2	100,2
2004	109,4	107,2	109,8	107,6	105,5	103,4
2005	108,1	105,3	108,7	106,0	101,2	98,7
2006	109,7	108,2	111,1	109,6	93,6	92,4
2007	113,2	110,9	112,9	110,6	116,8	114,5

Źródło: [Zespół do przygotowania Raportu: „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga” 2008]

Instytucje pośredniczące, a więc ZUS i KRUS, które gromadzą i ewidencjonują składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Analiza danych zawartych w tabelach 5, 6 i 7 wskazuje jednoznacznie na wzrost wpływów z tytułu składki w analizowanym okresie, zarówno w ujęciu ogólnym, jak i u obydwu pośredników.

Tabela 7. Dynamika realnych i nominalnych przychodów ze składek brutto w latach 2000-2007 (rok 2000 = 100).

Wyszczególnienie	Ogółem		ZUS		KRUS	
	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000	w cenach bieżących	w cenach stałych z roku 2000
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2001	112,1	105,3	111,5	104,7	118,6	111,3
2002	111,4	99,9	110,6	99,2	120,1	107,7
2003	122,4	107,6	122,4	107,5	122,8	107,9
2004	133,9	115,3	134,3	115,7	129,5	111,5
2005	144,7	121,5	146,0	122,6	131,1	110,1
2006	158,7	131,5	162,2	134,4	122,8	101,7
2007	179,7	145,8	183,2	148,7	143,4	116,4

Źródło: [Zespół do przygotowania Raportu: „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga” 2008]

Zauważyć można ponadto dwie prawidłowości:

- porównanie dwóch pośredników wskazuje na lepszą dynamikę ZUS niż KRUS w relacji do wyjściowego roku 2000 (tab. 6) i odwrotną sytuację w relacji do roku poprzedniego (tab. 7). Oznacza to, że KRUS zwiększa swoją dynamikę z roku na rok, jednak dominacja wpływów z ZUS jest niepodważalna i wynosi ok. 91% całkowitych przychodów;
- wyraźny wzrost dynamiki wpływów (zwłaszcza w odniesieniu do roku 2000) widoczny jest od momentu wprowadzenia systemu ubezpieczeniowego w Polsce (2004 rok). W latach 2000-2007 ich wielkość wyrażona w cenach bieżących zwiększyła się niemal o 19 mld PLN (80%). Porównania pomiędzy danymi latami muszą jednak uwzględnić wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w dziale zdrowie (wskaźnik dla towarów i usług w dziale zdrowie jest zazwyczaj wyższy od

wskaźnika ogólnego), który pozwoli na pokazanie realnej wartości środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Realne przychody składkowe w 2007 roku (wyrażone w cenach stałych z 2000 roku) wynoszą bowiem ok. 34 mld PLN i są mniejsze o 8 mld PLN od kwoty przychodów nominalnych.

Zmiany w poziomie i dynamice przychodów z tytułu składki, jako pochodna zmian dochodów ludności, są w pewnej mierze elementem koniunktury gospodarczej, której miarą jest poziom i zmiany produktu krajowego brutto. Warto zatem porównać dynamikę przychodów ze składek i wzrostu PKB, co ilustruje wykres 1.



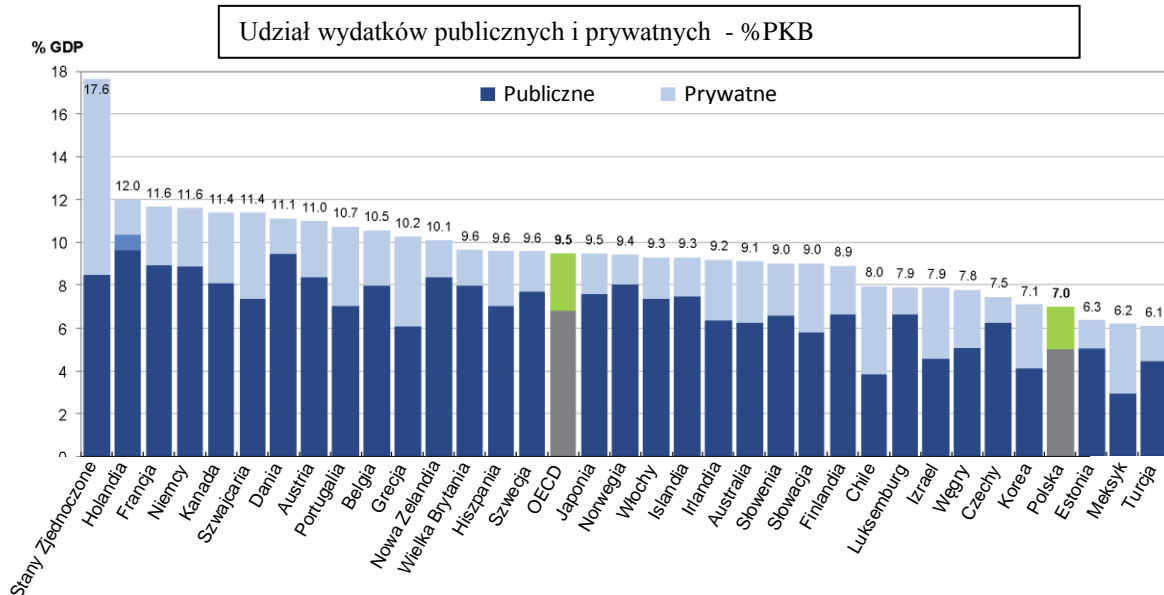
Wykres 1. Dynamika wzrostu PKB i przychodów ze składek w latach 2000-2007 (rok poprzedni =100).

Źródło: [Zespół do przygotowania Raportu: „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce - Zielona Księga” 2008]

W analizowanym okresie, z wyjątkiem roku 2002, widoczna jest tendencja przewagi dynamiki wzrostu przychodów składkowych nad dynamiką wzrostu PKB. Dodatkowo, od roku 2005, zaznacza się trend zwiększającej się dynamiki wzrostu przychodów składkowych nad dynamiką wzrostu PKB. Było to zjawisko podwójnie korzystne, bowiem świadczyło nie tylko o poszerzaniu się strumienia przychodów ale także umacnianiu się jego źródła, w konsekwencji wzrostu zatrudnienia i/lub wzrostu dochodów.

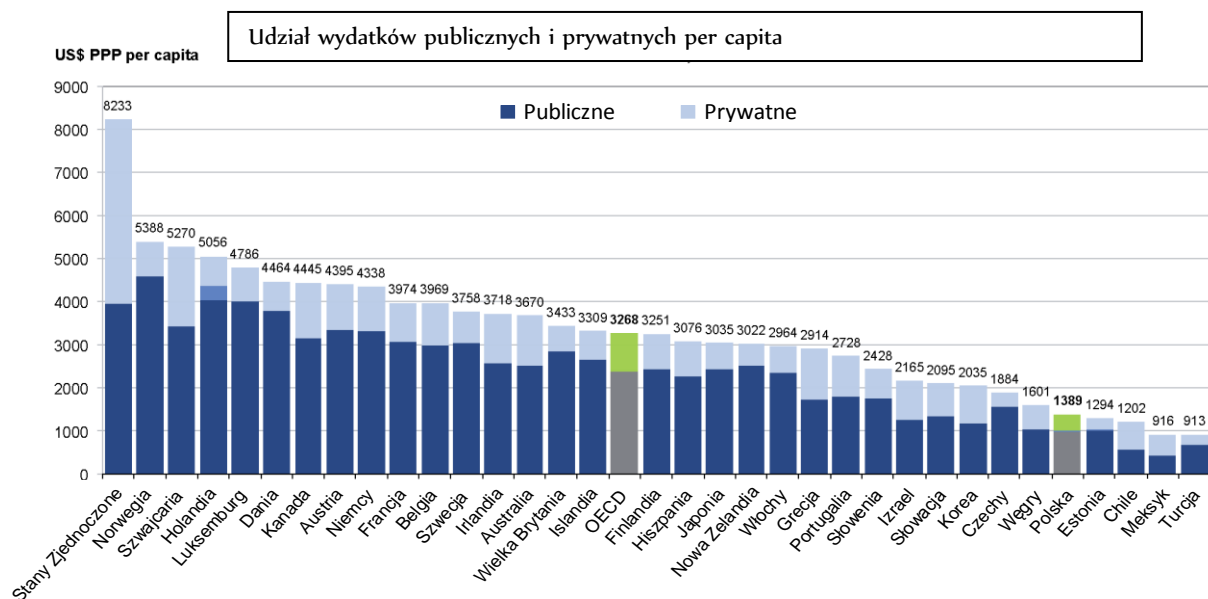
Jak wynika z wykresu 2, produkt krajowy brutto stanowi także czytelne odniesienie dla analizy wydatków w ramach drugiego strumienia finansowania systemu – wydatków budżetowych. Średni poziom wydatków łącznych (publicznych i prywatnych), w relacji do PKB dla krajów zrzeszonych w Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (w skrócie

OECD) wynosi 9,5%. Największa gospodarka świata, tj. Stany Zjednoczone wydaje 17,6%, a liderzy europejscy to jest: Holandia – 12% oraz Francja i Niemcy – po 11,6%. Polska zajmuje w tym rankingu jedno z ostatnich miejsc w Europie, z wydatkami na poziomie niespełna 7% PKB.



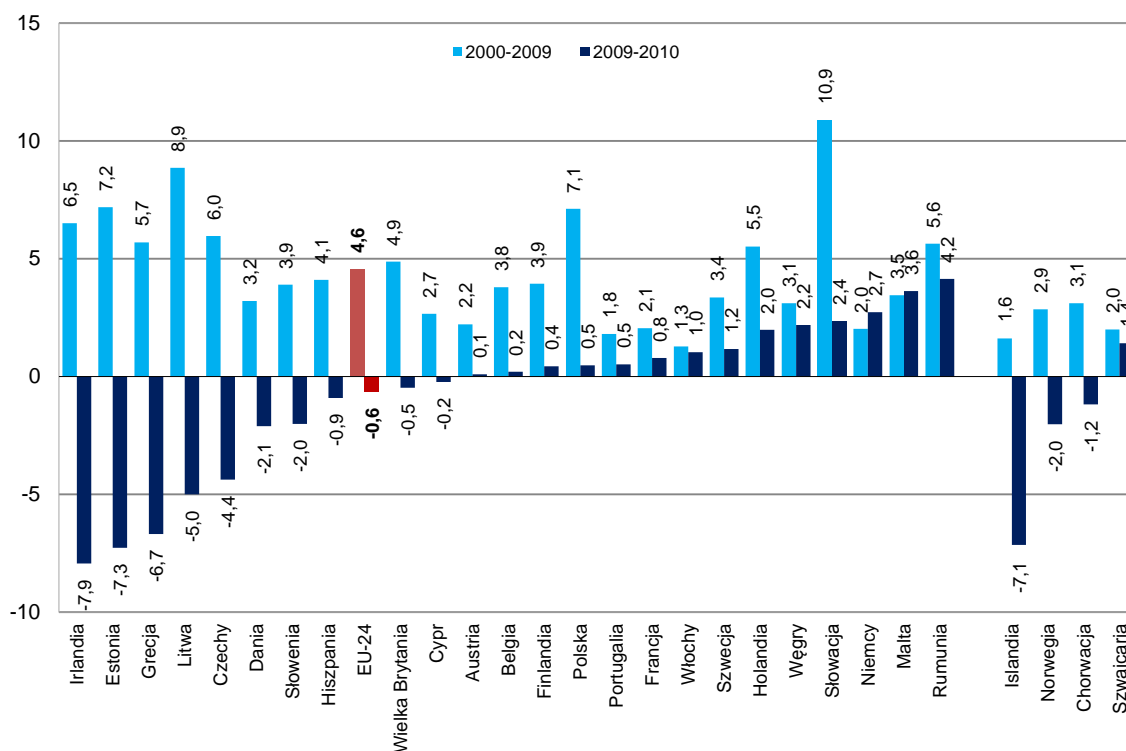
Wykres 2. Wydatki na ochronę zdrowia w relacji do PKB, kraje OECD, 2010.
Źródło: [OECD Health Data 2012]

Równie niekorzystny obraz stanu finansowania sektora zdrowia jawi się w ujęciu wydatków przeliczanych na głowę mieszkańca, mierzony parytetem siły nabywczej dolara amerykańskiego. Średni poziom w krajach OECD wynosi 3268 USD, zaś wartość wydatków w Polsce wyniosła w 2010 roku niespełna 1400 USD. Opisaną sytuację ilustruje wykres 3.



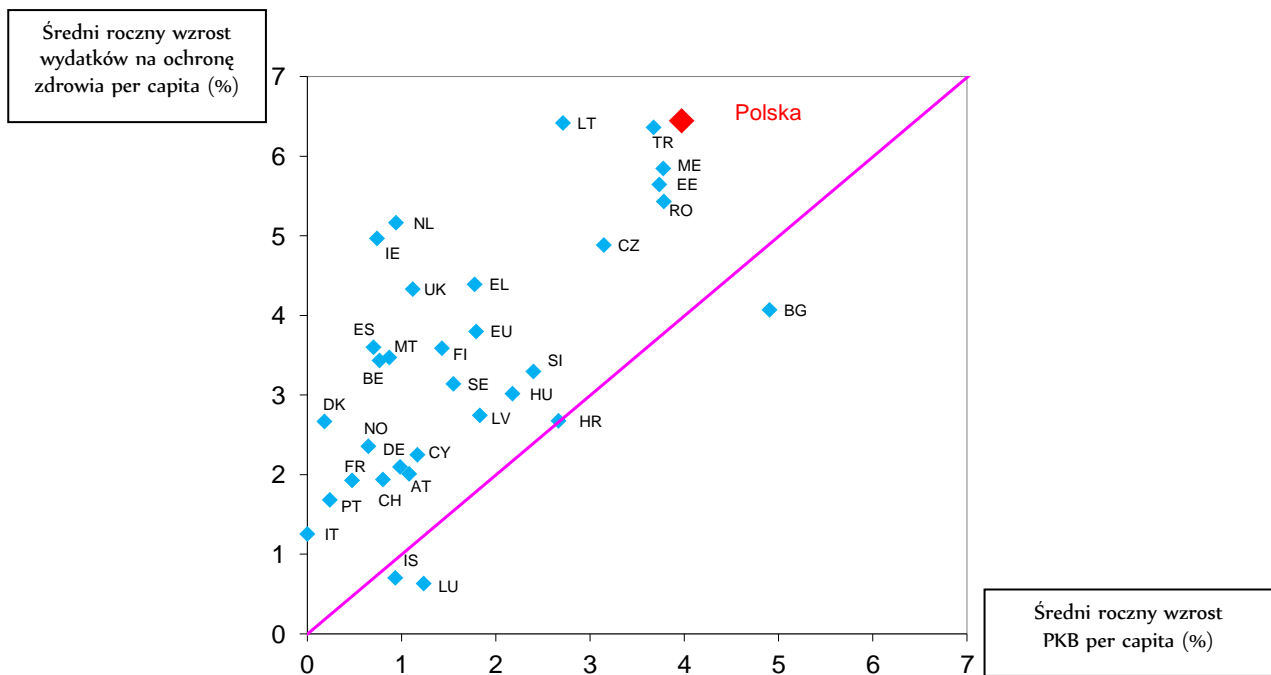
Wykres 3. Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia per capita, kraje OECD, 2010.
Źródło: [OECD 2012]

Nieco jednak bardziej optymistycznych danych i ściśle powiązanych tematycznie z przeprowadzonymi analizami, dostarczają kolejne zestawienia sporządzone pod auspicjami Sekretarza Generalnego OECD, w formie drugiej już edycji Raportu „Health at a Glance: Europe 2012”. Jeden z punktów tego Raportu zawiera dane na temat rocznej stopy wzrostu wydatków per capita (wykres 4), z którego wynika, że tempo wzrostu wydatków w latach 2000-2010 w Polsce, było jednym z najwyższych w grupie porównywanych państw i przewyższało wartość przeciętną dla Unii Europejskiej. Wzrost wydatków utrzymywał się także w latach 2009-2010, a więc bezpośrednio po fali światowego kryzysu gospodarczego, który w wielu krajach spowodował spadek tempa wzrostu wydatków na ochronę zdrowia.



Wykres 4. Średnia roczna stopa wzrostu (%) wydatków na ochronę zdrowia per capita, w latach 2000-2010.
Źródło: [OECD 2012]

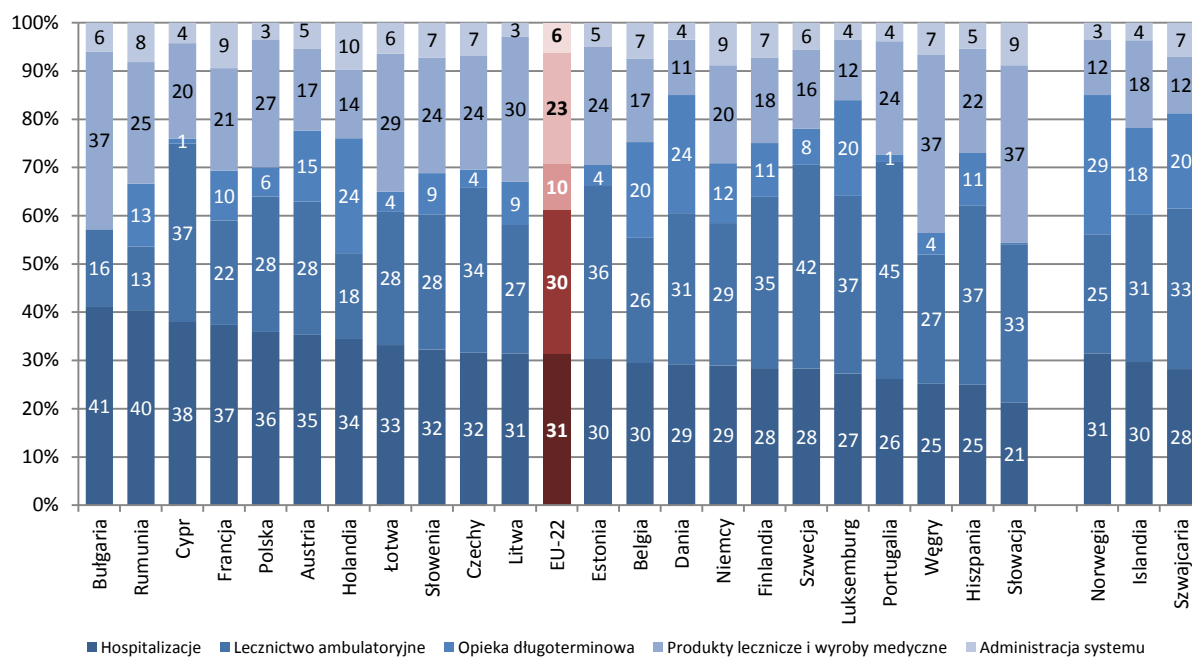
Ciekawe zestawienie dwóch miar, pozwalające na wyciągnięcie wniosków o właściwym kierunku zmian w sposobie finansowania sektora, daje obraz na wykresie 5. Ukazuje on średni roczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia na tle wzrostu produktu krajowego brutto. Wniosek, jaki płynie z tego obrazu jest następujący: Polska, będąca liderem wzrostu PKB w pierwszej dekadzie XXI wieku (wyprzedziła nas tylko Bułgaria, co wynika ze znacznie słabszej dynamiki wzrostu Bułgarii w latach poprzedzających tę dekadę, kiedy to polska gospodarka rozwijała się już po okresie przemian ustrojowych), wykorzystywała istotną część tego przyspieszenia dla potrzeb wzrostu wydatków w sektorze ochrony zdrowia. Pod tym względem również Polska znalazła się w czołówce państw zwiększających nakłady na cele zdrowotne w minionej dekadzie.



Wykres 5. Średni roczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia i PKB per capita w latach 2000-2010.
 Źródło: [OECD 2012]

Wydatki na ochronę zdrowia w ujęciu ogólnym dostarczają informacji o głównych kierunkach polityki zdrowotnej państwa, zaś notowane tendencje zmian sposobu finansowania odzwierciedlają priorytety tej polityki. Z kolei źródłem szczegółowych informacji odnośnie udziału wydatków - w ujęciu funkcji poszczególnych elementów ochrony zdrowia - w stosunku do ogółu wydatków na ochronę zdrowia, ilustruje wykres 6.

Wydatki szczegółowe – tutaj tzw. funkcje ochrony zdrowia, zostały w cytowanym Raporcie określone następująco: hospitalizacja, opieka ambulatoryjna, opieka długoterminowa (paliatywna), produkty lecznicze i wyroby medyczne (razem w jednej grupie) oraz obsługa (administracja) systemu. Jeśli chodzi o dwie grupy o największym ciężarze kosztów, tj. usługi wymagające hospitalizacji oraz leczenie ambulatoryjne – Polska ma proporcje zbliżone do średniej OECD, natomiast odbiegamy w trzech pozostałych grupach. Wydajemy tylko 60% tego co wszystkie kraje łącznie na opiekę długoterminową, co nie jest korzystną sytuacją w perspektywie rosnących potrzeb w tym zakresie oraz wydajemy średnio więcej na koszty zaopatrzenia medycznego, co z kolei wiązać się może zarówno z gorszą sytuacją diagnostyki, jak też wyższymi cenami zaopatrzenia. Pozytywnym faktem są dużo niższe od średniej, koszty administracji systemu.



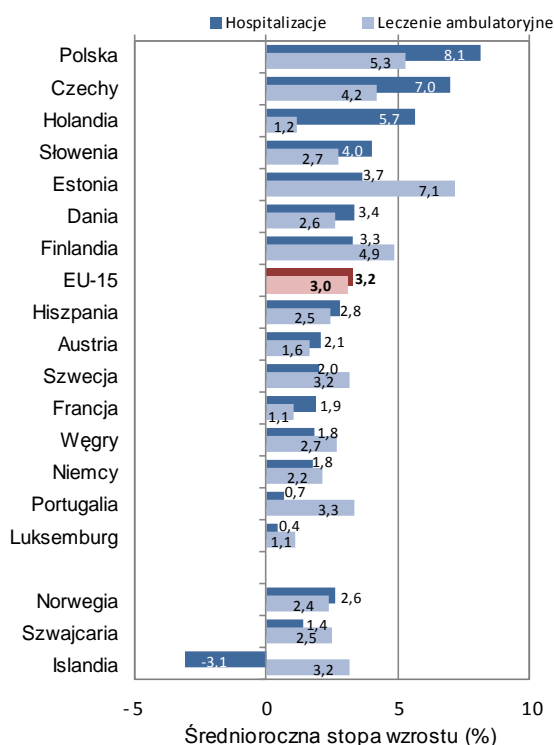
Wykres 6. Wydatki na opiekę według funkcji ochrony zdrowia, 2010. Kraje są uszeregowane według wydatków na hospitalizację jako części łącznych wydatków na ochronę zdrowia. Źródło: [OECD 2012]

Jak przedstawiono na wykresie 7, Polska była w minionym dziesięcioleciu (2000-2010) liderem wzrostu wydatków na lecznictwo otwarte i zamknięte. W gronie państw przodujących pod tym względem znajdują się także inne kraje z Europy Środkowo-Wschodniej, co może być konsekwencją wzrostu dostępności usług medycznych oraz rozwoju technologii medycznych i infrastruktury po okresie reform systemowych.

Przedstawione wybrane aspekty finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce na tle państw OECD stanowią niewielki zakres szerokiej problematyki analizy wydatków na ochronę zdrowia. Wysoce uniwersalnym narzędziem pozwalającym na porównywanie pomiędzy poszczególnymi krajami wielkości wydatków liczonych według spójnej metodologii jest Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ)⁶ opracowany przez OECD w 2000 roku. Podstawą rachunku jest trójwymiarowa, międzynarodowa klasyfikacja wydatków (International Classification for Health Accounts - ICHA), która umożliwia równoczesne ich zestawienie według: płatników, dostawców usług oraz dóbr medycznych i funkcji tychże

⁶ Narodowy Rachunek Zdrowia za kolejne lata opracowywany jest w Głównym Urzędzie Statystycznym w ścisłej współpracy z instytucjami, które gromadzą dane o nakładach na ochronę zdrowia tj. Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwem Spraw Wewnętrznych, Ministerstwem Obrony Narodowej, Ministerstwem Sprawiedliwości, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwem Finansów.

usług, a także dóbr [Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok, 2012]. Klasyfikacja ta służy ujednoczeniu i zharmonizowaniu analiz w obszarze ochrony zdrowia, tzn. ustaleniu porównywalnych granic ochrony zdrowia i ustaleniu jednolitej terminologii.



Wykres 7. Wzrost wydatków na hospitalizacje i leczenie ambulatoryjne per capita, w latach 2000-2010.

Źródło: [OECD 2012]

Obszar opieki zdrowotnej z punktu widzenia klasyfikacji funkcjonalnej obejmuje:

- grupę usług i dóbr indywidualnej opieki zdrowotnej tj. usługi lecznicze, usługi rehabilitacyjne, długotrwałą opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze, leki i inne produkty medyczne,
- grupę usług i dóbr konsumowanych zbiorowo tj. działania związane z profilaktyką i zdrowiem publicznym, zadania o charakterze administracyjnym i z zakresu zarządzania.

Odrębną grupę stanowią usługi wynikające z funkcji powiązanych z ochroną zdrowia, takie jak np. inwestycje, kształcenie i szkolenie personelu medycznego czy badania i rozwój w zakresie zdrowia, kontrola żywności, higieny i wody pitnej oraz usługi administracyjne, odnoszące się do dostarczania świadczeń powiązanych z ochroną zdrowia w ramach systemu

zabezpieczenia społecznego, udzielanych osobom niepełnosprawnym czy innym wymagającym opieki. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia zdefiniowane są jako suma wydatków bieżących i wydatków inwestycyjnych będących częścią wydatków powiązanych z ochroną zdrowia. Najnowsze dostępne dane w klasyfikacji NRZ dotyczą 2009 i 2010 roku i są przedstawione w tabeli 8. Jako, że jest to ta sama metodologia, co w prezentowanych wcześniej danych OECD Health Data, dane z tabeli 8 pokrywają się z danymi z wykresu 2 dla 2010 roku.

Tabela 8. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w 2009 i 2010 roku.

Wyszczególnienie	2009		2010	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 344 383	100,00	1 416 392	100,00
Publiczne wydatki bieżące	64 763	4,82	66 505	4,70
z tego:				
Wydatki budżetu państwa	2 049	0,15	1 885	0,13
Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	2 973	0,22	3 547	0,25
Fundusze ubezpieczeń społecznych	59 741	4,44	61 074	4,31
Prywatne wydatki bieżące	25 622	1,91	25 629	1,81
z tego:				
Wydatki bezpośrednie gospodarstw Domowych	22 018	1,64	21 817	1,54
Inne wydatki prywatne na ochronę Zdrowia	3 605	0,27	3 812	0,27
Razem wydatki bieżące	90 385	6,72	92 134	6,50
Inwestycje	6 590	0,49	6 710	0,47
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	96 976	7,21	98 845	6,98

Źródło: [GUS 2012]



Rysunek 6. Schemat głównych agregatów wydatków w Narodowym Rachunku Zdrowia w 2010 roku (w mld zł).

Źródło: [GUS 2012]

W kalkulacji NRZ, obok wydatków bezpośrednich na ochronę zdrowia występuje kategoria wydatków określanych jako powiązane z ochroną zdrowia. Składają się na nią wydatki inwestycyjne, jak też świadczenia pieniężne, wydatki na kształcenie personelu medycznego oraz na badania i rozwój w ochronie zdrowia. Rysunek 6 przedstawia schemat agregatorów NRZ za 2010 rok, z kolei wykres 8 ukazuje strukturę wydatków powiązanych z ochroną zdrowia i wielkość tych nakładów w 2009 i 2010 roku. Wykresy 8 i 11 dotyczące struktury wydatków na ochronę zdrowia, zawierają nomenklaturę pochodzącą z trójwymiarowej, międzynarodowej klasyfikacji wydatków - International Classification for Health Accounts (ICHA)⁷

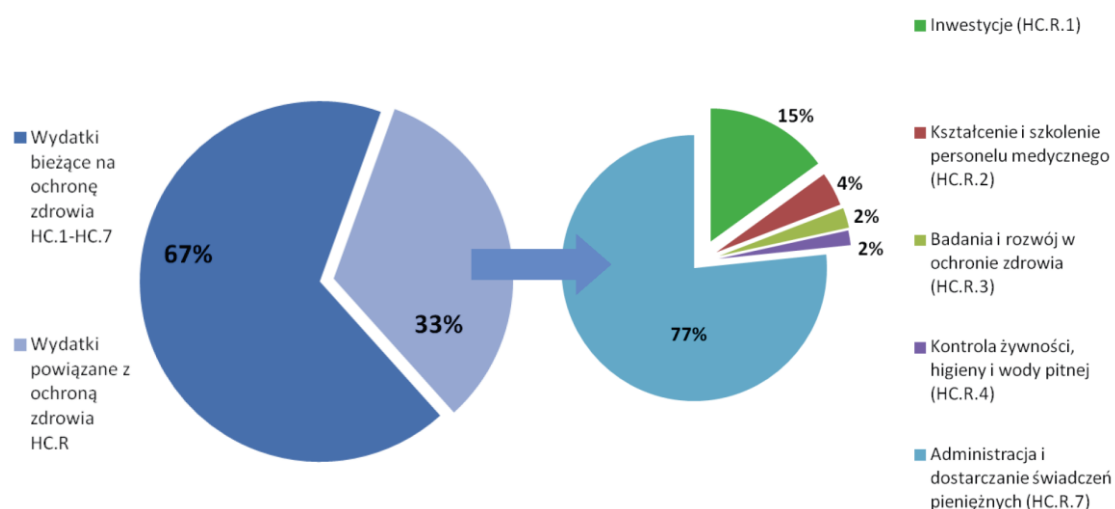
Wydatki powiązane z ochroną zdrowia wyniosły w 2010 roku 46,4 mld zł, co stanowiło 3,28% PKB. Wydatki powiązane z ochroną zdrowia dodane do wydatków bieżących na ochronę zdrowia stanowią łącznie 138,5 mld zł, czyli 9,8% PKB (10% PKB w 2009 roku). Częścią wspólną obydwu zakresów NRZ są inwestycje, które pomimo, że stanowią niespełna 7% wydatków podstawowych i około 15% wydatków powiązanych, a ich poziom oscyluje w ostatnich latach wokół 0,5% produktu krajowego brutto, to są istotnym obszarem decyzyjnym o charakterze strategicznym dla kształtowania systemu ochrony zdrowia. Wynika to z faktu olbrzymich potrzeb w sferze infrastruktury leczniczej w Polsce, która wciąż wymaga reform organizacyjnych oraz stałego unowocześniania i podnoszenia standardów

⁷ International Classification for Health Accounts – ICHA umożliwia równoczesne ich zestawienie według:

- płatników (ICHA-HF ICHA classification of sources of funding),
- dostawców usług i dóbr medycznych (ICHA-HP ICHA classifications of health care providers),
- funkcji tychże usług i dóbr (ICHA-HC ICHA classification of health care functions).

Klasyfikacja ta służy ujednoczeniu i zharmonizowaniu analiz w obszarze ochrony zdrowia, tzn. ustaleniu porównywalnych granic ochrony zdrowia i ustaleniu jednolitej terminologii. [GUS 2012, OECD 2000]

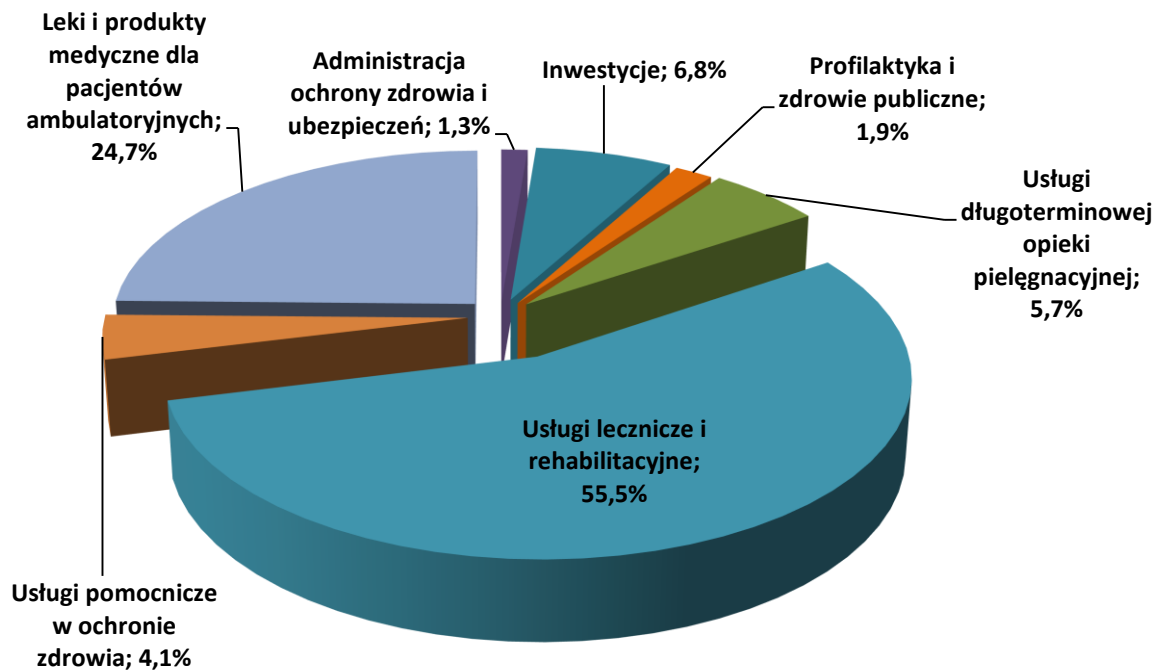
technologicznych, jak choćby dostosowywanie bazy szpitalnej do obowiązujących norm unijnych w tym zakresie.



Wykres 8. Wydatki na ochronę zdrowia w 2010 roku według funkcji.

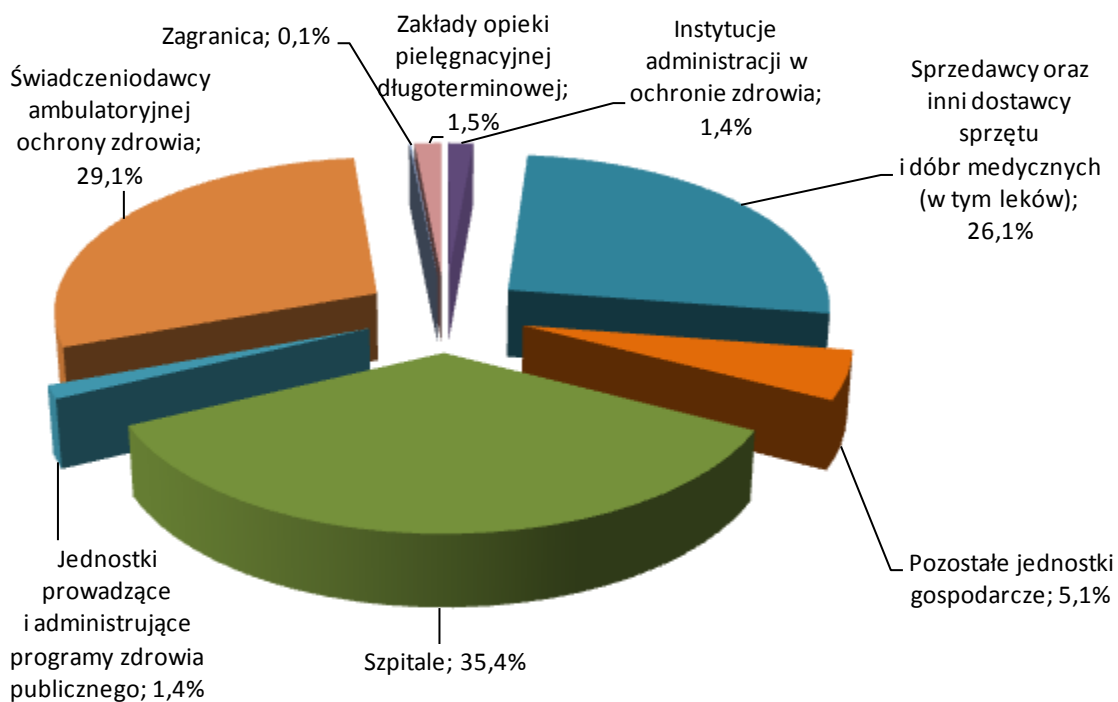
Źródło: [GUS 2012]

Analizując udział inwestycji w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia według funkcji (wykres 9), należy wciąć pod uwagę fakt, że całkowita wartość inwestycji w tej sferze jest wielokrotnie wyższa, z uwagi na wysoki poziom wykorzystania funduszy unijnych w ostatnich latach. Wykresy 9 i 10 są uszczegółowieniem danych dla Polski o udziale wydatków na poszczególne funkcje ochrony zdrowia, które były przedstawione na wykresie 6, w ujęciu porównania tych parametrów pomiędzy krajami OECD dla 2010 roku.



Wykres 9. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia według funkcji w 2010 roku.

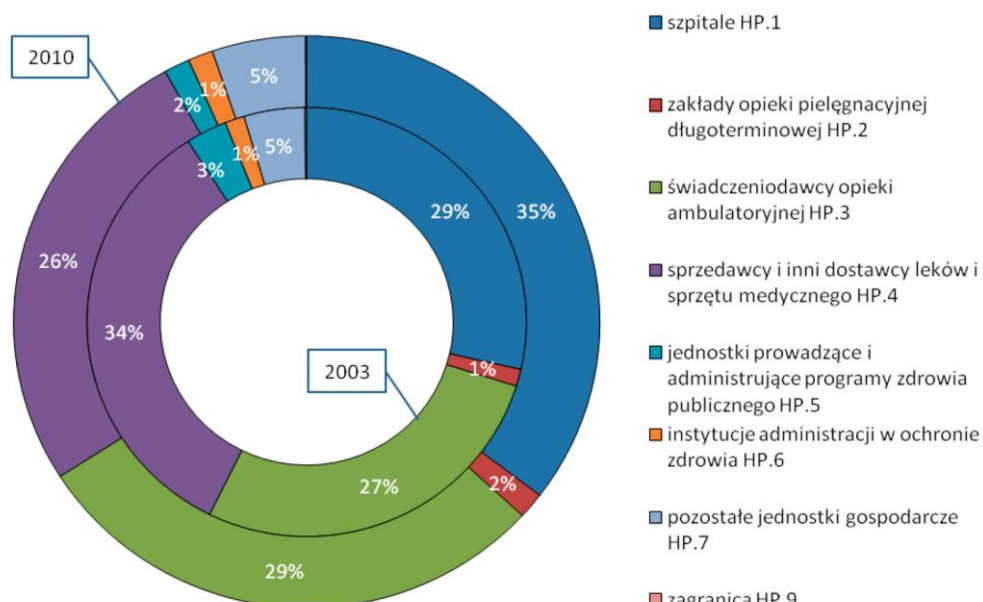
Źródło: [GUS 2012]



Wykres 10. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2010 roku.

Źródło: [GUS 2012]

Analiza wyników Narodowego Rachunku Zdrowia z 2003 roku i 2010 roku (wykres 11) wskazuje na systematyczny wzrost wydatków ogółem (bieżących wraz z inwestycyjnymi) na ochronę zdrowia oraz powiązanych.



Wykres 11. Struktura wydatków na ochronę zdrowia według dostawców w latach 2003 i 2010.

Źródło: [GUS 2012]

Odbywa się to przy względnym zachowaniu ukształtowanej struktury wydatków według funkcji oraz w podziale na dostawców, z wyraźnie rosnącą rolą szpitali. Na porównywalnym poziomie zostały zachowane wydatki na leczenie w trybie ambulatoryjnym, natomiast o blisko połowę spadły wydatki na dobra dostarczane przez dostawców leków i wyrobów medycznych. Należy jednak właściwie interpretować tę kategorię, bowiem w niej mieszczą się jedynie wydatki budżetu państwa z tytułu refundacji leków (głównie lecnictwo otwarte), oraz wydatki pokrywane bezpośrednio przez pacjentów. W kwocie tej nie zawierają się natomiast koszty zaopatrzenia medycznego szpitali. W analizowanym okresie, zwiększono ponadto wydatki z tytułu świadczeń w zakładach opieki pielęgnacyjnej oraz długoterminowej i pomimo, że wzrost ten wyniósł 100%, to jednak wciąż stanowiło to, w 2010 roku, tylko 2% ogółu wydatków na ochronę zdrowia. Jest to o tyle niepokojący wynik, że:

- 1) dbałość o ludzi wymagających troski ze względu na wiek i/lub stan zdrowia jest pewną, społeczną etykietą systemu;
- 2) niski poziom wydatków nie zachęca potencjalnych inwestorów do zainteresowania tym obszarem.

Z punktu widzenia zakresu badawczego niniejszej pracy, najistotniejszym dostawcą usług są szpitale, które pochłaniają ponad jedną trzecią ogółu wydatków na ochronę zdrowia i w grupie tej notuje się stały wzrost kosztów. Należy mieć jednak świadomość, że obecna struktura wydatków nie odzwierciedla ani obecnych potrzeb w zakresie opieki długoterminowej (przewlekłej, paliatywnej, pielęgniarstwa), a tym bardziej nie zabezpiecza rosnącego zapotrzebowania na tego typu usługi. Kraje OECD o znacznie wyższym statusie systemów ochrony zdrowia i wielokrotnie wyższym poziomie finansowania mają tę sferę rozwiniętą w dużo większym stopniu, co wobec zaprezentowanych trendów demograficznych, stawia Polsce nowe, jeszcze większe wyzwania w tym zakresie.

2.3. Sytuacja demograficzna w Polsce na tle Europy i świata i jej implikacje dla systemu ochrony zdrowia

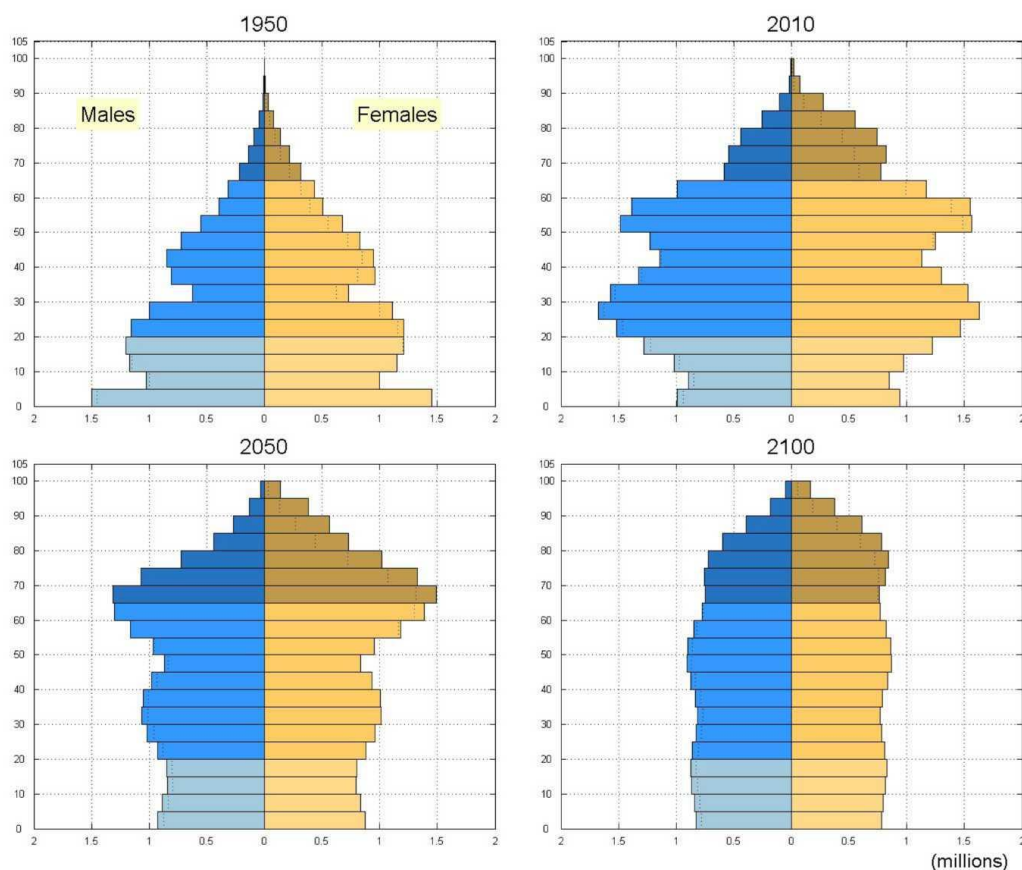
Systemy zdrowotne podlegają ciągłym procesom ewolucji w zakresie organizacji, sposobu funkcjonowania oraz niezbędnemu poziomowi finansowania, a jednym z najważniejszych czynników, które te zmiany wymusza, jest sytuacja demograficzna każdego kraju. Czynniki demograficzne stanowią jedną ze składowych makrootoczenia, w którym funkcjonuje każda placówka opieki zdrowotnej. M. Dobska i K. Rogoziński wymieniają ponadto kilka innych, z którymi muszą się liczyć świadczeniodawcy usług: [Dobska i Rogoziński 2008, s. 21]:

- zmiany struktury społecznej,
- czynniki polityczne,
- czynniki prawne,
- czynniki ekonomiczne,
- czynniki technologiczne,
- czynniki ekologiczno-geograficzne.

Autorzy wskazują jednakże na wiodącą rolę czynników demograficznych, od których zależą kluczowe decyzje w ochronie zdrowia. Ilość czynników – składowych makrootoczenia determinujących funkcjonowanie podmiotów opieki zdrowotnej, jest potwierdzeniem tezy, że w uwadze zarządzających, relacje między przedsiębiorstwem a jego otoczeniem, z czasem zaczęły dominować nad wewnętrzną organizacją i wewnętrznymi stosunkami. [Sudoł 2006]

Konsekwencją zjawisk demograficznych są takie zmiany społeczne, jak na przykład struktura zatrudnienia, liczebność populacji aktywnej zawodowo czy związana z tym struktura wpływów budżetowych z tytułu podatku od wynagrodzeń. Najbardziej wyrazistym współczesnym trendem demograficznym jest starzenie się społeczeństw, co stanowi wyzwanie dla większości krajów Unii Europejskiej, wyrażające się koniecznością dostosowania systemów zabezpieczeń społecznych. Zmiana profilu demograficznego społeczeństwa skutkuje zatem nie tylko określonymi potrzebami w zakresie profilu usług zakładów opieki zdrowotnej, a więc kosztach bezpośrednich systemu, ale także wydatkach powiązanych z ochroną, jak choćby świadczenia pieniężne, stanowiące ponad 75% tych wydatków.

Rysunek 7 obrazuje zmianę profilu demograficznego żeńskiej i męskiej części społeczeństwa polskiego, jaka dokonała się w ciągu minionych 60-ciu lat oraz jakich zmian – zdaniem ekspertów ONZ – można się spodziewać w perspektywie trwającego stulecia.

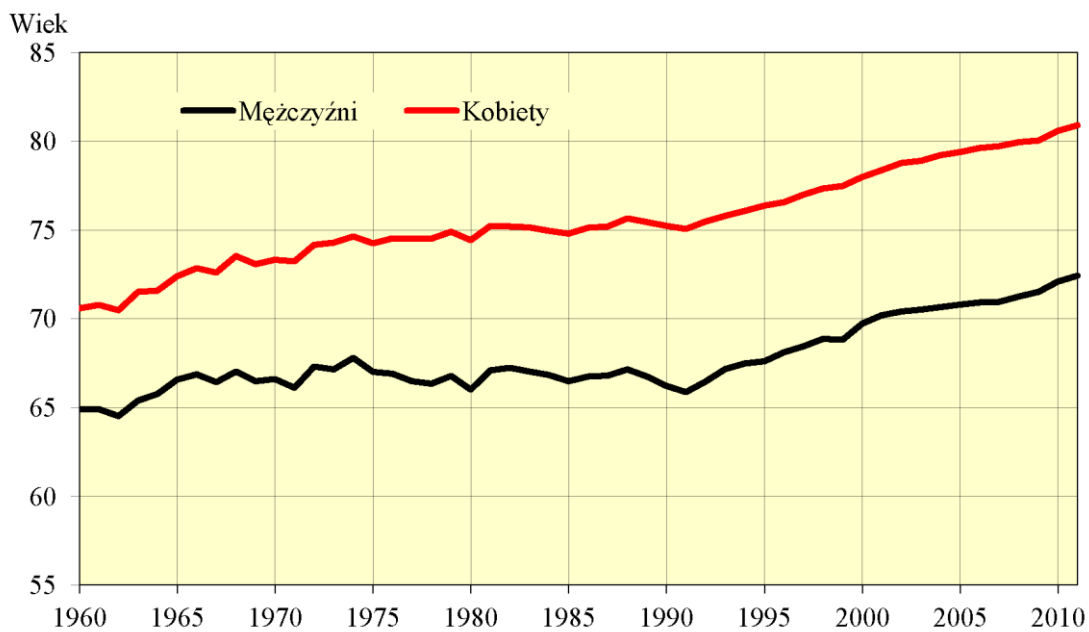


Rysunek 7. Piramida wieku ludności Polski. Porównanie danych za 1950 i 2010 rok oraz projekcja na lata 2050 i 2100.

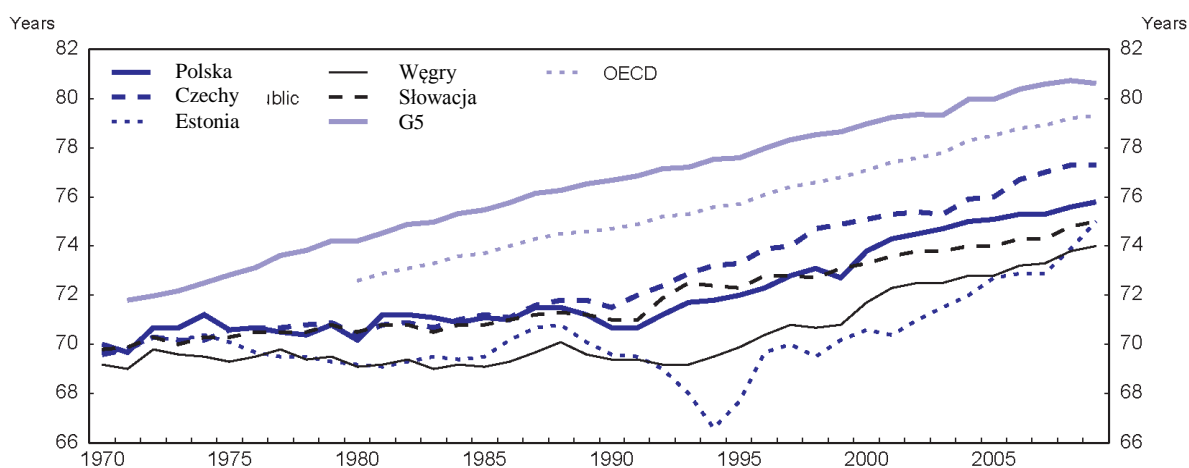
Źródło: [UN 2012]

Starzenie się polskiego społeczeństwa, spowodowane jest tymi samymi dwoma zasadniczymi czynnikami, które determinują podobną sytuację w większości rozwiniętych krajów europejskich. Pierwszym z nich jest wydłużanie życia dzięki poprawie jego komfortu, między innymi w efekcie rozwoju systemów ochrony zdrowia, w tym postępu medycyny. Wykres 12 ilustruje przeciętną długość życia kobiet i mężczyzn, która w ciągu ostatniego półwiecza

wzrosła o blisko 10 lat. Podobne ujęcie – spodziewanej długości życia pokazuje wykres 13, na którym można porównać te tendencje w Polsce i kilku krajach Europy Środkowo-Wschodniej, na tle grup krajów G5 i OECD. Polska nie odbiega znacząco od krajów ościennych, natomiast notuje niższe wartości tego współczynnika na tle innych krajów wymienionych organizacji.



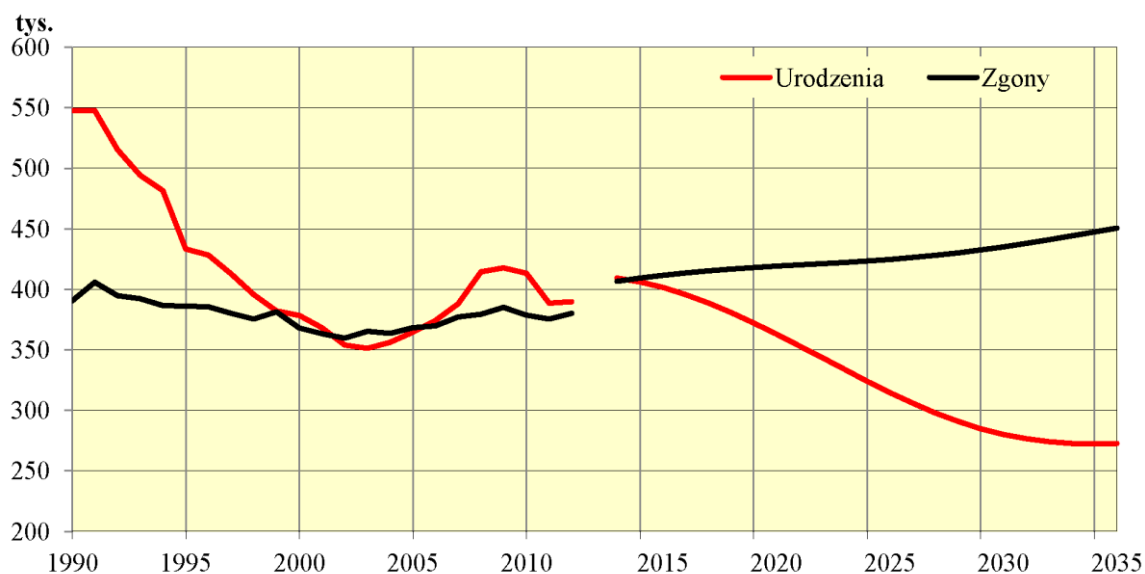
Wykres 12. Przeciętne trwanie życia w latach 1960-2011.
Źródło: [GUS 2013]



1. G7 bez Kanady i Wielkiej Brytanii z uwagi na brak danych za ten okres.

Wykres 13. Trendy w spodziewanej długości życia w chwili urodzenia w wybranych krajach.
Źródło: [Boulhol i in. 2012]

Czynnikami niekorzystnie kształtującym profil demograficzny jest malejąca dzietność, którą ilustruje wykres 14. Wprawdzie 2012 rok był piątym z kolei, w którym odnotowano dodatni przyrost rzeczywisty ludności, jednak tempo przyrostu było znacznie wolniejsze i wyniosło 0,01%, - co oznacza, że na każde 100 tys. mieszkańców Polski przybyła tylko 1 osoba, w 2011 r. - 2 osoby, a w 2010 roku – 8 [GUS 2013]. Szczególnie niepożądane proporcje zgonów do urodzeń są spodziewane w najbliższym dwudziestoleciu, to jest w perspektywie lat 2015-2035.



Wykres 14. Urodzenia i zgony w latach 1990-2012 oraz prognoza do 2035 roku.
Źródło: [GUS 2013]

Dalszych interesujących danych dostarczają liczebności poszczególnych grup wiekowych, ze szczególnym uwzględnieniem klasyfikacji z punktu widzenia wieku produkcyjnego, to jest 18-54 (dla kobiet) i 18-65 lat (dla mężczyzn). Pierwsza dekada XXI wieku, to lata wchodzenia w wiek produkcyjny osób urodzonych w okresie ostatniego wyżu demograficznego, dzięki czemu rosła zarówno liczba tej ludności, jak i jej udział w ogólnej populacji. Jednak od 2009 roku odsetek tej grupy osób ponownie obniża się i w 2012 roku wyniósł 63,9%. W końcu 2012 roku udział ludności w wieku zdolności do pracy był o 3,1% większy od notowanego w 2000 roku (60,8%), a w stosunku do 1990 roku wzrósł o prawie 6%. Jednocześnie zahamowaniu uległ proces starzenia się zasobów siły roboczej, czego wyrazem było zmniejszenie się tempa przyrostu ludności w wieku produkcyjnym niemobilnym (powyżej 44 roku życia) – wykres 15 i tabela 9. Z uwagi na brak kolejnego

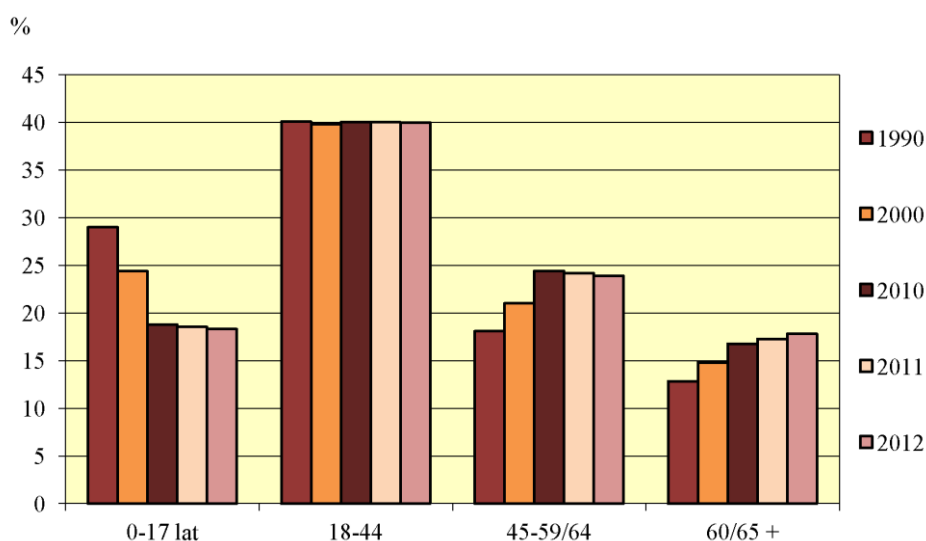
znaczącego wzrostu urodzeń w ciągu minionych 15-20 lat, w okresie najbliższych 5-ciu lat należy oczekiwać zmniejszenia się liczby ludności w wieku produkcyjnym. Ubytek ten będzie w znacznie większym stopniu dotyczył ludności w wieku mobilnym niż niemobilnym, nawet przy uwzględnieniu ustawowego przesunięcia wieku emerytalnego począwszy od 2013 roku. Szacuje się, że w 2012 roku - w stosunku do 2011 roku - liczba osób w wieku produkcyjnym zmniejszyła się o ok. 117 tys., w tym o 100 tys. w wieku niemobilnym [GUS 2013].

Tabela 9. Ludność według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach (stan w dniu 31 grudnia).

Grupy wieku	Lata				Lata			
	1990	2000	2011	2012 ^a	1990	2000	2011	2012 ^a
	w tysiącach				w odsetkach			
Ludność ogółem	38073	38254	38538	38542	100,0	100,0	100,0	100,0
W wieku:								
Przedprodukcyjnym (0-17)	11043	9333	7147	7061	29,0	24,4	18,5	18,3
Produkcyjnym (18-59/64)	22146	23261	24739	24621	58,2	60,8	64,2	63,9
mobilnym (18-44)	15255	15218	15418	15401	40,1	39,8	40,0	40,0
niemobilnym (45-59/64)	6890	8043	9320	9220	18,1	21,0	24,2	23,9
Poprodukcyjnym (60/65+)	4884	5660	6653	6860	12,8	14,8	17,3	17,8

^a Dane dotyczące 2012 r. stanowią wstępny szacunek.

Źródło: [GUS 2013, s.14]



Wykres 15. Ludność według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach.

Źródło: [GUS 2013]

Wykorzystanie danych demograficznych dla potrzeb ekonomii systemów ochrony zdrowia doprowadziło do opracowania i rozwoju nowych wskaźników, współczynników i miar. Pozwalają one w bardziej precyzyjny sposób analizować zjawiska i trendy mające implikacje w postaci zmieniających się potrzeb zdrowotnych i oczekiwań społecznych wobec usług dostarczanych w ramach systemów zdrowotnych. Obok ogólnej przeżywalności zaczęto stosować takie wskaźniki stanu zdrowia, jak:

- oczekiwana długość życia, z ang. Life Expectancy, w skrócie LE;
- lata zdrowego życia, z ang. Healthy Life Years, w skrócie HLY.

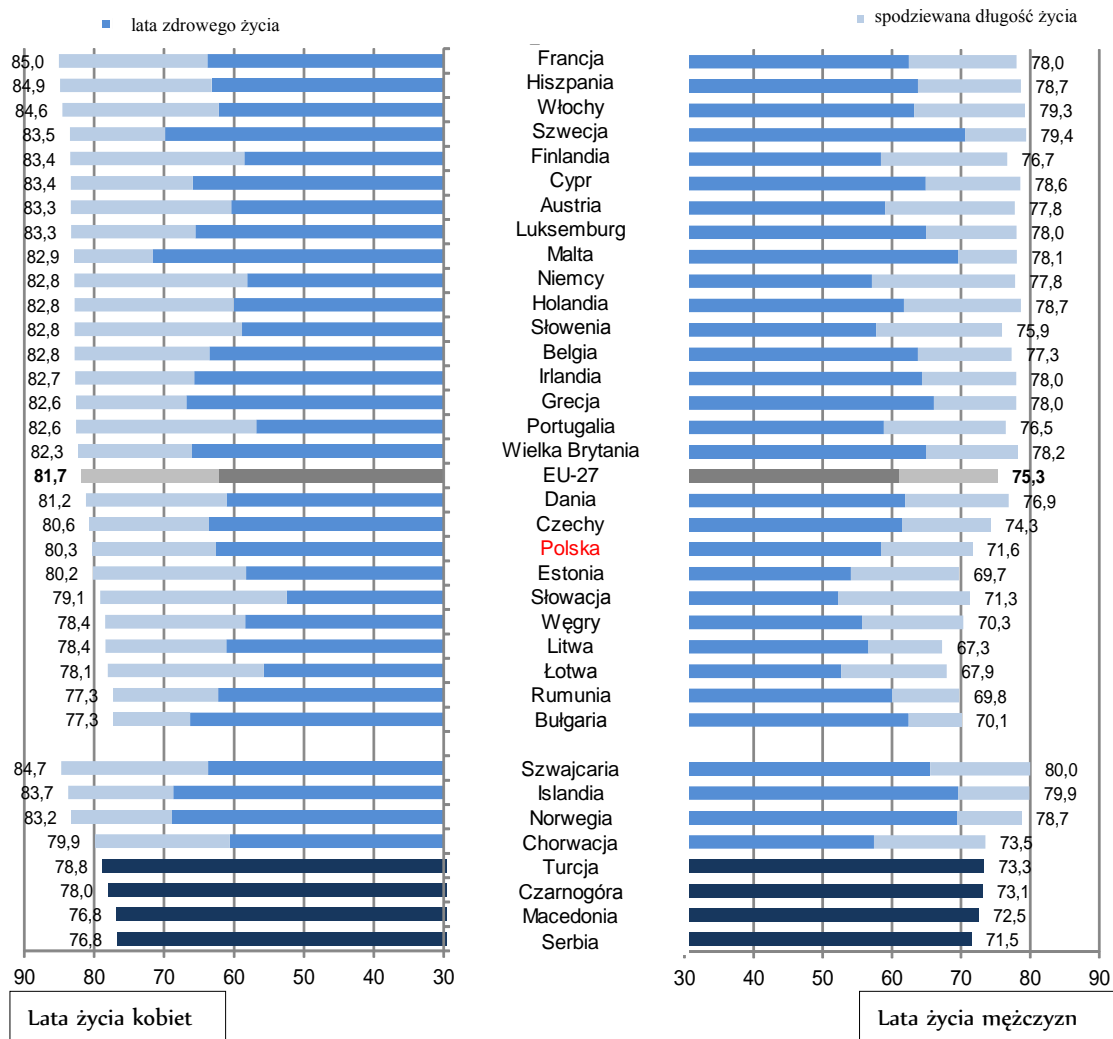
Oczekiwana, spodziewana długość życia, szacuje się na ogół dla całego życia od chwili narodzin, bez względu na stan zdrowia, zaś wskaźnik lat zdrowego życia (HLY), „zwany również oczekiwaną długością życia bez dolegliwości mierzy liczbę lat bez ograniczeń zdrowotnych, jaką ma przed sobą osoba w określonym wieku. HLY jest rzetelnym wskaźnikiem pozwalającym monitorować zdrowie, jako czynnik związany z produktywnością i efektywnością działań [Włodarczyk, Kowalska i Mokrzycka 2012]. Jest to zatem wskaźnik wprowadzający parametr jakości do oceny, a kryterium jego różnicowania w stosunku do całkowitej długości życia jest fakt wystąpienia jakiegokolwiek ograniczenia zdrowotnego wpływającego na aktywność.

Wykres 16 ilustruje porównanie obydwu parametrów dla krajów OECD, z odniesieniem tego do średniej dla 27 państw Unii Europejskiej, w układzie obu płci, za lata 2008-2010.

Wartości tych parametrów dla Polski w porównaniu z EU 27 wyglądają następująco:

- oczekiwana długość życia (LE):
 - kobiety w Polsce: 80,3 roku, a w EU 27: 81,7 roku;
 - mężczyźni w Polsce: 71,6 roku, a w EU 27: 75,3 roku;
- lata zdrowego życia (HLY):
 - kobiety w Polsce: 62,6 roku, a w EU 27: 62,2 roku;
 - mężczyźni w Polsce: 58,6 roku, a w EU 27: 61,0 roku.

Prognozy te pokazują, że średnia spodziewana długość życia kobiet urodzonych w ostatnich latach w Polsce będzie zbliżona do wartości europejskich, a ilość lat przeżytych w zdrowiu ma szansę być nawet nieznacznie wyższa od średnich unijnych. Niestety te same prognozy dla mężczyzn nie są tak korzystne, gdyż wskazują na blisko o cztery lata krótsze życie niż przeciętnego mężczyzny z grupy EU 27 oraz półtora roku krótszy czas życia w zdrowiu.

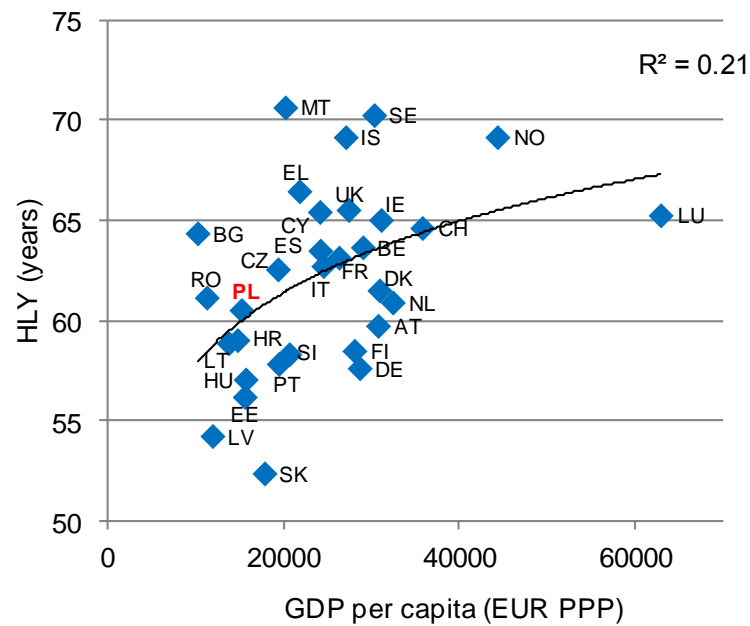


Wykres 16. Średnie wartości współczynników: spodziewana długość życia (LE) i lata zdrowego życia (HLY) w chwili urodzenia, według płci, obliczone za lata 2008-2010. Źródło: [OECD 2012]

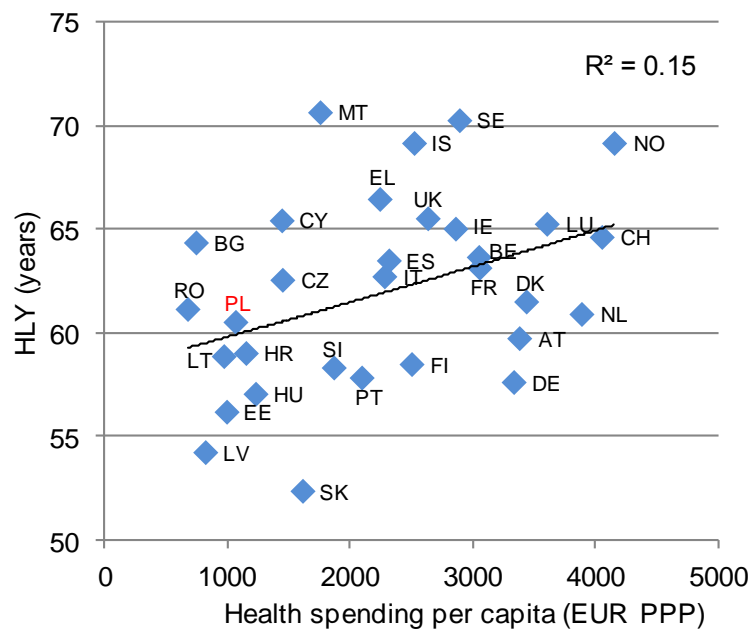
Kraje o najwyższych wartościach obydwu parametrów z osobna, a także – co najkorzystniejsze – obydwu łącznie, to: Malta i kraje skandynawskie. Najniższe wartości wskaźnika notuje Słowacja.

Wykorzystanie szacowanej długości życia w zdrowiu jako parametru oceny jakości życia może być jeszcze bardziej obrazowe jeśli wartości tego wskaźnika zestawimy z innymi miarami poziomu życia społeczno-ekonomicznego w kraju. Należą do nich prezentowane już wcześniej wartości wydatków na ochronę zdrowia poszczególnych państw, szczególnie w odniesieniu do produktu krajowego brutto – PKB (z ang. GDP).

Wykresy 17 i 18 ukazują zestawienie parametru lat życia w zdrowiu z wartościami PKB i wydatków na ochronę zdrowia per capita, w parytecie siły nabywczej euro.



Wykres 17. Średnie wartości współczynników: lata zdrowego życia (HLY) w chwili urodzenia i produkt krajowy brutto (z ang. GDP) per capita, obliczone za lata 2008-2010.
Źródło: [OECD 2012]



Wykres 18. Średnie wartości współczynników: lata zdrowego życia (HLY) w chwili urodzenia i wydatki na ochronę zdrowia per capita, obliczone za lata 2008-2010.
Źródło: [OECD 2012]

Produkt krajowy brutto, jako miara tempa rozwoju gospodarki ukazuje, między innymi, możliwości skali wydatkowania w obszarze ochrony zdrowia. Z kolei poziom inwestycji w system wpływa na jakość jego usług, co znajduje wyraz w jakości życia. Jeśli zatem lata życia w zdrowiu mają wartość względnie porównywalną z innymi krajami rozwiniętymi, zaś wartości PKB oraz obecnych nakładów na system ochrony zdrowia kilkakrotnie niższe od krajów wiodących – perspektywy radykalnej poprawy jakości życia, w tym aspekcie, są raczej odległe.

Trwające w ostatnich latach zmiany demograficzne ukształtowały trudną sytuację ludnościową Polski, nie dającą perspektyw stabilnego rozwoju demograficznego i zastępowalności pokoleń. Obecnie, oprócz przedstawionej niskiej dzietności, notuje się także spadającą liczbę zawieranych małżeństw, co niekoniecznie musi wpływać na dalsze obniżenie dzietnością w przyszłości, ale też trudno to zjawisko uznać za sprzyjające wzrostowi narodzin. Czynnikiem, który może ten trend pogłębiać jest utrzymująca się nadal wysoka skala emigracji Polaków za granicę, szczególnie emigracja czasowa ludzi młodych. Niski poziom dzietności, któremu towarzyszy wydłużanie się trwania życia będzie skutkował spadkiem podaży siły roboczej na rynku pracy i wzrostem odsetka ludzi starszych. Efektem tego będzie dalsze zaawansowanie procesu starzenia się społeczeństwa polskiego.

Konsekwencje tych zjawisk znajdą wyraz w nowych wyzwaniach dla polskiego systemu opieki, który będzie musiał dostosować swoje usługi do potrzeb społeczeństwa o takim profilu demograficznym. Zwiększy się zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, co wymaga określonej infrastruktury, jak również wzrośnie liczba procedur diagnostycznych i leczniczych powiązanych z wiekiem. Wydłużanie życia powoduje nie tylko zmiany w strukturze niezbędnych procedur, ale również wzrost zapotrzebowania na łączną ilość usług medycznych, co z kolei generuje większe potrzeby w zakresie zaopatrzenia medycznego.

2.4. Struktura, organizacja i sposób funkcjonowania szpitalnictwa

Świadczenia realizowane w polskim systemie opieki zdrowotnej pochodzą z dwóch zasadniczych źródeł: opieki ambulatoryjnej oraz lecznictwa zamkniętego. Dotyczy to medycyny naprawczej, a więc procedur, na które składają się działania wykraczające poza fizyczne dostarczenie dobra w formie produktu leczniczego i/lub wyrobu medycznego, gdyż rdzeniem usługi leczniczej jest nakład pracy personelu medycznego. Przedmiot rozważań dysertacji dotyczy lecznictwa zamkniętego, choć konsolidacja zakupów może również obejmować działalność placówek lecznictwa ambulatoryjnego, jak na przykład laboratoria i pracownie diagnostyczne, gdzie także zużywa się znaczące ilości asortymentu medycznego.

Przyjmując kryterium rodzaju działalności, zasoby lecznictwa zamkniętego dzielą się na: opiekę stacjonarną – szpitale i opiekę długoterminową⁸. Z punktu widzenia charakterystyki podmiotu, wśród szpitali wyróżnia się trzy kategorie jednostek: szpital kliniczny, szpital instytutu naukowo-badawczego oraz inny szpital ogólny [CSIOZ 2013].

Pojęcie szpitala funkcjonującego w polskim systemie ochrony zdrowia zostało zdefiniowane ponownie stosunkowo niedawno, z chwilą wejścia w życie Ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, która w art. 2 określa zarówno czym jest szpital oraz na czym polega jego działalność:

„9) szpital – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;

10) świadczenie zdrowotne – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;

11) świadczenie szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;

12) stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne – świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia

⁸ Klasyfikacja prowadzona przez Ministerstwo Zdrowia dla celów statystycznych, w oparciu o roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ-29, MZ-29a.

wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;”.

Enumeracja możliwych działań szpitala zawartych w Ustawie wskazuje na to, jak szeroki może być wachlarz usług leczniczych oraz jak wiele elementów i działań się na nią składa.

Z kolei art. 4 określa kto może tworzyć podmioty lecznicze:

„1. Podmiotami leczniczymi są:

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (...) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
- 2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- 3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- 4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 roku o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618),
- 5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- 5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5,
- 6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.” [Ustawa z 15 kwietnia 2011]

Początek rządów cytowanej Ustawy, która weszła w życie 1 lipca 2011 roku zakończył obowiązywanie Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991, co zasadniczo zmieniło nomenklaturę dotyczącą szpitali. Poprzednia ustawa dzieliła zakłady opieki zdrowotnej (w tym szpitale) na Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) i Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej (NZOZ), czego nie ma już w aktualnie obowiązującym akcie prawnym. Jak określa cytowany art. 4, obecnie ma się do czynienia z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej oraz pozostałymi podmiotami leczniczymi, do których należą także przedsiębiorcy. Ustawa o działalności leczniczej

wprowadziła możliwość i określiła tryb przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w kapitałowe spółki handlowe (z o.o. lub akcyjne), czyli ich komercjalizację. Komercjalizacja oznacza, że szpital przestaje być SPZOZ-em, a staje się spółką prawa handlowego, pozostając nadal jednostką publiczną, w której 100% udziałów ma podmiot tworzący – najczęściej samorząd. Nazwa jednostki, a dokładnie jej końcówka określa zatem formę prawną prowadzonej działalności – na przykład: SPZOZ (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej), SA (spółka akcyjna), z o. o. (z ograniczoną odpowiedzialnością). Zaś kryterium decydującym o tym czy spółka jest prywatna czy publiczna, jest procentowy udział w niej sektora publicznego. Należy więc przyjąć, że szpital będący SPZOZ jest zawsze publiczny, natomiast jeśli nie jest SPZOZ – nie oznacza to, że jest prywatny, gdyż może być majątkiem publicznym zarządzanym przez spółkę.

Podjęta w dysertacji problematyka racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego ogranicza się do szpitali stanowiących majątek publiczny, a więc SPZOZ-ów oraz przekształconych w spółki handlowe zarządzające majątkiem publicznym. Część z nich wciąż nosi nazwę Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (NZOZ), bowiem ustawodawca nie określił obowiązku zmiany nazewnictwa, co skutkuje krytykowanym powszechnie chaosem nomenklaturowym. W szczególności prowadzone badania i analizy nie dotyczyły szpitali będących przedsiębiorstwami prywatnymi, bez udziału kapitału publicznego.

Autor pragnie zaznaczyć, że w pracy cytowane są liczne źródła danych, jak na przykład Główny Urząd Statystyczny, które w swych najnowszych opracowaniach wciąż używają starej klasyfikacji:

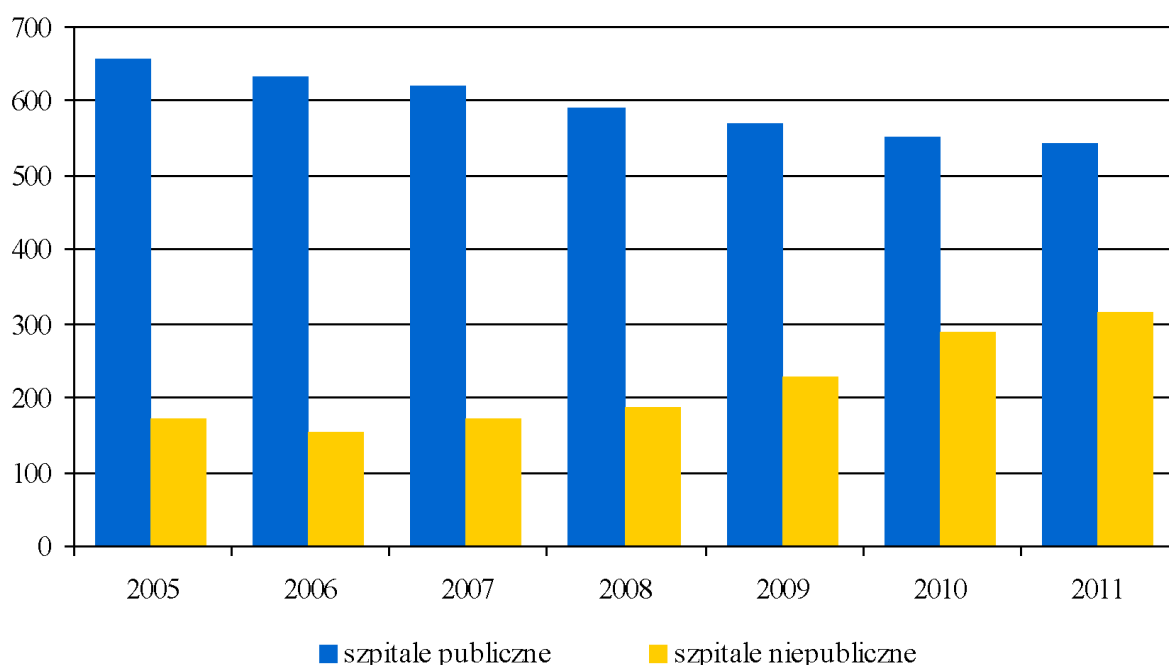
„Zgodnie z ustawą⁹, zakłady opieki zdrowotnej dzieli się na publiczne i niepubliczne. Publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostką organizacyjną utworzoną przez jeden z podmiotów: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ) może być utworzony przez: kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, spółkę nie mającą osobowości prawnej, a także inną krajową lub zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną.” [GUS 2013]

⁹ W cytowanym fragmencie opracowania GUS pt. „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.” chodzi o Ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Zakres tematyczny i przedmiotowy pracy dotyczy szpitali ogólnych i specjalistycznych, w których wykonuje się działalność zabiegową, a więc posiadających blok operacyjny.

W według najbardziej aktualnych danych GUS, w Polsce funkcjonują łącznie 853 szpitale ogólne dysponujące 189,0 tys. łóżek, z których w 2011 roku skorzystało blisko 7,9 mln leczonych. Jest to o 2,0% (17) szpitali więcej i o 0,7% (1,4 tys.) łóżek mniej niż rok wcześniej. W ostatnich latach notuje się wzrost liczby szpitali niepublicznych, których w 2011 roku było 313 (o 9,4% więcej) oraz spadek liczby placówek publicznych, których było 540 (o 1,8% mniej). Zdecydowana większość szpitali to szpitale będące majątkiem publicznym - 63,3%, co ilustruje wykres 19.



Wykres 19. Szpitale ogólne publiczne i niepubliczne w latach 2005-2011.
Źródło: [GUS 2012]

Podobne dane o liczbie szpitali można znaleźć w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia za 2012 rok, z którego pochodzi tabela 10 ukazująca podstawowy podział szpitali ze względu na rodzaj działalności. Jeśli chodzi o strukturę własnościową, dominują szpitale podległe samorządom terytorialnym, natomiast sukcesywnie zmniejsza się liczba tak zwanych szpitali resortowych, które coraz częściej także są przekazywane samorządom lub łączone z uczelniami medycznymi. Uniwersytety medyczne są podmiotem tworzącym dla 43 szpitali klinicznych na terenie całego kraju.

Tabela 10. Szpitale i łóżka według rodzajów, stan w dniu 31.12.2011 roku.

Rodzaj szpitala	Szpitale	Filia szpitala	Łóżka (szpital+filia)
Szpitale ogólne stacjonarne ^{oo}	830	42	184 514
z tego:			
Publiczne - nadzorowane przez MZ i MON	517	17	156 001
z tego utworzone przez:			
Jednostki samorządu terytorialnego	440	12	126 553
Ministra lub centralny organ administracji rządowej (bez MSW)	34	3	9 322
Publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność badawczą i dydaktyczną w dziedzinie nauk medycznych	43	2	20 126
Niepubliczne ^{pp}	313	25	28 513
Psychiatryczne ^{qq}	48		17 761

^{oo} nie obejmuje podmiotów prowadzących wyłącznie działalność dzienną

^{pp} łącznie ze spółkami z udziałem Skarbu Państwa

^{qq} dane pochodzą z Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Źródło: [Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2012]

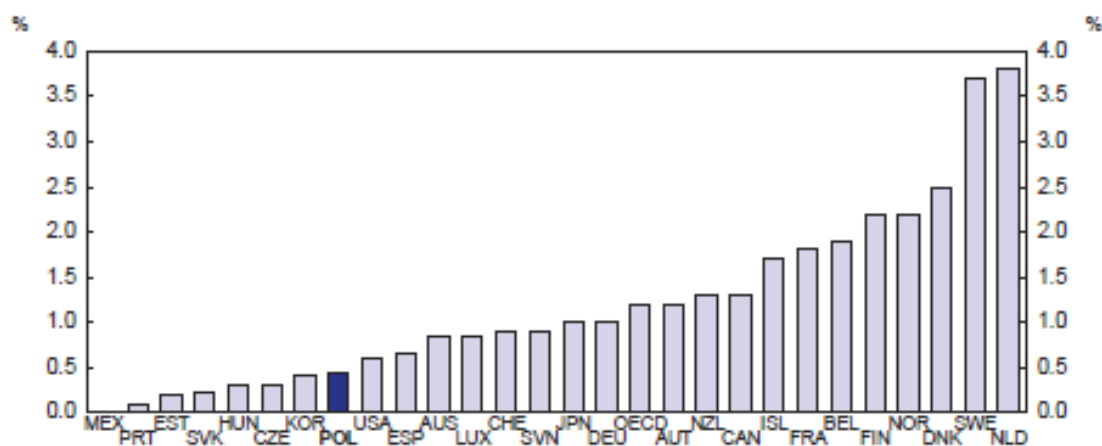
Zmiany w strukturze stacjonarnej opieki zdrowotnej pomiędzy rokiem 2000, 2005, 2010 i 2011 ilustruje tabela 11, w której oprócz szpitali ogólnych, znaleźć można informacje o zmianach dotyczących pozostałych rodzajów placówek specjalistycznych, jak opieka psychiatryczna, długoterminowa, paliatywna, pielęgnacyjna oraz rehabilitacyjna i sanatoryjna. Zamieszczone tam informacje o ilości łóżek w poszczególnych kategoriach placówek świadczą o wyraźnym przesunięciu ciężaru w systemie opieki zdrowotnej, w stronę opieki specjalistycznej i długoterminowej. Zmniejszenie ilości łóżek w szpitalach ogólnych z blisko 191 tys. w 2000 roku, do liczby 180,6 tys. w 2011 roku i ich wzrost w pozostałych kategoriach jest pozytywną odpowiedzią na wyzwania zmian struktury demograficznej, jednak tempo tych zmian jest zdecydowanie zbyt wolne wobec potrzeb zarówno bieżących, jak i prognozowanych, co zaprezentowano w poprzednim podrozdziale. O tym, jak dalece niewystarczające są to zasoby, świadczy porównanie wydatków Polski na tle pozostałych krajów OECD w 2009 roku – wykres 20. Wydano około 0,4% PKB na opiekę długoterminową, podczas gdy średnia OECD wyniosła ok. 1,2% PKB. W 2008 roku tylko 0,9% populacji w wieku powyżej 65 roku życia otrzymało w Polsce instytucjonalną (zorganizowaną systemowo) fachową pomoc w tym zakresie, podczas gdy średnia OECD

wyniosła 4,2% [OECD 2012]. Kierunek ten powinien być w dalszym ciągu rozwijany i wzmocniany, gdyż pacjent żyjący dłużej wymaga fachowej opieki medycznej, której rodzina nie jest w stanie zapewnić w stopniu wystarczającym.

Tabela 11. Stacjonarna opieka zdrowotna.

WYSZCZEGÓLNIENIE	2000	2005	2010	2011
ZAKŁADY — stan w dniu 31 XII <i>FACILITIES — as of 31 XII</i>				
Szpitala ogólne	716	781	795	814
Szpitala psychiatryczne	51	50	47	48
Ośrodki leczenia odwykowego	11	17	21	21
Ośrodki rehabilitacyjne dla narkomanów	44	53	58	58
Regionalne ośrodki psychiatrii sądowej	3	4	4	4
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	126 ^b	251	330	367
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	60 ^b	128	137	138
Hospicja	26	56	67	79
Sanatoria rehabilitacyjne	26	21	—	—
Lecznictwo uzdrowiskowe	231	222	236	245
sanatoria ^c	156	157	171	182
szpitale	75	65	65	63
ŁÓŻKA W ZAKŁADACH — stan w dniu 31 XII <i>BEDS IN FACILITIES — as of 31 XII</i>				
Szpitala ogólne ^d	190952	179493	181077	180606
Szpitala psychiatryczne	23728	20027	17750	17761
Ośrodki leczenia odwykowego	674	985	1070	1069
Ośrodki rehabilitacyjne dla narkomanów	1451	2425	2447	2435
Regionalne ośrodki psychiatrii sądowej	209	249	245	245
Zakłady opiekuńczo-lecznicze	9633 ^b	14726	19250	21118
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	2372 ^b	5165	5688	5699
Hospicja	451	897	1126	1263
Sanatoria rehabilitacyjne	3601	2949	—	—
Lecznictwo uzdrowiskowe	30160 ^e	34894	37760	39473
sanatoria ^c	20103	24830	27758	29815
szpitale	10057	10064	10002	9658

Źródło: [GUS 2012]



Wykres 20. Wydatki publiczne na długoterminową opiekę zdrowotną w 2009 roku, w relacji do PKB w wybranych krajach.

Źródło: [OECD 2012]

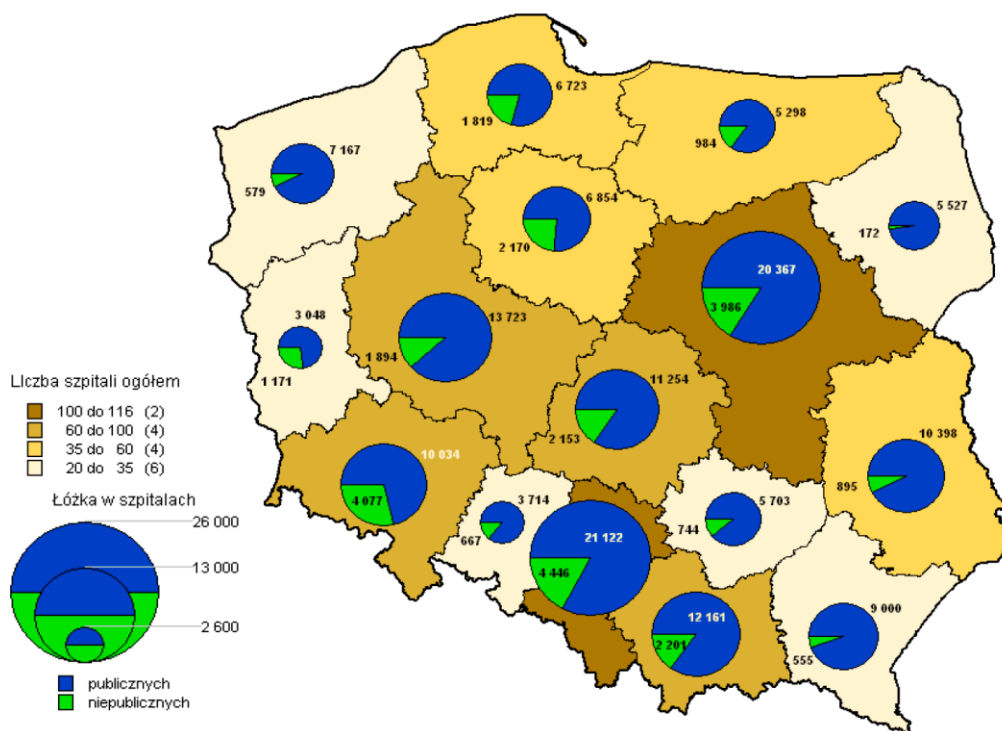
Szpitaly w Polsce są rozmieszczone relatywnie równomiernie na terenie całego kraju, a wartości wskaźnika ilości łóżek na 10 tys. ludności dla poszczególnych województw nie odbiegają znacząco od wartości średniej dla całego kraju, co obrazuje tabela 12. Różnice w ilościach wynikają z koncentracji zaludnienia w danych rejonach. Podobnie równomiernie rozkłada się podział na szpitale publiczne i niepubliczne (w nomenklaturze GUS adekwatnej do wcześniejszych przepisów prawa), co ilustruje rysunek 8.

Tabela 12. Szpitale ogólne według regionów i województw w 2011 roku.

Region / Województwo		Szpitale		Łóżka ^{kk}			
		Ogółem ^{ll}	W tym nie-publiczne	Ogółem	Na 10 tys. Ludności		Niepubliczne
					Wskaźnik	Miejsce w kraju	
P O L S K A	2011	830	313	184 514	48	x	28 513
CENTRALNY		168	61	37 760	48	x	6 139
POŁUDNIOWY		188	77	40 543	51	x	6 647
WSCHODNI		133	31	33 667	50	x	2 366
PÓŁNOCNO-ZACHODNI		121	42	28 639	46	x	3 644
POŁUDNIOWO-ZACHODNI		98	46	19 161	49	x	4 744
PÓŁNOCNY		122	56	24 744	42	x	4 973
Dolnośląskie		74	39	14 722	50	4	4 077
Kujawsko-pomorskie		40	21	9 496	45	10	2 170
Lubelskie		47	12	11 643	54	2	895
Lubuskie		21	10	4 616	45	12	1 171
Łódzkie		62	25	13 407	53	3	2 153
Małopolskie		71	32	14 840	44	13-14	2 201
Mazowieckie		106	36	24 353	46	9	3 986
Opolskie		24	7	4 439	44	15	667
Podkarpackie		33	6	9 878	46	8	555
Podlaskie		31	8	5 699	47	7	172
Pomorskie		42	21	8 806	39	16	1 819
Śląskie		117	45	25 703	56	1	4 446
Świętokrzyskie		22	5	6 447	50	5	744
Warmińsko-mazurskie		40	14	6 442	44	13-14	984
Wielkopolskie		65	20	15 617	45	11	1 894
Zachodniopomorskie		35	12	8 406	49	6	579

^{kk} łącznie z łózkami w oddziale neonatologicznym
" bez filii szpitala

Źródło: [Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2012]



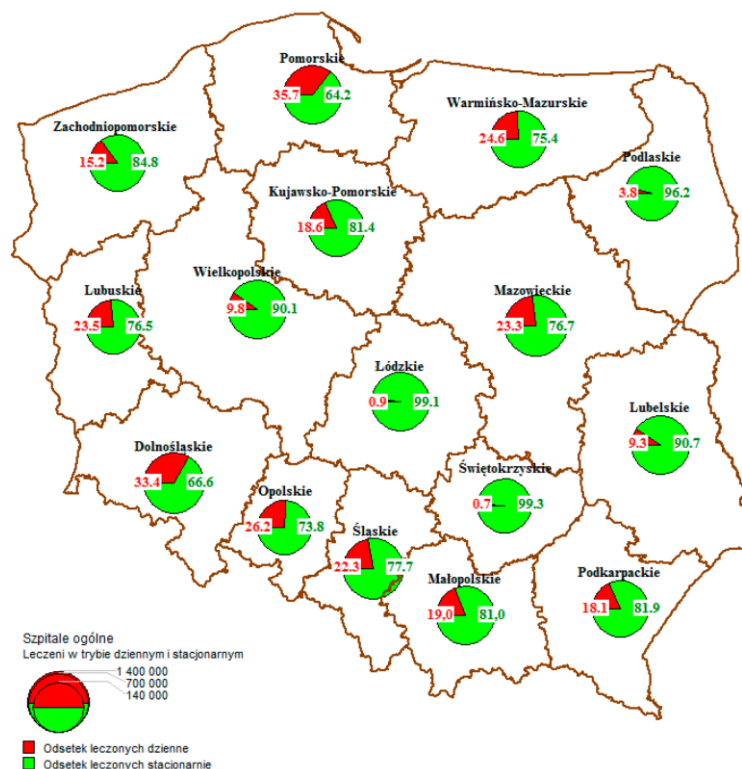
Rysunek 8. Łóżka w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych (bez szpitali MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości) według województw.
Źródło: [GUS 2012]

Istnieje natomiast znaczące zróżnicowanie regionalne w liczbie procedur dziennych oraz stacjonarnych. Są województwa, gdzie praktycznie nie wykonuje się (mniej niż 1%) procedur 24-godzinnych i należą do nich województwa łódzkie i świętokrzyskie, a w niektórych – jak dolnośląski i pomorskie – liczba ta sięga 35%. Dane te ilustruje rysunek 9.

O ile istniejąca infrastruktura pokrywa potrzeby pod względem liczby miejsc i łóżek, to możliwość ich racjonalnego wykorzystania uzależniona jest od co najmniej dwóch zasadniczych czynników. Pierwszym z nich jest wielkość nakładów finansowych w systemie, co w praktyce funkcjonowania szpitala oznacza wielkość i wartość usług medycznych zakontraktowanych z NFZ. Drugim z kolei jest obecny stan techniczny infrastruktury systemu ochrony zdrowia w Polsce. W przytaczanym już wcześniej Raporcie „Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce, Zielona Księga II” oceniono, że stan ten jest niezadowolający, między innymi z uwagi na fakt, że poziom umorzenia majątku trwałego tego sektora wynosi około 62%. Jak podaje natomiast Warszawskie Centrum Postępu Techniczno-Organizacyjnego Budownictwa (Tora WACETOB): „...budynek, którego wartość jest umorzona w 40% kwalifikuje się do rozległego remontu kapitalnego. Zatem system ochrony zdrowia w Polsce

dysponuje zarówno zdekapitalizowanymi budynkami, jak i zdekapitalizowanym sprzętem technicznym i medycznym.” [Ministerstwo Zdrowia 2008]

Kolejny istotny problem dotyczący stanu infrastruktury wiąże się z koniecznością jej dostosowania do wymogów, norm i przepisów unijnych. Obowiązujące w tym zakresie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia

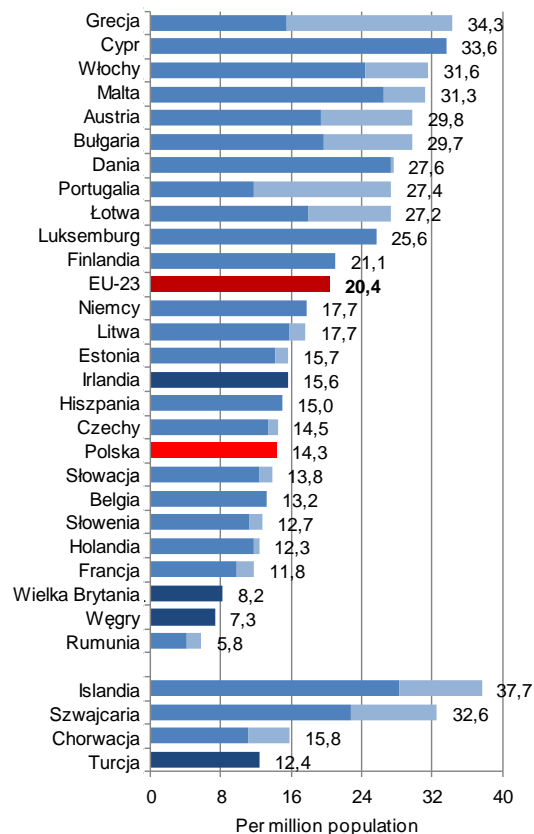
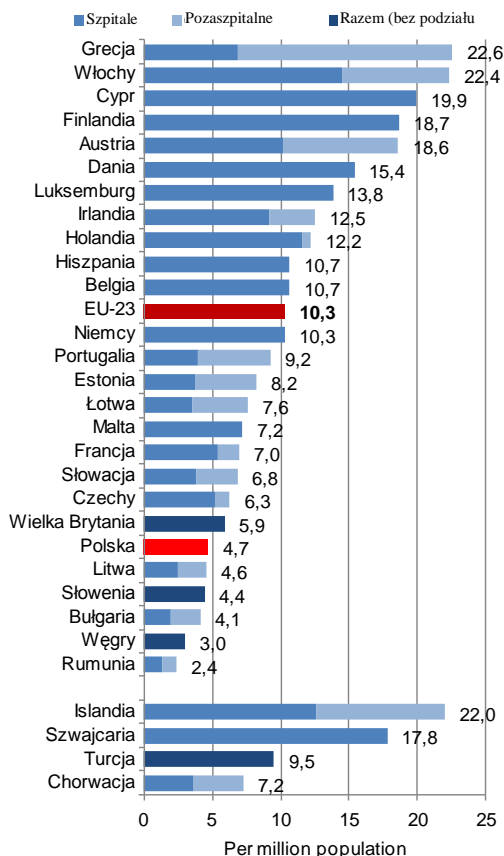


Rysunek 9. Struktura leczonych w trybie stacjonarnym oraz dziennym w publicznych szpitalach ogólnych.

Źródło: [Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2012]

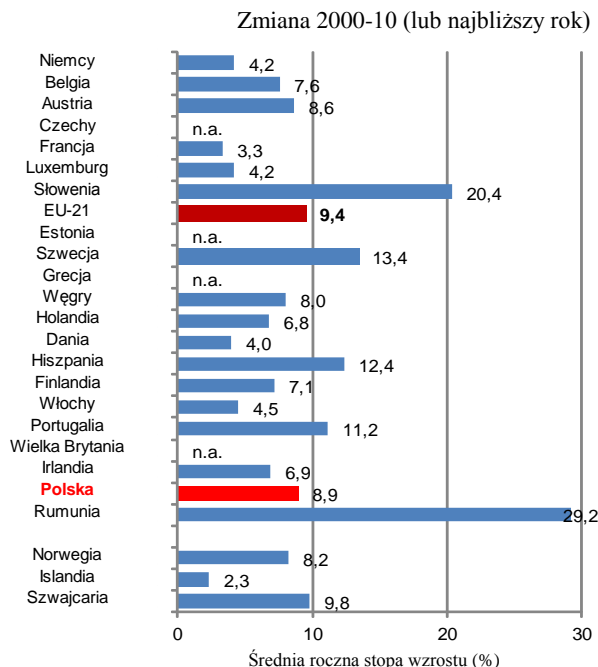
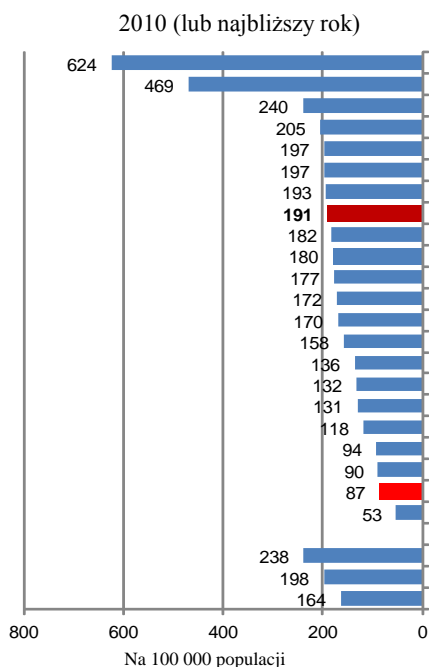
zakładu opieki zdrowotnej [Rozporządzenie z 10 listopada 2006], określa termin dostosowania obiektów do wymagań unijnych na 31 grudnia 2012 roku, jednak jest on już po raz kolejny odsuwany w czasie (obecnie na 2016 r.). Wdrożenie standardów określonych w tym Rozporządzeniu wiąże się z koniecznością kolejnych nakładów inwestycyjnych.

Poziom inwestycji w infrastrukturę techniczną szpitali ilustruje także seria wykresów 21-25, przedstawiających miejsce Polski w grupie OECD pod względem ilości urządzeń oraz liczby przykładowych, nowoczesnych zabiegów. Liczba urządzeń: rezonansu magnetycznego i tomografu komputerowego to wskaźnik, za pomocą którego często porównuje się systemy

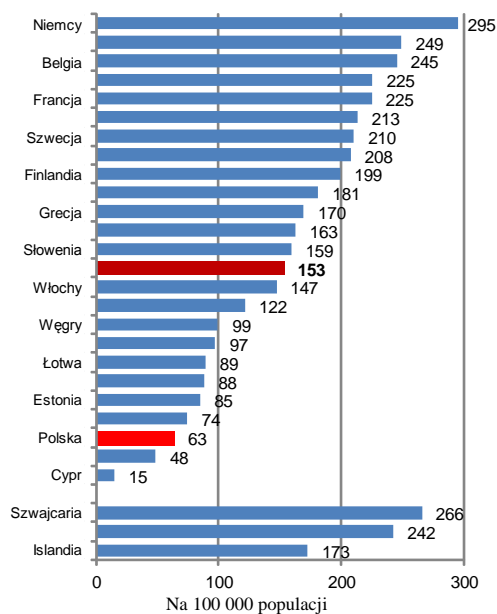


Wykres 21. Rezonans magnetyczny (MRI) – liczba urządzeń w 2010 roku
Źródło: [OECD 2012]

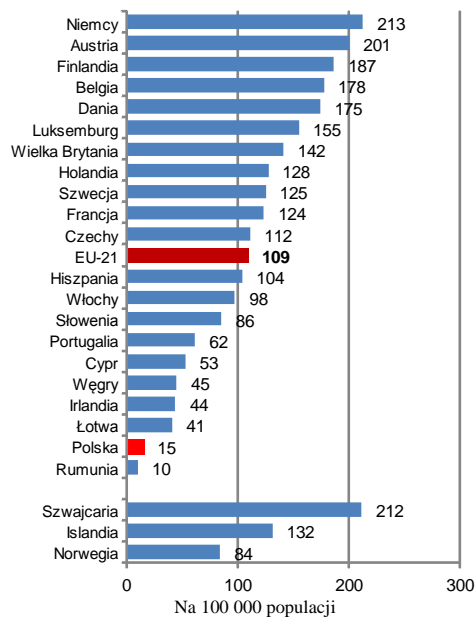
Wykres 22. Tomograf komputerowy (CT) – liczba urządzeń w 2010 roku
Źródło: [OECD 2012]



Wykres 23. Liczba zabiegów angioplastyki naczyń wieńcowych na 100 000 populacji, w 2010 roku i zmiana pomiędzy rokiem 2000 i 2010.
Źródło: [Health at a Glance: Europe 2012]



Wykres 24. Liczba zabiegów wszczepu protezy biodra – na 100 000 populacji w 2010 roku.
Źródło: [Health at a Glance: Europe 2012]



Wykres 25. Liczba zabiegów wszczepu protezy kolana – na 100 000 populacji w 2010 roku.
Źródło: [Health at a Glance: Europe 2012]

opieki medycznej między krajami. W obydwu kategoriach Polska znacząco odbiega od wartości średnich dla grupy państw OECD. Jeszcze większy dystans dzieli polski system w przypadku liczby nowoczesnych procedur, co widać na przykładzie przedstawionych na wykresie zabiegów kardiochirurgicznych oraz ortopedycznych, które znacząco poprawiają komfort życia, a czasem decydują o jego długości trwania. Oczywiście w przypadku zabiegów należy wziąć pod uwagę różnicę między krajami wynikającą z potrzeb leczniczych związanych z profilem demograficznym, jednak z pewnością potrzeby mieszkańców Polski nie są wielokrotnie mniejsze od potrzeb i liczby zabiegów w innych krajach.

Umiejscowienie leczenia zamkniętego w polskim systemie opieki zdrowotnej, które było przedmiotem rozdziału drugiego dysertacji oraz przedstawienie w nim sposobu finansowania szpitalnictwa, pozwalają na sformułowanie, że Polska odbiega znacząco od średniej europejskiej i czołówki państw OECD, pod względem stopnia finansowania systemu, w wielu jego wymiarach, co wykazano na licznych przykładach.

Jeśli chodzi o infrastrukturę bazy szpitalowej, to o ile pokrywa ona w zasadzie bieżące potrzeby co do ilości łóżek i ilości samych placówek, to jej stan techniczny jest niezadawalający i nieadekwatny do wymogów jednolitych przepisów unijnych. Wydaje się także, że dynamika tempa zmian w wydatkach na poszczególne rodzaje świadczeń,

w kierunku wydatków na rzecz opieki długoterminowej i potrzeb medycyny wieku podeszłego, nie jest wystarczająca w stosunku do trendów demograficznych mających miejsce w Polsce. Sytuacja taka może rodzić nie tylko problemy w postaci narastających trudności w dostępie do świadczeń, ale także generować kolejne, piętrzące się potrzeby inwestycyjne. To z kolei, będzie zmuszało menedżerów odpowiedzialnych za finanse szpitala, do jeszcze bardziej efektywnego gospodarowania zaopatrzeniem medycznym, przeznaczonym na bieżące potrzeby wytwarzania świadczonych usług leczniczych.

Rozdział 3. Schemat funkcjonowania i dotychczasowe światowe doświadczenia w zakresie Szpitalnych Grup Zakupowych

3.1. Historia powstania i rozwoju 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, z ang. 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, ale także w wielu innych dziedzinach handlu, w których ta forma pośrednictwa znalazła zastosowanie. Rozwój grup zakupowych był stosunkowo powolny aż

do przełomu lat 60-tych i 70-tych 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-tych i 90-tych 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 samodzielne około dwustu organizacji, z których dwadzieścia sześć działa w wymiarze ogólnokrajowym [Bloch, Perlman i Brown 2003].

Gwałtowny rozwój Szpitalnych Grup Zakupowych (SGZ) miał bezpośredni związek z coraz większą dynamiką wzrostu kosztów w systemach ochrony zdrowia w latach 80-tych i 90-tych XX wieku, co miało miejsce nie tylko w USA, lecz również 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 tamtym 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 i fundacje. Pod koniec lat 70-tych ubiegłego 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 potencjałem ekonomicznym i oferujące wyższy standard usług, rozpoczęły w latach 80-tych 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 SGZ w latach

80-tych i 90-tych pokazuje przykład grupy VHA, utworzonej w 1977 roku, na bazie trzydziestu szpitali. W 1988 roku grupa skupiała 834 członków, a liczba ta urosła do 1650 w 1997 roku. Ta sama grupa występująca obecnie pod marką Novation (dzięki fuzji UHC i VHA) liczy już ponad 2200 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 siedmiu tysięcy) nie należało do żadnej organizacji zakupowej [Weinstein 2006]. Aktualnie 98%, a więc praktycznie wszystkie szpitale rejonowe (community hospitals) biorą udział w jakiejś formie grupowego zamawiania, co przekłada się na taki wynik, że każdy szpital należy średnio do 1,6 – 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 czterema grupami. Tabela 13 ilustruje ranking 20 Szpitalnych Grup Zakupowych w USA, uszeregowanych według ilości członków, którzy do nich należeli w 2010 roku. Pierwsza piątka to organizacje skupiające od jednego do ponad dwóch tysięcy 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 też 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 ilości 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-tych i na początku obecnego wieku miała

miejsce masowa konsolidacja podmiotów na rynku grup zakupowych, w wyniku czego gros kontraktów szpitalnych zostało skupione w rękach niewielkiej liczby SGZ.

Tabela 13. TOP 20 – ranking największych szpitalnych grup zakupowych (GPOs) w USA, pod względem ilości 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 HealthSystem 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 ilustruje następujący przykład: w 1994 roku zarządzanie większością kontraktów było rozproszone pomiędzy 56 grup zakupowych, zaś w ostatnich latach, nie więcej niż sześć największych grup administruje kontraktami o wartości 25 mld dolarów, które dotyczą 80% spośród łącznej liczby 5400 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 siedem 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 skr. HGPII). Powodami, dla których w 2005 roku podjęto inicjatywę stworzenia takiej organizacji, był brak obiektywnych źródeł informacji na temat działalności grup zakupowych, jak również chęć stworzenia płaszczyzny wymiany i dzielenia się najlepszymi praktykami oraz promowanie publicznej jawności i odpowiedzialności tych organizacji¹⁰.

Tabela 14. Wolumen zakupów siedmiu 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

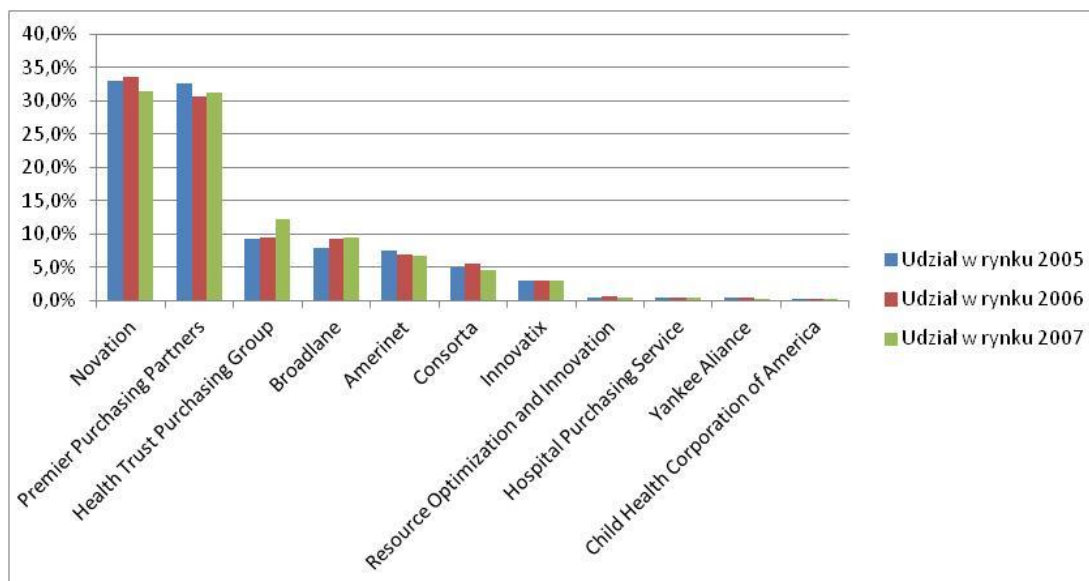
Źródło: [U.S. GAO 2003]

¹⁰ 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 ale także 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, zwłaszcza opierając się głównie na źródłach stamtąd pochodzących, to 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. Te zostały szerzej zaprezentowane w dalszej części pracy.

Dziewięć przedsiębiorstw – grup, będących sygnatariuszami powołania HGPII reprezentuje 80% całkowitego rynku działalności Szpitalnych Grup Zakupowych. Odnosząca się do tych samych badań tabela 14 ukazuje wartościowy wolumen zakupów zrealizowanych w USA w 2002 roku za pośrednictwem siedmiu największych grup zakupowych. Oprócz tego, że pierwsza siódemka praktycznie kontroluje rynek, to z wartości ok. 43 mld USD łącznego wolumenu tych grup aż 66% jest realizowanych przez dwie największe. Jednak raport US GAO nie ujawnia ich z nazwy, podając tylko, iż każda z nich skupia po ok. 1500 członków. Te dwie 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 kolejne – wykres 26 i tabela 15, zawierające dane źródłowe. Dane publikowane przez S. Prakash Sethi można porównać z wcześniejszymi, pochodzącymi z GAO, jako że te również opierają się na danych raportowanych przez grupy zakupowe. Proporcje wielkości wolumenów zakupowych pozwalają sądzić, że układ sił pozostał ten sam co oznacza, że dwie największe firmy nie zmieniły swoich miejsc, zaś podwoiły wartości kontraktów w ciągu pięciu lat. Z kolei pierwsza trójka: Novation, Premier i HealthTrust Purchasing Group skupiają ok. 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: zwiększaniu dochodowości na drodze konsolidacji, wysokich barierach wejścia dla nowych podmiotów oraz poza cenowej rywalizacji 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 organizacji zakupów grupowych cechuje się znacznie rozwiniętą opieką długoterminową i pielęgniarstwa, która – jak już wcześniej określono – jest nie mniej interesująca i ważna jako rynek dla działania grup.



Wykres 26. Udziały w rynku amerykańskim dziesięciu największych Szpitalnych Grup Zakupowych (GPOs) w latach 2005-2007.

Źródło: [Sethi 2009, s. 27]

Tabela 15. Wolumen zakupów w mln \$ i wynikające z tego udziały w rynku amerykańskim dziesięciu największych Szpitalnych Grup Zakupowych (GPOs) w latach 2005-2007.

Szpitalna Grupa Zakupowa, (Group Purchasing Organization, GPO)	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]

Zatem oceniając 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 rynku amerykańskiego uwzględnia obydwa obszary.

I tak, dwójka ekspertów z zakresu tematyki Group Purchasing Organizations: Eugene S. Schneller i Larry R. Smeltzer, 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. Jeden z tych autorów, w kolejnym badaniu [Schneller 2009] przyjął nieco inną metodologię określenia wielkości rynku. Podaje mianowicie, 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 (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 nie nastawione 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 SGZ pomiędzy członków grupy, po uwzględnieniu kosztów operacyjnych działania, jednak decyzja taka należy do zarządu grupy. Pomimo, 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 ilość członków grupy [Sethi 2009].

Druga kategoria to grupy, w których członkowie są jej współwłaścicielami, zatem - 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 wysoki. W tej kategorii dominują grupy o charakterze non – profit, co wynika z faktu, 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, a jedynie bilansować swoją działalność, zaś beneficjentami tej działalności są członkowie grupy.

Część autorów (między innymi Sethi) wyróżnia także trzeci model grup – tak zwane 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 również inni udziałowcy prywatni. Prywatny inwestor posiada 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 nie jedyne 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 posiadać mix 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 skr. GNYHA). Ta sięgająca tradycją pierwszych lat XX wieku organizacja skupia 250 szpitali i zakładów opieki długoterminowej, zarówno prywatnych, jak i publicznych, zlokalizowanych nie tylko w samym mieście i stanie Nowy Jork ale też w okolicach: New Jersey, Connecticut i Rhode Island. Grupy zakupowe o zasięgu ogólnokrajowym powstają najczęściej w wyniku konsolidacji organizacji regionalnych, tworząc tzw. mega – grupy, czego przykładem jest Premier powstały w wyniku fuzji trzech grup: Sun – Health Alliance (działający na terenie Północnej i Południowej Karoliny), American Healthcare Systems (powstały z kolei w wyniku wcześniejszej fuzji grup z Arizony i Missouri) i Premier Health Alliance wywodzącej się z Illinois. W 2001 roku grupa Premier posiadała 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 2200 szpitali lokalnych – członków Voluntary Hospitals of America (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, co ilustruje tabela 16.

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, a tym samym posiadający 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 16. Możliwe warianty udziału pośredników w kontraktowaniu oraz dostawach w zależności od kategorii produktów.

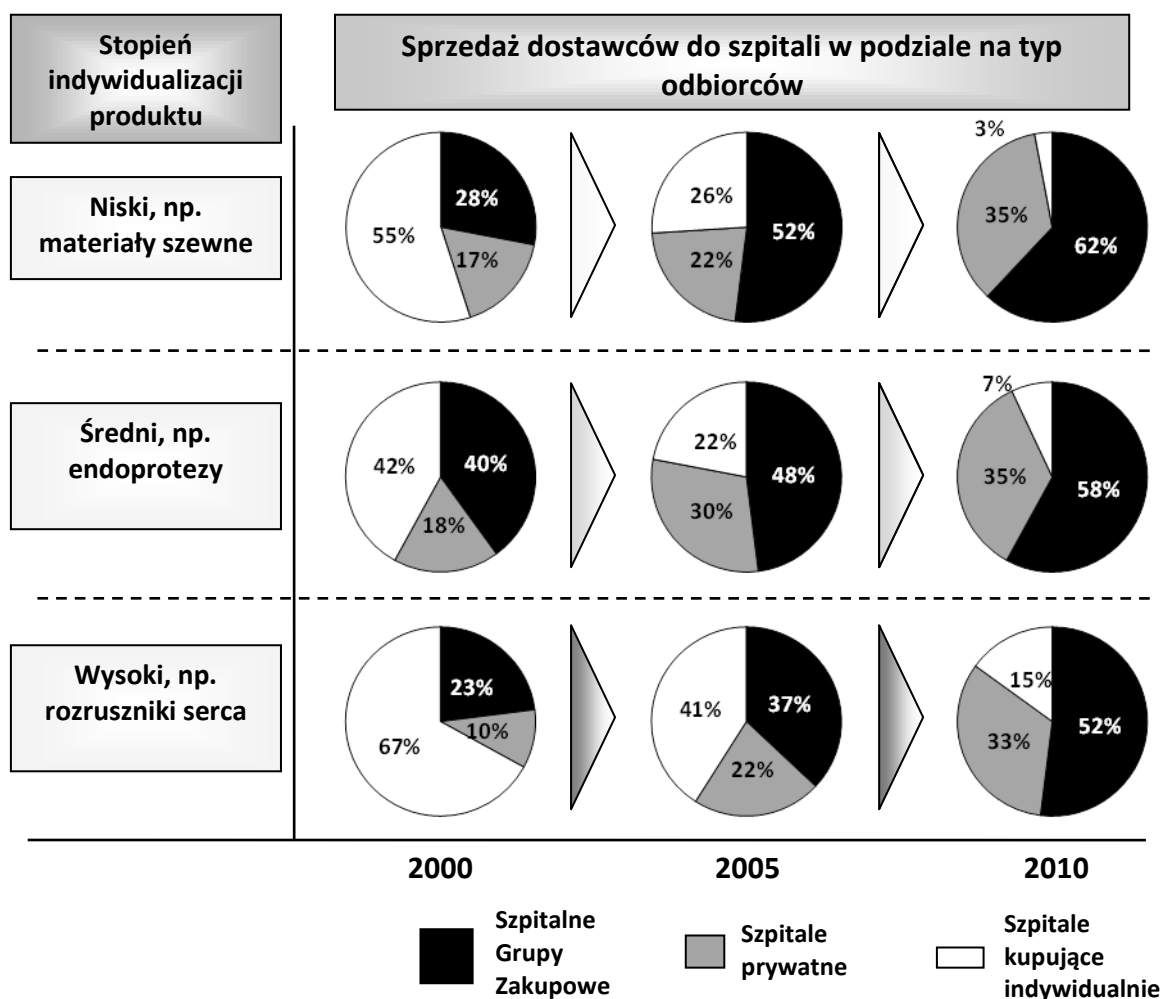
	Dostawcy kontraktujący za pośrednictwem Szpitalnych Grup Zakupowych	Dostawcy kontraktujący bez udziału Szpitalnych Grup Zakupowych
Dostawcy korzystający z usług hurtowników i/lub dystrybutorów	<ul style="list-style-type: none"> • Wyroby medyczne o niskiej wartości i wysokim wolumenie • Leki generyczne 	<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 tym, czy stanie się on zakresem podlegającym negocjacom z udziałem SGZ. Produkty specjalistyczne należą bowiem do grupy wyrobów podlegających indywidualnym preferencjom użytkowników¹¹ 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.

¹¹ z ang. physician preference items (PPI) [Physician Preference Item (PPI) Consulting 2013]

Rysunek 10 ilustruje wzrost, jaki nastąpił na przestrzeni dziesięciu lat, roli zorganizowanych, grupowych form zakupu, w zależności od stopnia zróżnicowania, to jest specjalizacji produktu. Widać z niego, że 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.



Rysunek 10. Rozwój sprzedaży z udziałem SGZ 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 posiadają 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 jest bez porównania dłuższy niż przedstawienie tego zorganizowanej grupie.

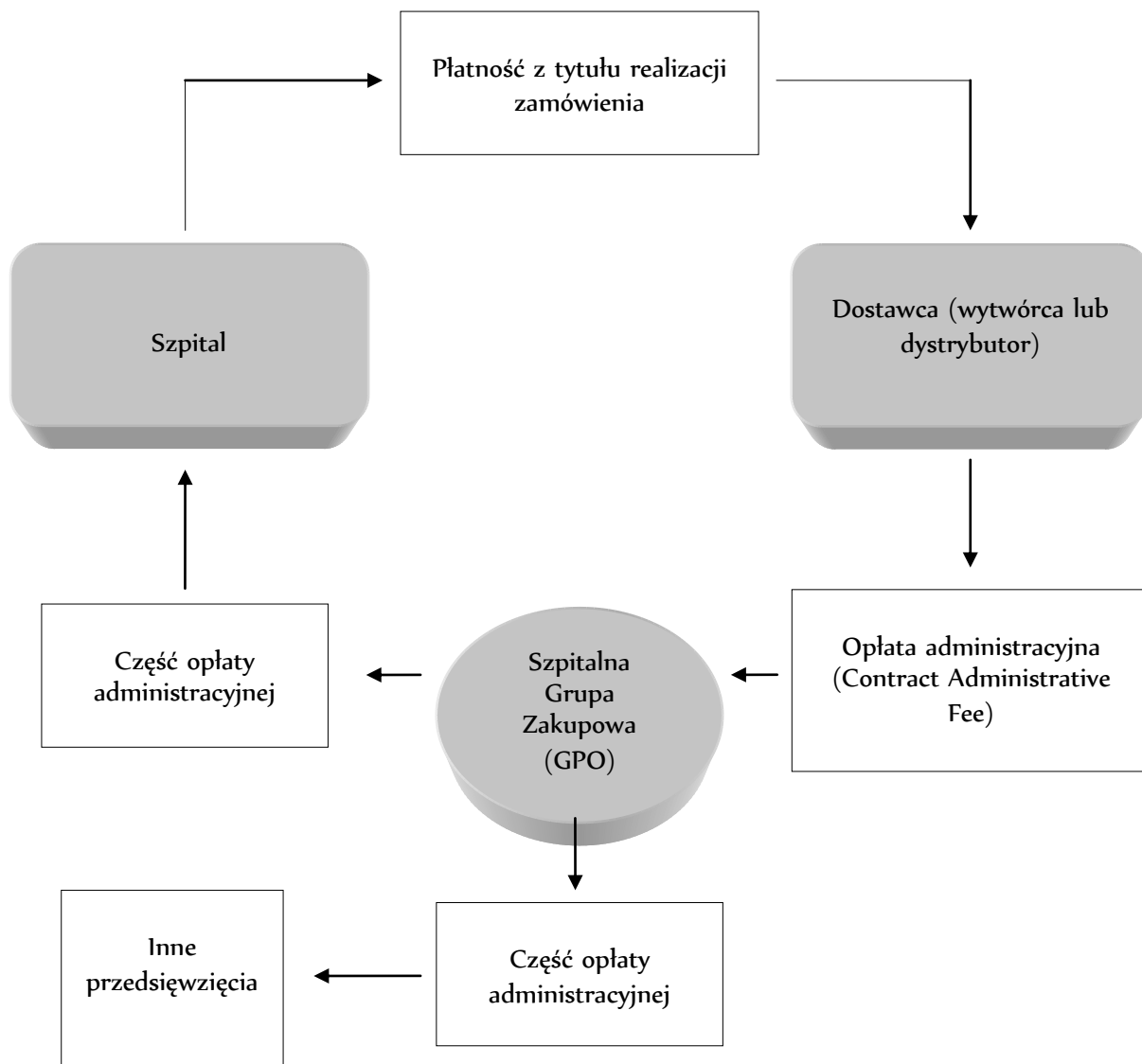
Amerykański model funkcjonowania Szpitalnych Grup Zakupowych opiera się na założeniu, iż dominująca – ponad 50% - część łącznych przychodów tych organizacji pochodzi z tytułu opłat administracyjnych wnoszonych przez wytwórców i dystrybutorów zamawianego asortymentu. Kontraktowa opłata administracyjna (Contract Administrative Fee, w skr. 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 kilku poziomowy 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 stanowiła w przeszłości narzędzie konkurowania pomiędzy grupami zakupowymi, które starły się mieć lepsze warunki dla dostawców. Stopniowo jednak uzyskiwały one 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 zakresie¹². Obecnie CAF wynosi do 3% wartości kontraktowanego wolumenu dostaw.

Rysunek 11 ilustruje schemat przepływów pieniężnych w modelu współpracy dostawców ze szpitalami, gdzie kontrakty realizuje się z udziałem Szpitalnej Grupy Zakupowej. 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.

¹² 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]



Rysunek 11. Przepływy pieniężne związane z zamówieniami szpitalnymi realizowanymi za pośrednictwem Szpitalnej Grupy Zakupowej (GPO).

Źródło: [Weisntein 2006, s.794]

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 ale też obniżenia kosztów operacyjnych działania, dzięki przejęciu większości działań administracyjnych przez personel operatora, czyli grupy [Weinstein 2006]. Przykładem takich działań jest jeden 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 ilości pozycji

asortymentowych. Na rynku medycznym i farmaceutycznym istnieje wiele produktów, które posiadają 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 ilości produktów w portfolio firmy jest celowym działaniem marketingowym, jednak w sytuacji kumulowania zamówień z udziałem pośrednika strategia marketingowa nabiera innego charakteru.

Działania służące standaryzacji i unifikacji asortymentu, który jest następnie przedmiotem negocjacji z dostawcami, stanowi 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 szeroka znajomość 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 SGZ wręcz dzierżawi w szpitalach biura dla specjalistów produktowych, którzy na miejscu pracują wraz z klientem. Praktyce pozyskiwania przez amerykańskie SGZ 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. Zatem outsourcing wielu działań operacyjnych poza struktury organizacyjne szpitala, czy innego dostawcy usług nie musi oznaczać konieczności likwidacji stanowisk pracy skutkujących jej utratą przez personel placówki.

Proces kontraktacji wyrobów i usług medycznych w wykonaniu SGZ przebiega na ogół w kilku etapach [United States Government Accountability Office 2010]:

- identyfikacja i wybór produktów, które mają być umieszczone w kontrakcie,
- zaproszenia 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, tak zwany 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 SGZ ilustruje tabela 17, zawierająca katalog usług oferowanych w 2008 roku przez sześć największych amerykańskich SGZ. 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 również potencjalnie możliwych do wdrożenia w danej placówce i aktywnie promowanych w danym czasie przez konkretnych wytwórców i dostawców. Między innymi na podstawie doświadczeń SGZ z innych placówek oraz wiedzy eksperckiej z zakresu technologii medycznych, szacuje się np., jakie będą konsekwencje budżetowe wprowadzenia

danego produktu i zastąpienie nim wcześniej stosowanych oraz, jak to może wpłynąć na czas realizacji i wycenę usług medycznych placówki.

Zdecydowana większość SGZ oferuje także usługi zarządcze w wielu innych obszarach gospodarki zaopatrzeniem medycznym 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.

Tabela 17. Usługi oferowane w 2008 roku przez sześć największych SGZ na rynku amerykańskim.

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

Źródło: [United States Government Accountability Office 2010]

„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 i 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, w oparciu o takie rozwiązania, jak np. paszport produktu pozwalający na skanowanie i zarządzanie wieloma informacjami w systemie. Wymiana doświadczeń i benchmarking takich rozwiązań na rynku, dostarczane przez SGZ to wartościowe źródło prawidłowego wdrożenia i optymalizacji procesów w tym obszarze.

W katalogu usług najczęściej oferowanych przez SGZ warto zwrócić uwagę na jeszcze co najmniej dwa działania: handel elektroniczny i medyczne kształcenie zawodowe. Praktycznie każda SGZ 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 także 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 z różnych szczebli. O ile personel lekarski posiada własne kanały rozwoju zawodowego o charakterze naukowym, jak

zjazdy towarzystw czy międzynarodowe kongresy, to 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 racjonalizuje koszty wzajemnego dzielenia się doświadczeniami i realizacji 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 rozpoczyna się na tym etapie analiza akceptowalnego dla wszystkich nabywców w grupie poziomu kosztów, jakie niesie ze 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 i 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, tak zwany operator.

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

Wśród praktyk stosowanych przez dostawców wyrobów i usług wobec członków SGZ warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną strategię, określaną z ang. „market los 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, nie dający 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 SGZ 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 rynkową określonej SGZ – praktycznie uniemożliwiało dostęp do

ryнку 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 (z ang. code of conduct), który zobowiązywałby do stosowania wspólnych standardów postępowania i dostosowania indywidualnych, wewnętrznych kodeksów zasad, jakie posiadają poszczególne organizacje do jednolitych wytycznych. 24 lipca 2002 roku, amerykańskie stowarzyszenie zrzeszające Szpitalne Grupy Zakupowe o nazwie Health Industry Group Purchasing Association (HIGPA) przyjęło kodeks zasad dotyczących praktyk biznesowych obowiązujących grupy zakupowe [Healthcare Supply Chain Association 2013]. HIGPA reprezentuje nie tylko 28 największych SGZ działających na terenie Stanów Zjednoczonych, ale także systemy i sieci usługodawców opieki zdrowotnej, jak również wytwórców i dostawców. Przykładowe reguły do których zobowiązuje się w kodeksie SGZ są następujące:

- umożliwić szpitalom i innym usługodawcom do zamawiania wyrobów medycznych stanowiących indywidualne preferencje kliniczne nabywców (z ang. clinical preference items), bezpośrednio od wytwórców i dostawców,
- wdrożyć zasad otwartego dostępu do negocjacji wszystkim zainteresowanym dostawcom;
- uczestniczyć w procesach oceny i swobodnego dostępu na rynek nowych produktów i technologii;
- wyeliminować potencjalne konflikty interesów w postaci wpływu oferentów na decydentów kontraktów, za pomocą korzyści majątkowych, gratyfikacji itp.;
- ustalić standardy ocen, procedury i osoby odpowiedzialne za przestrzeganie zasad kodeksu przez SGZ.

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 SGZ. Powstała ona w maju 2005 roku i nosi nazwę Healthcare Group Purchasing Industry Initiative

(HGPII), a 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.

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

3.4. Łańcuch dostaw do szpitala a proces 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 odgrywa rolę kluczową. To właśnie przepływ informacji i wzajemne relacje pomiędzy partnerami łańcucha są nie tylko pierwotne, w stosunku do fizycznego przepływu towarów i usług, ale to one głównie decydują o kreowaniu wartości, powiększanej (dodanej) na kolejnych etapach łańcucha.

Rolę wymiany informacji w zarządzaniu łańcuchem dostaw eksponuje L. Johansson, który uważa, że „...wszyscy uczestnicy łańcucha dostaw byli 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 18). 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, a mianowicie:

- 1) co stanowi istotę wartości dla pacjenta korzystającego z usług szpitalnych?
- 2) kto będzie pełnił określone role i zadania, tj.:
 - 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 18. Zestawienie wybranych interpretacji zarządzania łańcuchem dostaw.

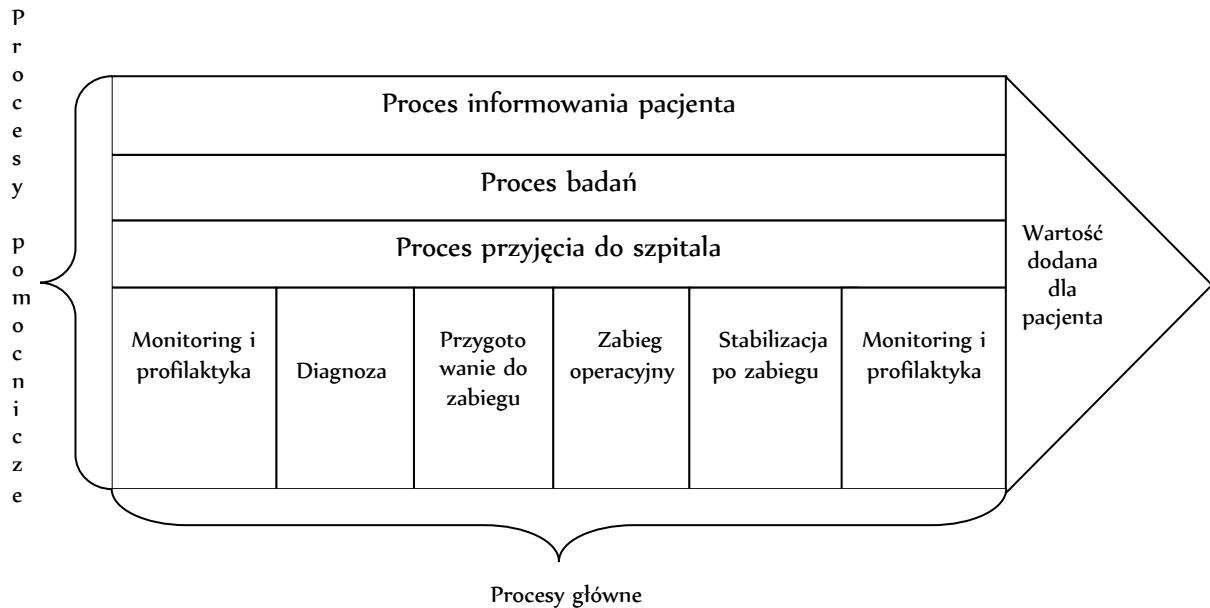
Rok	Autor	Definicja
1994	L. Johansson	„W zarządzaniu łańcuchem dostaw, punkty styku oraz przepływy informacji pomiędzy różnymi ogniwami łańcucha dostaw są krytycznymi elementami dla ostatecznych wyników jego funkcjonowania”
1998	D. Lambert, M. Cooper, J. Pagh	„...integracja kluczowych procesów biznesowych 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, zaadoptowany dla potrzeb analizy wartości dodanej z punktu widzenia pacjenta (rys. 12). Wartość dla pacjenta to efekt terapeutyczny, jaki zostanie osiągnięty na drodze realizacji wszystkich procesów głównych i pomocniczych. Jednak dla potrzeb 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 głównych i pomocniczych ma się do czynienia z wykorzystaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych, które szpital musi zakupić. Pominąwszy kwestię wyposażenia trwałego i całej sfery inwestycji, która może być także częściowo obsługiwana przez zewnętrznego operatora zakupowego, całość asortymentu podlegającego regularnym zakupom i używanego na poszczególnych etapach procesu terapeutycznego w szpitalu, może być objęta procesem konsolidacji zakupów. Warto również spojrzeć na ten 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 wsparcie 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 większości procesów, jakie w nim zachodzą.



Rysunek 12. Łańcuch powstawania wartości dodanej dla pacjenta w procesie leczenia szpitalnego.

Źródło: opracowanie własne.

Odpowiadając zatem na postawione wcześniej pytanie dotyczące tego, kto może pełnić rolę koordynatora i integratora przepływu informacji, kształtowania relacji między podmiotami w łańcuchu oraz optymalizacji kosztów zakupu, wskazać można Szpitalną Grupę Zakupową.

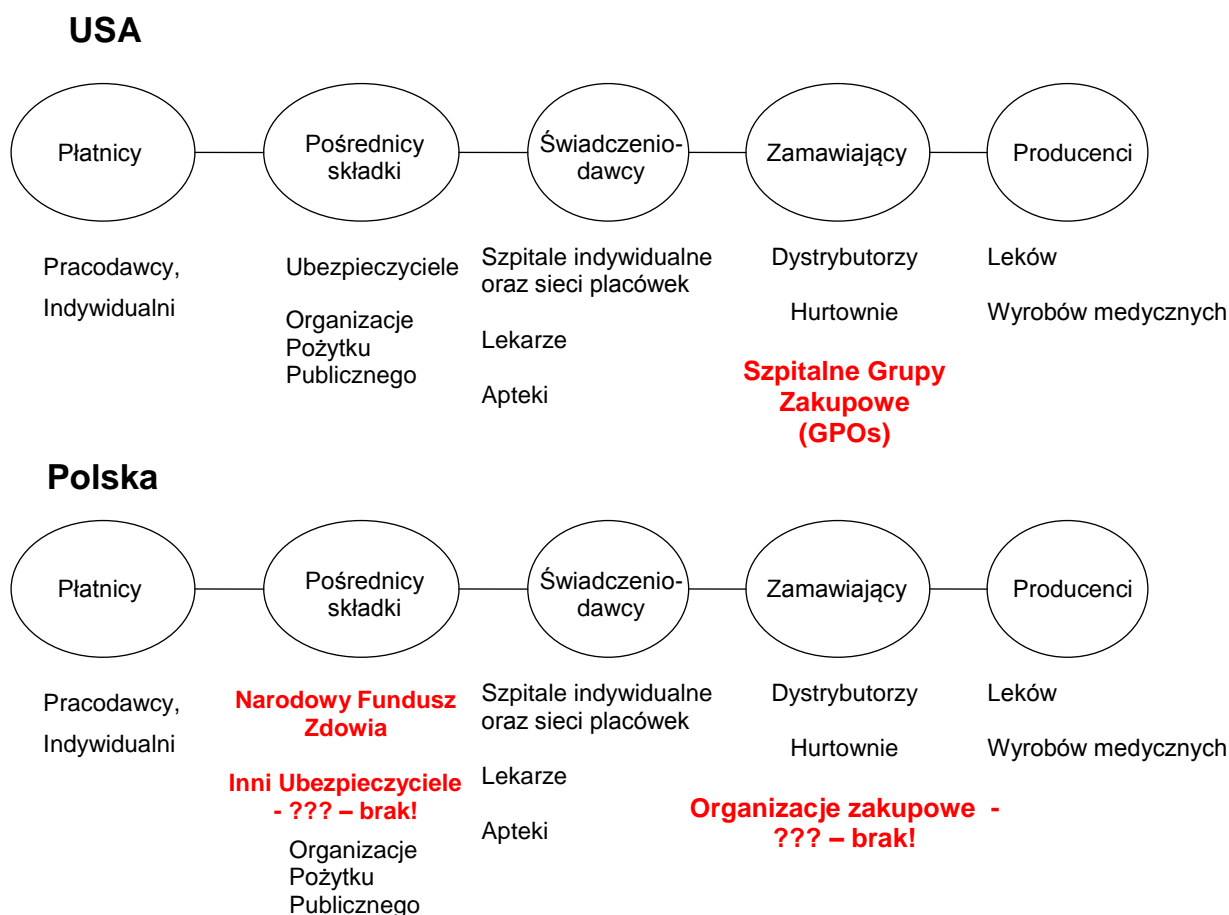
3.5. Szpitalne Grupy Zakupowe w łańcucha zaopatrzenia medycznego szpitala

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 oraz 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, dystrybutorzy oraz Szpitalne Grupy Zakupowe;
- świadczeniodawcy, 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. 13). 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 faktu, 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.



Rysunek 13. Łańcuch tworzenia wartości na rynku usług szpitalnych – porównanie systemu polskiego i amerykańskiego.

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. 13) widać nie tylko brak obecności i doświadczeń organizacji zakupowych, ale również 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. Zatem zmiana tego elementu systemu byłaby dodatkowym katalizatorem zmian w strategiach zakupowych szpitali, szczególnie publicznych i nie nastawionych na zysk.

Rozdział 4. Koszty zaopatrzenia medycznego w publicznych szpitalach polskich na tle efektywności grupowych procesów zakupowych w USA i w Niemczech – wyniki badań

4.1. Korzyści osiągnięte przez szpitale amerykańskie i niemieckie dzięki zastosowaniu strategii konkurencji opartej na udziale w Szpitalnych Grupach Zakupowych

Początki i rozwój Szpitalnych Grup Zakupowych związany jest z amerykańskim rynkiem opieki zdrowotnej, skąd pochodzi nie tylko najwięcej doświadczeń i praktyk funkcjonowania tej formy organizacji zaopatrzenia medycznego, ale też najbardziej wymierne przykłady korzyści osiągniętych z tytułu konsolidacji zakupów. Źródłem wielu danych liczbowych na temat efektów działań SGZ w USA jest badanie zlecone przez stowarzyszenie grup zakupowych branży medycznej - Health Industry Group Purchasing Association (HIGPA). Jego wyniki znalazły się w opracowaniu wydanym 2009 roku przez Locus Systems [Goldenberg i King 2009]. Celem badania było oszacowanie wielkości rynku i jego penetracji przez SGZ, jak również skali oszczędności osiągniętych dzięki ich działaniom w obydwu sferach sektora opieki zdrowotnej – prywatnej oraz państwowej, włączając programy Medicare i Medicaid.

Badanie z 2008 roku (publikacja w 2009 roku) stanowiło drugą edycję i wykorzystywało metodologię oraz szereg założeń przyjętych w edycji pierwszej, z 2005 roku. Jednym z fundamentalnych założeń było zawężenie analizy wydatków szpitala do obszaru nie dotyczącego kosztów pracy¹³. Według statystyk American Hospital Association, 44,6% wydatków szpitali amerykańskich dotyczy kosztów rzeczowych, nie będących kosztami robocizny. Wartość analogicznego komponentu dla domów opieki społecznej, stanowiących drugi – obok szpitali – główny obszar działań SGZ, wynosi 25%.

Kolejne założenie, na którym zostało oparte badanie dotyczy wskaźnika penetracji rynku przez Szpitalne Grupy Zakupowe. Według szacunków branży, to jest samych grup, zawartych w pierwszej edycji badania wskaźnik ten wynosił aż 80%, co oznacza, że 80 centów z każdego dolara wydatków rzeczowych jest realizowana kanałem uwzględniającym udział SGZ. Druga edycja badania uwzględnia również nieco inne dane, pochodzące z cytowanego także wcześniej badania [Schneller 2009], które szacuje iż 72% kosztów

¹³ z ang. non – labour component

rzeczowych jest realizowanych za pośrednictwem SGZ. Końcowe wyniki badania w postaci skali oszczędności kosztów ukazano w obydwu wariantach tego parametru. Dane dotyczące dwóch wariantów wskaźnika penetracji rynku szpitali oraz domów opieki ilustrują tabele 20 i 21. W tabeli 20 przedstawiona jest metodologia obliczenia tego udziału w odniesieniu do komponentu kosztów rzeczowych, a więc bez nakładów pracy. Natomiast tabela 21 przedstawia ujęcie penetracji rynku w relacji do wartości poszczególnych programów zdrowotnych amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej.

Punktem wyjścia przy określeniu skali oszczędności możliwych do osiągnięcia jest zdefiniowanie rynku dla działalności Szpitalnych Grup Zakupowych. W opracowaniu Locus Systems przyjęto klasyfikację oraz dane o wielkości poszczególnych części rynku publikowane przez National Health Expenditure Accounts będącą agendą rządową amerykańskiej administracji [www.cms.gov]. Według danych Centers of Medicare & Medicaid Services (CMS) łączne wydatki w obszarze opieki szpitalnej i domów opieki długoterminowej wyniosły w 2008 roku odpowiednio: 746,5 mld \$ oraz 137,4 mld \$. Przyjmując z kolei szacunki American Hospital Association dotyczące wartości procentowej obszaru wydatków nie dotyczącego kosztów pracy, a więc tylko kosztów rzeczowych, owe 44,6% stanowi wartość: 332,9 mld \$ potencjalnego rynku szpitalnego dla działań amerykańskich Szpitalnych Grup Zakupowych (GPO). Odpowiednio 25% wartość tego komponentu w domach opieki długoterminowej daje wartość 34,4 mld \$. Łączna wartość potencjalnego rynku w 2008 roku wynosiła zatem 367,3 mld \$, z czego środki publiczne to 204,9 mld \$, a więc 56%. Metodologię określenia wielkości potencjalnego rynku dla działań SGZ w USA oraz jego rozwój w latach 2003-2008 ilustruje tabela 22. Jak widać z jej zawartości, spośród wszystkich publicznych programów i funduszy, dominujące strumienie wydatków płyną w ramach programów Medicare i Medicaid. Z programów tych finansowane są między innymi koszty usług medycznych świadczonych przez szpitale oraz pozostałych dostawców, a więc – pośrednio – zakup wyrobów medycznych i produktów leczniczych, stanowiących przedmiot obrotu Szpitalnych Grup Zakupowych. Skala kosztów ponoszonych przez te publiczne programy jest istotna w aspekcie analizy potencjalnych oszczędności możliwych do uzyskania dzięki wykorzystaniu zakupów grupowych, bowiem mogą one w ten sposób przyczynić się do znaczących redukcji publicznych obciążeń i społecznych kosztów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej

Tabela 19. Potencjalny rynek dla działań SGZ - Analizy Locus Systems na podstawie CMS National Health Expenditure Accounts dla 2007. Kwoty wyrażone w mld \$.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Wydatki na opiekę zdrowotną: Total	1 734,9	1 854,8	1 980,6	2 112,7	2 241,2	2 378,6
Usługi zdrowotne i dostawy	1 623,1	1 733,1	1 850,4	1 976,1	2 098,1	2 226,6
Opieka indywidualna pacjentów	1 447,5	1 550,2	1 655,1	1 765,5	1 878,3	1 992,6
Szpitalna opieka zdrowotna Total	527,4	566,8	607,5	649,3	696,5	746,5
% zmiana	8,0%	7,5%	7,2%	6,9%	7,3%	7,2%
Koszty rzeczowe (non - labour)	235,2	252,8	270,9	289,6	310,6	332,9
Domy opieki długoterminowej Total	110,5	115,2	120,6	125,4	131,3	137,4
% zmiana	4,5%	4,3%	4,7%	4,0%	4,7%	4,6%
Koszty rzeczowe (non - labour)	27,6	28,8	30,2	31,4	32,8	34,4
Rynek Total szpitale + domy opieki	637,9	682,0	728,1	774,7	827,8	883,9
Potencjalny rynek SGZ (w USA: GPO) = koszty rzeczowe w szpitalach + koszty rzeczowe w domach opieki	235,2	252,8	270,9	289,6	310,6	332,9
Total	262,8	281,6	301,1	320,9	343,5	367,3

Źródło: [Goldenberg i King 2009]

Tabela 20. Penetracja rynku przez SGZ - Analizy Locus Systems na podstawie CMS national Health Expenditure Accounts dla 2007. Kwoty wyrażone w mld \$.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Szpitalne						
Szpitalna opieka Total	527,4	566,8	607,5	649,3	696,5	746,5
Koszty rzeczowe (44,6%)	235,2	252,8	270,9	289,6	310,6	332,9
Stopień penetracja rynku przez SGZ na poziomie 72%	168,7	181,3	194,3	207,7	222,8	238,8
Stopień penetracja rynku przez SGZ na poziomie 80%	188,2	202,2	216,8	231,7	248,5	266,4
Domy opieki						
Domy opieki Total	110,5	115,2	120,6	125,4	131,3	137,4
Koszty rzeczowe (25%)	27,6	28,8	30,2	31,4	32,8	34,4
Stopień penetracja rynku przez SGZ na poziomie 72%	19,9	20,7	21,7	22,6	23,6	24,7
Stopień penetracja rynku przez SGZ na poziomie 80%	22,1	23,0	24,1	25,1	26,3	27,5
Stopień penetracji rynku opieki zdrowotnej						
72% (wg badania Locus)						
Szpitalne	168,7	181,3	194,3	207,7	222,8	238,8
Domy opieki	19,9	20,7	21,7	22,6	23,6	24,7
Total	188,6	202,0	216,0	230,2	246,4	263,5
Stopień penetracji rynku opieki zdrowotnej						
80% (wg danych HIGPA)						
Szpitalne	188,18	202,23	216,76	231,67	248,51	266,35
Domy opieki	22,1	23,0	24,1	25,1	26,3	27,5
Total	210,3	225,3	240,9	256,8	274,8	293,8

Źródło: [Goldenberg i King 2009]

Tabela 21. Penetracja rynku przez Szpitalne Grupy Zakupowe podzielonego w układzie klasyfikacji programów zdrowotnych. Kwoty wyrażone w mld \$.

Rodzaj programu	Potencjalny rynek dla działań Szpitalnych Grup Zakupowych (w USA: GPO)	Udział w rynku SGZ (GPO Market Share)	
		Penetracja na poziomie 72%	Penetracja na poziomie 80%
Usługi zdrowotne i ich dostawy: publiczne i prywatne wydatki total	367,3	263,4	293,8
Wszystkie programy publiczne	204,9	146,9	163,9
Fundusze federalne	162,5	116,5	130
Fundusze stanowe i lokalne	42,4	30,4	33,9
Medicare	100,6	72,2	80,5
Medicaid	71,1	51	56,9
Federalne	40,3	28,9	32,2
Stanowe i lokalne	30,9	22,1	24,7
Inne stanowe i lokalne programy ubezpieczeń publicznych	0,9	0,7	0,8
Departament Spraw Weteranów	11,5	8,2	9,2
Departament Obrony	7,5	5,4	6
Odszkodowania pracownicze	2,9	2,1	2,4
Federalne	0,1	0,1	0,1
Stanowe i lokalne	2,9	2	2,3
Szpitalne stanowe i lokalne	7,4	5,3	6
Inne publiczne programy indywidualnej opieki zdrowotnej	2,7	2	2,2
Federalne	2,2	1,6	1,8
Stanowe i lokalne	0,5	0,4	0,4

Źródło: [Goldenberg i King 2009]

Kalkulacja wyników końcowych obejmujących pięcio- i dziesięcioletnie prognozy oszczędności kosztów uwzględniała kilka parametrów, jak na przykład:

- wskaźnik cen towarów i usług dla opieki zdrowotnej¹⁴, którego wartość dla 2008 roku przyjęto na poziomie 3,7%;
- wskaźnik wzrostu populacji 2%;
- wskaźnik inflacji na poziomie 5,7%¹⁵.

Jednak główne założenie przedstawionych w opracowaniu Locus Systems szacunków kwot oszczędności możliwych do uzyskania opiera się na danych dostarczonych przez szpitale amerykańskie, z których wynika że rezultaty mieściły się w zakresie od 10% do 15% redukcji kosztów zaopatrzenia w wyniku wykorzystania SGZ. Jako, że badania Schnellera ukazały efekt redukcji kosztów na poziomie 18%, finalne wyniki opracowania Locus ukazano także w trzech wariantach tego parametru, a więc: 10%, 15% i 18%.

Tabela 23 przedstawia sposób kalkulacji tych oszczędności przy założeniu dwóch różnych stopni penetracji rynku przez SGZ oraz trzech wariantów skali oszczędności. Opiera się on na założeniu, że skoro dostawcy usług przedstawiają takie redukcje kosztów dzięki współpracy w ramach grup zakupowych, to w sytuacji jej braku – koszty zaopatrzenia byłyby odpowiednio wyższe o taki procent wartości. W zależności zatem od zakresu udziału w rynku grup zakupowych oraz skali redukcji kosztów poszczególnych zakupów szacuje się, że kwota oszczędności w amerykańskim systemie wynosi od 30 mld \$ do około 65 mld \$, przy czym należy wziąć pod uwagę, że są to dane dla 2008 roku. Kwota realnych oszczędności dziś – pięć lat później może być znacznie wyższa, co wynika ze stałego wzrostu cen towarów i usług w tym sektorze, jak również z rosnącego zapotrzebowania na usługi zdrowotne, co pociąga za sobą większe zużycie, a więc większy wolumen zakupów w ramach zaopatrzenia medycznego.

¹⁴ z ang.: consumer price index for medical care (CPI-M)

¹⁵ Wskaźnik inflacji w USA jest publikowany przez Bureau of Labor Statistics. Jego roczna wartość w lutym 2013 wyniosła 2% [<http://www.tradingeconomics.com/united-states/inflation-cpi>]

Tabela 22. Oszczędności na poziomie: 10%, 15% i 18%, w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej uzyskane w efekcie redukcji kosztów zaopatrzenia medycznego poprzez działania Szpitalnych Grup Zakupowych, w dwóch wariantach penetracji rynku: 72% i 80%. Kwoty wyrażone w mld \$.

mld \$					
Wskaźnik penetracji rynku	Potencjalny rynek Szpitalnych Grup Zakupowych w USA w 2008 r	Wariant redukcji kosztów	Kalkulacja kwoty oszczędności	Wartość rynku po redukcji kosztów	Oszczędności
72%	Koszty rzeczowe w szpitalach: 332,9 x 72% = 238,8 Koszty rzeczowe w domach opieki: 34,4 x 72% = 24,6 Total rynek: 263,4	10%	$0,9 X = 263,4$ $X = 292,6$ Oszczędności = 292,6 - 263,4 = 29,2	Szpitale 265,3 Domy opieki 27,3 Razem 292,6	26,5 2,7 29,2
		15%	$0,85 X = 263,4$ $X = 309,8$ Oszczędności = 309,8 - 263,4 = 46,4	Szpitale 280,9 Domy opieki 28,9 Razem 309,8	42,1 4,3 46,4
		18%	$0,82 X = 263,4$ $X = 321,2$ Oszczędności = 321,2 - 263,4 = 57,8	Szpitale 291,2 Domy opieki 30,0 Razem 321,2	52,4 5,4 57,8
80%	Koszty rzeczowe w szpitalach: 332,9 x 80% = 266,3 Koszty rzeczowe w domach opieki: 34,4 x 80% = 27,5 Total rynek: 293,8	10%	$0,9 X = 293,8$ $X = 326,4$ Oszczędności = 326,4 - 293,8 = 32,6	Szpitale 295,9 Domy opieki 30,5 Razem 326,4	29,6 3,0 32,6
		15%	$0,85 X = 293,8$ $X = 345,6$ Oszczędności = 345,6 - 293,8 = 51,8	Szpitale 313,3 Domy opieki 32,3 Razem 345,6	47,0 4,8 51,8
		18%	$0,82 X = 293,8$ $X = 358,2$ Oszczędności = 358,2 - 293,8 = 64,5	Szpitale 324,7 Domy opieki 33,5 Razem 358,2	58,5 6,0 64,5

Źródło: [Goldenberg i King 2009]

W 2009 roku profesor Eugene S. Schneller, amerykański badacz i specjalista z zakresu zagadnień dotyczących systemów opieki zdrowotnej zrealizował i opublikował badanie „The Value of Group Purchasing – 2009: Meeting the Needs for Strategic Savings ” [Schneller 2009]. Przeprowadzono je w ośmiu systemach reprezentujących 429 szpitali w całych Stanach Zjednoczonych, a celem głównym było zbadanie – jak szpitale oceniają usługi oferowane przez Szpitalne Grupy Zakupowe, jakie dzięki nim osiągają oszczędności oraz jaki jest stopień satysfakcji i ogólna ocena ich wartości. Badanie nie obejmowało wszystkich produktów i usług zamawianych przez szpital, a raczej koncentrowało się na obszarach kluczowych dla działalności klinicznej, do których zaliczono: farmację szpitalną, jednorazowy sprzęt medyczny/chirurgiczny oraz szeroki asortyment wyrobów ogólnomedycznych. Oprócz tych powszechnie zamawianych i używanych produktów, badaniem objęto także artykuły stanowiące, tak zwane, indywidualne preferencje lekarzy (PPI¹⁶) do których należą, między innymi, implanty oraz implantowane urządzenia kardiologiczne i ortopedyczne, jak na przykład: cewniki naczyniowe, zastawki i rozruszniki serca, częściowe i całkowite protezy kolana, biodra i elementów kręgosłupa. Respondenci byli pytani o odsetek wyrobów zamawianych za pośrednictwem SGZ oraz skalę osiągniętych z tego tytułu oszczędności.

Tabela 24 zawiera ogólną charakterystykę samych szpitali, jak też systemów działających na ich bazie, na którą składa się kilka aspektów współpracy ze Szpitalnymi Grupami Zakupowymi (amer. GPOs). Pierwszym elementem jest przeciętny koszt zaopatrzenia szpitala w wyżej wymieniony asortyment, w relacji do wielkości przychodów netto. Wśród szpitali objętych badaniem średni koszt dla szpitala wyniósł 18,4%, zaś dla systemu, na który składa się przeciętnie 16 szpitali, wynosi on 16%. Badane szpitale deklarowały, że średnio 72,8% omawianego asortymentu kupują za pośrednictwem grup zakupowych, osiągając w ten sposób redukcję kosztów na poziomie 18,7% w stosunku do zakupów indywidualnych. Wartości odchylenia standardowego ukazane w tabeli dla poszczególnych elementów charakterystyki wynikają z wielu różnych czynników, jak na przykład: profil pacjentów i związany z tym charakter usług i procedur zabiegowych w danym szpitalu, stopień determinacji i podejmowanych wysiłków na rzecz osiągnięcia oszczędności oraz wewnętrzna efektywność poszczególnych organizacji w tym zakresie.

Zarówno odsetek zamówień lokowanych za pośrednictwem grup zakupowych, jak też skala osiągniętych oszczędności są wyraźnie zróżnicowane pomiędzy poszczególnymi grupami asortymentowymi.

¹⁶ z ang. physician preference items (PPI) [Physician Preference Item (PPI) Consulting 2013]

Produkty lecznicze są zamawiane grupowo aż w 88%, co pozwala osiągnąć redukcję kosztów na poziomie 15%. Wartość części szpitalnej amerykańskiego rynku farmaceutycznego w 2007 roku wyniosła 38,1 mld \$, zatem taka skala dała wówczas kwotę 6,8 mld dolarów oszczędności na poziomie narodowym.

W tym samym roku wartość jednorazowego sprzętu chirurgicznego wyniosła 61,4 mld \$. Jak wynika z badania, 82% tego asortymentu jest zamawiane grupowo przez ankietowane szpitale, co pozwala obniżyć ceny zakupu o 19%. Jest to grupa produktów o bardzo dużym zróżnicowaniu asortymentowym, posiadająca wielu dostawców oferujących wyroby o bardzo szerokim zakresie cenowym, ale też różnorodnym poziomie marżowym i wynikającej z tego elastyczności cenowej. Przy założeniu, że wszystkie grupy produktowe z tego szerokiego asortymentu dałyby ten sam poziom oszczędności, efekt w skali całego kraju byłby na poziomie 9,5 mld \$ potencjalnych redukcji. Autor badania szacuje, że faktyczna kwota oscyluje wokół 8,5 mld \$.

Produktami najtrudniejszymi do objęcia zakresem działań służących konsolidacji zakupów są artykuły, których wybór zależy od indywidualnych preferencji lekarzy (PPI). Nie tylko w USA, ale praktycznie w każdym kraju i niezależnie od systemu i modelu opieki zdrowotnej, w którym funkcjonuje szpitalnictwo, lekarze – zwłaszcza chirurdzy – posiadają nadzwyczajny wpływ na różnorodność drogich produktów zamawianych i używanych w szpitalach. Zatem ustalenie asortymentu odpowiadającego potrzebom wszystkich użytkowników nie jest łatwe w jednej placówce, a tym bardziej w grupie zakupowej działającej na rzecz wielu podmiotów. W opracowaniu badania podano kwotę 61,4 mld \$ jako wartość tej części rynku, a przykładowo - jego część dotycząca protez kolanowych i biodrowych wyniosła w USA w 2010 roku ponad 6,6 mld \$ [The 2010 U.S. Hip & Knee Implant Market, 2011]. Badane szpitale deklarowały, iż w obszarze wszystkich implantów ortopedycznych (zaopatrzenie do zabiegów biodra, kolana, barków, stopy, dłoni, kręgosłupa oraz zabiegów artroskopowych) osiągnęły redukcję cen na poziomie 15%, zaś dla kardiologicznych produktów tego typu (rozzruszniki serca, stenty i zastawki) było to 17%. Zatem kwoty kosztów, których można było uniknąć na drodze skonsolidowania zakupów szpitali w tym zakresie wyniosły odpowiednio:

- 1,9 mld \$ z wartego 10,4 mld \$ rynku implantów kardiologicznych,
- 840 mln \$ z wartego 7 mld \$ rynku implantów ortopedycznych.

Tabela 23. Charakterystyki szpitali, systemów i wzorcowych asortymentów zamówień oraz oszczędności i satysfakcji ze współpracy z Szpitalnymi Grupami Zakupowymi w USA.

Charakterystyki	Średnia	Odchylenie Standardowe
Przeciętny koszt zaopatrzenia szpitala jako procent przychodów netto	18,4	9,5
Przeciętny koszt zaopatrzenia systemu jako procent przychodów netto	16,0	8,3
Średnia liczba szpitali w systemie	17	30
Materiały zamawiane za pośrednictwem SGZ	Średni %	Odch. stand.
% wszystkich materiałów zamawianych za pośrednictwem SGZ	72,8	16,5
Oszczędności przypisywane SGZ	Średni %	Odch. stand.
% oszczędności dzięki kontraktowaniu przez SGZ	18,7	14
Cele zaopatrzenia	Średni %	Odch. stand.
Jasno zdefiniowane cele i zamierzenia dla łańcucha dostaw *	4,3	0,8
Zdolność osiągania celów **	4,0	0,9
Kategorie wyrobów zamawianych za pośrednictwem SGZ i % oszczędności przypisywanych SGZ	Średni %	Odch. stand.
% zakupów grupowych (SGZ) w zakresie farmacji szpitalnej (a)	88,7	15,2
Szacowane oszczędności dzięki SGZ	20,4	15
% zakupów grupowych (SGZ) w zakresie wyrobów chirurgicznych (b)	81,8	18,9
Szacowane oszczędności dzięki SGZ	20	23,3
% zakupów grupowych (SGZ) w zakresie implantów ortopedycznych (c)	34,1	31
Szacowane oszczędności dzięki SGZ	12,6	7,6
% zakupów grupowych (SGZ) w zakresie wyrobów kardiologicznych (c)	47,7	34,4
Szacowane oszczędności dzięki SGZ	17,4	10,7
% zakupów grupowych (SGZ) w zakresie wyrobów ogólnie – med.	71,3	22,9
Szacowane oszczędności dzięki SGZ	13,3	10,8
% zakupów grupowych (SGZ) w zakresie utrzymania czystości	77,0	21,4
Szacowane oszczędności dzięki SGZ	18,7	19,0
Centralizacja funkcji i zadań związanych z zamówieniami ***	3,5	1,3
Ogólna satysfakcja ze współpracy z SGZ +	4,1	1,0
Wpływ SGZ na koszty zaopatrzenia		
% wzrost kosztów zaopatrzenia bez obecności SGZ w szpitalu	3,1	4,6
% wzrost kosztów zaopatrzenia bez obecności SGZ w systemie	19,7	46,8
Konieczność stworzenia dodatkowych etatów na poziomie szpitala, przy braku współpracy z SGZ	9 FTE	1,8 FTE
Konieczność stworzenia dodatkowych etatów na poziomie systemu, przy braku współpracy z SGZ	15 FTE	6,0 FTE

* 1 = niejasno zdefiniowane cele 5= jasno zdefiniowane cele
** 1 = niezdolny do osiągania celów 5 = zdolny do osiągania celów
*** 1 = wysoce zdecentralizowany 5 = wysoce scentralizowany
+1 = bardzo niezadowolony 5 = bardzo zadowolony

Źródło: [Schneller 2009, s. 14]

O ile w zakresie asortymentu ortopedycznego odsetek zakupów realizowanych przy udziale Szpitalnych Grup Zakupowych jest niemal o połowę niższy od wartości średniej dla wszystkich grup produktowych, zaś wartość oszczędności niższa o około jedną trzecią, to

w odniesieniu do asortymentu kardiologicznego wielkości te zbliżają się do poziomu średniego dla całości asortymentu będącego przedmiotem analiz. Grupy produktów będących indywidualnymi preferencjami użytkowników objęte są jeszcze jednym – specjalnym rodzajem działań w zakresie procesów zakupowych mających miejsce w szpitalach amerykańskich. Z uwagi na fakt, że są to relatywnie najdroższe artykuły w asortymencie zużywalnym, ponad połowa szpitali i systemów szpitalnych w USA używa cen wynegocjowanych na nie przez grupy zakupowe jako benchmark do rozpoczęcia swoich własnych negocjacji z dostawcami, jednocześnie jednak około połowa szpitali deklaruje chęć zwiększenia zaangażowania SGZ w kontraktację tego asortymentu.

Respondenci badania pytani byli o to, jak pojedyncze szpitale oraz ich systemy organizują działania związane z kontraktowaniem łańcucha dostaw, w jakim stopniu angażują w to Szpitalne Grupy Zakupowe oraz jakie są ich strategie zaopatrzeniowe. Zidentyfikowano trzy rodzaje strategii stosowanych przez szpitale i ich systemy w procesach zamówień:

- zaopatrzenie przy udziale outsourcowanego agenta, jakim może być Szpitalna Grupa Zakupowa,
- samodzielne zawieranie kontraktów z wykorzystaniem SGZ jako punkt wyjścia do własnych negocjacji,
- i/lub praca z pomocą SGZ aby uzyskać dla siebie kontrakt na specjalnych warunkach.

Tabela 25 ukazuje, że zdecydowana większość szpitali i systemów działających w oparciu o nie deklaruje wykorzystanie SGZ jako część strategii outsourcingu, redukując szpitalne koszty zaopatrzenia produktowego, rozwijając zapytania ofertowe, opracowując oferty oraz zawierając bieżące umowy. Jednakże działania te są dużo bardziej ostrożne i wyważone w odniesieniu do specyficznego asortymentu, jakim są – na przykład – produkty wybierane pod wpływem indywidualnych preferencji użytkowników.

W odniesieniu do ogółu produktów, wyrobów powszechnie stosowanych w szpitalu, jakimi są wyroby ogólnomedyczne - tak zwanej szeroko pojętej jednorazówki – oraz do

produktów farmaceutycznych, szpitale zмирzają do zwiększenia udziału SGZ w kontraktowaniu. Dla środków trwałych i pozycji asortymentowych typu PPI, chęć przekazywania na zewnątrz szpitala procesów zamówieniowych jest wyraźnie mniejsza. Jednoznacznie zauważalna jest natomiast tendencja w postaci rosnącego zaangażowania SGZ we współpracę z pojedynczymi klientami, w formie wykorzystywania cen wynegocjowanych przez grupy zakupowe do osiągnięcia specjalnych, indywidualnych warunków kontraktu, dzięki

Tabela 24. Strategia zaopatrzeniowa deklarowana przez szpitale i systemy w jakich działają.

Strategia zaopatrzeniowa dla grup produktowych	%			
	deklarujących strategię outsourcingu procesów zaopatrzeniowych do SGZ	wykorzystujących SGZ jako punkt wyjścia do negocjacji	wykorzystujących SGZ do uzyskania dla siebie specjalnych cen	deklarujących chęć zwiększenia udziału SGZ w kontraktowaniu produktów
Wszystkie produkty				
Szpital	76,5	35,3	50,0	88,9
System	68,4	42,1	47,1	100,0
Wyroby zużywalne				
Szpital	77,8	33,3	38,9	88,2
System	78,9	44,4	44,4	100,0
Produkty lecznicze				
Szpital	82,4	29,4	44,4	89,5
System	83,3	35,3	47,1	94,4
Środki trwałe				
Szpital	35,5	40,0	52,9	58,8
System	47,1	52,4	58,8	62,5
Produkty specjalistyczne – preferencje indywidualnych użytkowników				
Szpital	37,5	50,0	43,8	56,3
System	35,3	57,1	58,8	58,8

Źródło: [Schneller 2009, s. 16]

dostosowaniu się pojedynczych klientów do warunków standaryzacji asortymentu lub wskazaniu asortymentu ekwiwalentnego.

Procesy związane z zaopatrzeniem szpitali w asortyment medyczny i farmaceutyczny obejmują wiele etapów działań poczynając od rozpoznania oferty rynkowej, czyli identyfikacji produktów, usług i dostawców, które potencjalnie mogą być przedmiotem negocjacji. Po zgromadzeniu ofert następuje ich weryfikacja i ocena oraz optymalizacja wyboru pod kątem wymagań użytkowników. Kolejne etapy działań dotyczą negocjacji warunków zakupów i dostaw oraz przygotowaniu umów z dostawcami. Finalna akceptacja umów oraz ich podpisanie przez strony i wdrożenie do realizacji poprzedzają etap końcowy, jakim jest monitorowanie przebiegu realizacji umowy. Wszystkie działania składające się na te etapy procesów zaopatrzeniowych mogą być realizowane przez szpitale i ich systemy samodzielnie. Jednak równie dobrze, mogą odbywać się z udziałem Szpitalnych Grup Zakupowych, jako ich typowy, klasyczny zakres oferowanych usług, co ilustruje tabela 25. Zawiera ona ponadto ocenę respondentów badania, w skali od 1 do 5, odnośnie ich własnego zaangażowania w poszczególne funkcje – etapy – procesów zaopatrzeniowych, w porównaniu z przejmowaniem tych ról przez grupy zakupowe. Średni wynik dla wszystkich rodzajów działań wynosi 3,6 – zatem zdecydowanie w kierunku większej roli SGZ niż samodzielnych działań pojedynczych szpitali, czy nawet ich systemów. Największe wartości są przypisane takim procesom, jak identyfikacja i wybór ofert na rynku oraz realizacja samych kontraktów. Wyniki w obydwu grupach, to jest: wyrobach medycznych oraz produktach farmaceutycznych są do siebie bardzo zbliżone.

Tabele 27 i 28 zawierają ocenę Szpitalnych Grup Zakupowych w dwóch aspektach:

- ich znaczenia, roli i rangi jaką pełnią w procesach zaopatrzeniowych – do oceny użyto skali od 1 do 5,
- stopnia spełniania oczekiwań klientów SGZ, czyli członków grup – również ta sama skala, w której 5 oznacza, że przekracza oczekiwania.

Działania podejmowane przez SGZ podzielone są na dwa obszary – tradycyjnych aktywności związanych głównie z negocjowaniem cen i szeroko pojętego, ogólnego zarządzania kontraktami z dostawcami, a także dodatkowych – rozszerzonych aktywności SGZ (tabela 27).

Tabela 25. Podział zakresu odpowiedzialności za zaopatrzenie pomiędzy SGZ i szpital.

Odpowiedzialność za poszczególne funkcje +	Średnia	Odchylenie Standardowe
Identyfikacja produktów, usług i dostawców		
Wyrobów medycznych	3,9	1,1
Produktów leczniczych	3,7	1,3
Opracowanie i rozesłanie zapytań ofertowych		
Wyrobów medycznych	3,7	1,4
Produktów leczniczych	3,6	1,4
Eliminowanie nieakceptowalnych propozycji		
Wyrobów medycznych	3,5	1,6
Produktów leczniczych	3,5	1,5
Ocena propozycji		
Wyrobów medycznych	3,4	1,6
Produktów leczniczych	3,3	1,5
Optymalizacja propozycji		
Wyrobów medycznych	3,7	1,3
Produktów leczniczych	3,4	1,4
Uzyskanie najlepszej i finałowej oferty		
Wyrobów medycznych	3,3	1,5
Produktów leczniczych	3,4	1,5
Akceptacja umowy		
Wyrobów medycznych	3,6	1,6
Produktów leczniczych	3,7	1,4
Podpisanie kontraktu		
Wyrobów medycznych	3,4	1,5
Produktów leczniczych	3,4	1,5
Wdrożenie umowy do realizacji		
Wyrobów medycznych	4,1	1,1
Produktów leczniczych	4,0	1,3
Monitorowanie przebiegu umowy		
Wyrobów medycznych	3,4	1,2
Produktów leczniczych	3,6	1,2

+ 1 = nie jest rolą SGZ 3 = w równym stopniu rola SGZ i szpitala/systemu 5 = głównie rola SGZ

Źródło: [Schneller 2009, s. 17]

Tabela 26. Znaczenie SGZ i stopień spełniania przez nie oczekiwań członków/klientów w zakresie ich tradycyjnych aktywności.

Tradycyjne aktywności SGZ	Znaczenie SGZ*	Stopień spełnienia oczekiwań +
Ustalanie cen	4,4	3,6
Najniższe ceny na wyroby medyczne	4,9	3,8
Najniższe ceny na produkty lecznicze	4,9	3,9
Najniższe ceny na produkty specjalistyczne – preferencje indywidualnych użytkowników	3,6	2,7
Najniższe ceny na wyroby zużywalne	4,9	3,9
Gwarancja oszczędności	4,2	3,4
Rekompensaty finansowe – opłata (fee) administracyjna	4,2	3,7
Zarządzanie warunkami handlowymi dla dostawców	4,2	3,6
Kontraktowanie	4,4	3,7
Zapewnienie elastyczności kontraktowania	4,2	3,7
Zapewnienie szerokiego port folio	4,6	3,9
Rozpoznanie nowych produktów	4,2	3,5
Wsparcie zarządzania kontraktem	4,4	3,6

* 1 = zupełnie nieistotne 5 = niezwykle ważne

+ 1 = nie spełnia oczekiwań 5 = przekracza oczekiwania

Źródło: [Schneller 2009, s. 18]

Negocjacje warunków cenowych stanowią – w ocenie uczestników badania – zdecydowanie najważniejszy obszar zadań, jakie należą do organizacji zakupów grupowych, przy czym ranga ta jest największa dla wyrobów ogólnomedycznych, chirurgicznych, jednorazowych oraz dla produktów leczniczych. Jednocześnie, w obszarach tych notowany jest najwyższy wskaźnik spełnienia oczekiwań w zakresie osiągniętych rezultatów. Nieco tylko niższą, ale również wysoką, rangę przypisuje się produktom specjalistycznym, uzależnionym od indywidualnych preferencji użytkowników. Tu z kolei jest największa przestrzeń do poprawy efektywności działań, gdyż aktualny – w badaniu – wynik wyniósł 2,7 przy pięciu stopniowej skali. Warto ponadto zwrócić uwagę – jak dużą rolę przypisuje się osiągnięciu skuteczności przy negocjacjach stopnia rekompensat finansowych, jakie wracają do szpitala w postaci części fee administracyjnego wpłacanego z powrotem przez operatora, czyli grupę

zakupową do szpitala¹⁷. Jest to narzędzie marketingowe, w różnym stopniu wykorzystywane przez grupy zakupowe w walce o pozyskanie nowych członków, zatem stanowi również przedmiot negocjacji.

Tabela 27. Znaczenie SGZ i stopień spełniania przez nie oczekiwań członków/klientów w zakresie ich dodatkowych aktywności.

Dodatkowe (rozszerzone) aktywności SGZ	Stopień ważności SGZ*	Stopień spełnienia oczekiwań +
Zarządzanie produktami specjalistycznymi – preferencjami indywidualnych użytkowników (w skr. PPI)	3,7	3,3
Zapewnienie wsparcia dla lokalnych negocjacji PPI	3,6	3,4
Niskie ceny na produkty PPI	3,5	3,0
Pomoc w zaangażowaniu lekarzy w użytkowanie produktów	3,3	3,1
Wsparcie w ocenie produktów konkurencyjnych	4,0	3,3
Wsparcie w pracach zespołu ds. analizy wartości	3,6	3,4
Dostarczenie narzędzi analiz klinicznych – benchmarking etc.	4,1	3,5
Narzędzia	4,1	3,4
Prowizja z tyt. wdrożonych zasobów	3,9	3,3
Dostarczenie narzędzi analitycznych dla łańcucha dostaw	4,3	3,3
Wsparcie zarządzania zamówieniami	3,7	3,4
Identyfikacja nowych produktów	4,2	3,5
Wsparcie zarządzania kontraktem	4,4	3,6
Tworzenie sieci kontaktów (Networking)	3,9	3,6
Ułatwianie relacji z dostawcami, ocena dokonań (wyników) dostawców i zarządzanie ryzykiem	3,7	3,5
Wymiana doświadczeń i najlepszych praktyk w sieci kontaktów	4,1	3,7

* 1 = zupełnie nieistotne 5 = niezwykle ważne

+ 1 = nie spełnia oczekiwań 5 = przekracza oczekiwania

Źródło: [Schneller 2009, s. 19]

¹⁷ Mechanizm „shareback fee” został przedstawiony na rysunku 14, str. 80 i opisany w tekście na stronie 79.

Szeroko pojęty zakres zadań dotyczących zawierania kontraktów traktowany jest przez respondentów jako równie istotny, co obszar cenowy, zaś ogólna ocena spełnienia oczekiwań jest nawet nieco wyższa. Co ciekawe, zdolność do zaprezentowania użytkownikom szerokiego portfolio produktów jest oceniana na 3,9 pod względem satysfakcji. Tymczasem, jednym z najczęstszych zarzutów pojawiających się ze strony krytyków SGZ jest rzekome ograniczanie asortymentu, a tym samym możliwości konkurowania oferentów w postaci utrudniania dostępu do rynku.

W badaniu oceniono również działalność dodatkową organizacji zakupowych, wykraczającą poza działania stricte kontraktowe, a skupiającą się na trzech obszarach:

- zarządzanie produktami specjalistycznymi – preferencjami indywidualnych użytkowników,
- narzędzia wspierające obsługę procesów zaopatrzeniowych,
- tworzenie sieci kontaktów w łańcuchu dostaw.

Różnice w punktacji tych dodatkowych obszarów nie odbiegają znacząco od podstawowej działalności SGZ, co świadczy o wysokim pozycjonowaniu tych zadań w hierarchii potrzeb klientów po stronie szpitala. Szczególnie ważne dla szpitalnych menedżerów do spraw zamówień jest wsparcie dla nich w postaci narzędzi do obsługi zamówień i kontraktów, jak systemy informatyczne, platformy zakupowe, narzędzia analityczne do oceny efektywności łańcucha dostaw. Jednym z najbardziej dynamicznie rozwijających się obszarów działalności SGZ są sieci powiązań i kontaktów, dzięki którym możliwa jest wymiana doświadczeń pomiędzy członkami grup zakupowych na różnych płaszczyznach. Przykładem mogą być tutaj menedżerowie do spraw zakupów oraz całej sfery logistyki, menedżerowie odpowiedzialni za finanse oraz grupy bezpośrednich użytkowników zamawianych produktów, a więc związane z wytwarzaniem usług medycznych. Szpitalne Grupy Zakupowe w USA pełnią rolę organizatorów i moderatorów swoistej sceny wymiany doświadczeń i praktyk w sensie dosłownym, w formie spotkań, kongresów, sympozjów dla poszczególnych grup zawodowych skupiających przedstawicieli wszystkich szpitali, będących członkami danej organizacji. Niektóre z nich dostosowują wręcz siedziby swoich organizacji do możliwości organizowania takich spotkań, urządzając u siebie sale konferencyjne temu poświęcone¹⁸. Organizacja spotkań zainteresowanych grup to tylko jeden z aspektów tej działalności. Jednak we współczesnym świecie wiodącą rolę odgrywają media elektroniczne, za pomocą których także SGZ organizują wymianę doświadczeń i praktyk. Fora i specjalne strony oraz serwisy

¹⁸ Przykładem jest grupa zakupowa, dla której operatorem jest firma o nazwie Greater New York Hospital Association (GNYHA), posiadająca biura, w tym sale konferencyjne, w Nowym Jorku, w centrum Manhattanu.

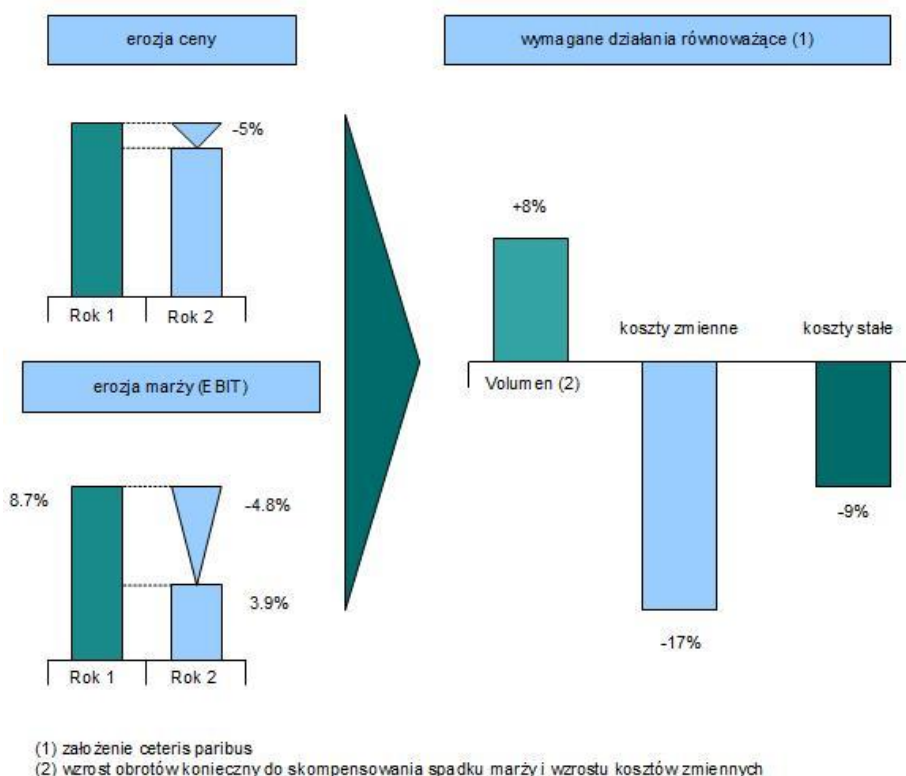
internetowe, firmowe strony www grup zakupowych, elektroniczne gazetki i foldery to miejsca gdzie taka wymiana odbywa się na szeroka skalę wśród zainteresowanych osób. Jak widać z wyników badania, ocena stopnia spełnienia oczekiwań w tym obszarze działań jest najwyższa spośród wszystkich dodatkowych usług operatorów zakupowych oraz nie ustępuje wynikiem ocenie zadań służących uzyskaniu najlepszych możliwych warunków kontraktów, co stanowi istotę funkcjonowania SGZ.

Skala operacji prowadzonych za pośrednictwem szpitalnych grup zakupowych na opisywanych rynkach europejskich i amerykańskim jest tak znacząca, że żaden podmiot tego rynku nie może pomijać ich roli. [Bartkowiak, Domański 2012] Niemieckie prognozy z 2005 roku, kiedy to już blisko 45% wolumenu zakupów szpitalnych odbywało się za pośrednictwem konsorcjów zakupowych informowały, że w 2010 roku sprzedaż do indywidualnych szpitali będzie stanowiła nie więcej niż 10%. [Kruetten, Joerg, Rautenberg, i Liefner 2005] Z kolei dostawcy sprzętu medycznego na rynku amerykańskim przyznają, że jeśli już dany asortyment jest negocjowany z grupami zakupowymi, to jego sprzedaż odbywa się niemal w 100% wyłącznie tą drogą. Cytowany raport z rynku niemieckiego zawiera niezwykle wymowne dane dotyczące lat 2002–2005, gdy średnia cena netto wyrobu medycznego spadała o 10% rocznie, a łączny wolumen sprzedaży zrealizowanej tym kanałem wzrósł z 49 do 70%.

Przy założeniu średniego dla tej branży wyjściowego poziomu EBIT o wartości 8,7% i nie biorąc pod uwagę wpływu innych czynników kompensujących wynik, spadek ceny netto o około 5% daje spadek zysku operacyjnego o ponad 50%, tj. do poziomu 3,9%. Aby skompensować tak znaczący spadek cen, musiałby nastąpić jednocześnie wzrost wolumenu sprzedaży i spadek kosztów stałych oraz zmiennych na poziomie praktycznie niemożliwym do osiągnięcia (rys. 14).

Tak negatywne, z punktu widzenia dostawców, zjawiska, jak znaczący spadek ceny i marży zysku, zmuszają dostawców do poszukiwania rozwiązań i wypracowywania strategii adaptacyjnych w nowych realiach. Będą one polegały głównie na znalezieniu optimum relacji pomiędzy wolumenem, a głębokością i szerokością asortymentu.

Dążenie do wzrostu efektywności zakupów poprzez obniżenie ich ceny daje z pewnością korzyść kupującemu, a więc w przypadku szpitalnej grupy zakupowej wielu podmiotom występującym razem. Należy zatem przeanalizować, jakie potencjalne korzyści ma szansę osiągnąć także sprzedający, skoro cenowa erozja rynku jest tak wyraźna.



Rysunek 14. Efekt erozji cen w konsekwencji konsolidacji zakupów.

Źródło: [Kruetten, Joerg, Rautenberg, i Liefner 2005, s. 14]

Jak łatwo obliczyć, tak znaczący spadek cen musi mieć negatywny wpływ na poziom marż i zyskowność dostawców oraz samych producentów.

Oczywista korzyść do osiągnięcia będzie zrealizowana wówczas, gdy w wyniku zawarcia kontraktu z wieloma podmiotami, producent lub dystrybutor na tyle znacząco zwiększy udział rynkowy, iż łączny zysk zrealizowany na całym wolumenie dla danego asortymentu będzie uzasadniał skalę działania. Ewidentna szansa stoi tu przed dostawcami, którzy nie mieli dotychczas wiodącej pozycji rynkowej pod względem udziałów. Jeśli zaś chodzi o firmy innowacyjne, przodujące w technologiach i posiadające potencjał rozwojowy, to bez wątpienia sytuacja współpracy z grupami zakupowymi daje szansę relatywnie szybkiego dotarcia do sporej części rynku z nowym produktem i przekazem promocyjnym ubiegającym konkurencję. Taki innowacyjny produkt ma zazwyczaj wyższą marżę, która w części pokryje spadek zyskowności na produktach dojrzałych. Taki postulat da się oczywiście zrealizować pod warunkiem, że po stronie członków grupy zakupowej będzie

wola, by leczyć nowocześnie, z wykorzystaniem najnowszych technologii i rozwiązań lekowych i sprzętowych.

Z kolei jednak, konsolidacja zakupów dla wielu podmiotów stawia pewne nowe wymagania wobec dostawców oferujących produkty innowacyjne. Mianowicie, zmiana modelu współpracy wymaga innego zdefiniowania liderów opinii i osób decyzyjnych po stronie szpitala, grupy i operatora. Istotnie zmieni się tutaj rola przedstawiciela handlowego firmy działającej na rynku polskim, w rzeczywistości przetargowej, bowiem dzięki uwolnieniu czasu dotychczas poświęcanego na procedury przetargowe na nowo zdefiniowany zostanie również zakres jego zadań. Decyzyjność związana z zawarciem kontraktu z grupą kilkudziesięciu szpitali będzie bowiem spoczywała w rękach menedżerów wyższego szczebla. Z kolei przedstawiciel będzie mógł więcej czasu poświęcić na działania typowo promocyjne ukierunkowane na finalnego użytkownika promowanego wyrobu czy produktu. W swoich działaniach u klienta, może jednocześnie potrzebować wsparcia innego specjalisty, który osobom decyzyjnym w szpitalu pokaże inne korzyści ich wspólnej oferty, jak na przykład proponowane warunki finansowe, zmienione warunki serwisowe czy propozycje działań promocyjnych na forum grupy zakupowej.

Tego typu zmieniające się potrzeby będą rodziły konieczność dostosowania obecnych struktur organizacyjnych firm handlowych, innego sprofilowania niektórych stanowisk, a nawet tworzenia nowych lub redukcji jakiejś części aktualnie funkcjonujących.

4.2. Poziom i struktura kosztów zaopatrzenia medycznego w szpitalach polskich

Podjęcie działań zmierzających do konsolidacji zakupów asortymentu medycznego jako sposobu racjonalizacji kosztów zaopatrzenia szpitali w tym obszarze, wymaga oszacowania skali potencjalnych oszczędności możliwych do osiągnięcia tą drogą. W tym celu wykonano na potrzeby dysertacji bezpośrednie badania ankietowe w wybranych szpitalach publicznych w Polsce, dotyczące poziomu i struktury kosztów zakupów wybranych grup asortymentowych z zakresu produktów leczniczych i wyrobów medycznych. W procesie badawczym dążono do ustalenia stopnia zróżnicowania tego poziomu kosztów, w relacji do ogółu wydatków na cele zaopatrzenia w leki i sprzęt.

Do panelu badawczego zakwalifikowano 57 szpitali zlokalizowanych na terenie całego kraju, których wybór został dokonany w oparciu o następujące kryteria:

- 1) wszystkie szpitale są publicznymi placówkami sektora opieki zdrowotnej w Polsce w takim rozumieniu, że gospodarują mieniem publicznym¹⁹;
- 2) każdy szpital objęty badaniem posiada blok operacyjny, co oznacza, że jest szpitalem zabiegowym, oferującym taki zakres usług leczniczych, których wykonanie implikuje potrzeby zaopatrzeniowe zarówno w zakresie asortymentu wyrobów medycznych, jak i produktów leczniczych;
- 3) próba badawcza obejmuje placówki z różnych regionów kraju, zróżnicowane pod względem wielkości, a zasadniczą miarą porównawczą jest ilość łóżek szpitalnych w każdej z nich.

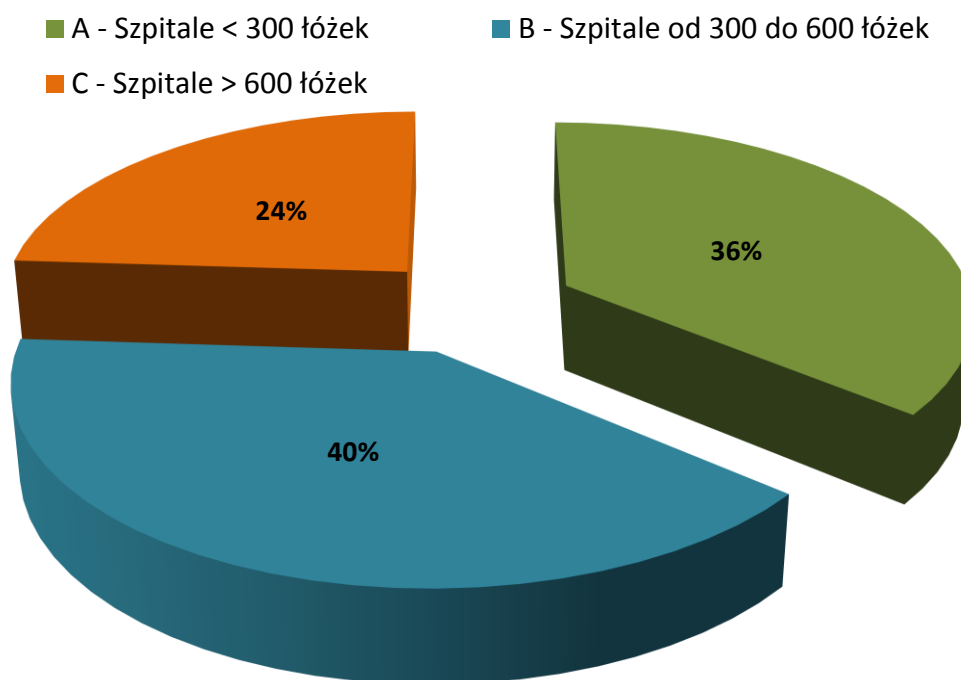
Wśród podmiotów zakwalifikowanych do badania znalazły się placówki o liczbie łóżek w przedziale od 81 do 1079. Pod względem wielkości, szpitale zostały podzielone na trzy kategorie o następujących przedziałach:

- A – placówki do 300 łóżek,
- B - równe 300 do 600 łóżek,
- C - równe lub większe niż 600 łóżek.

Wykres 27 pokazuje, że w zakresie poszczególnych kategorii wielkości placówek znalazło się najwięcej szpitali z przedziałów: do 300 łóżek oraz średnich, to jest 300-600 łóżek. Odpowiada to przekrojowi infrastruktury szpitalnictwa w Polsce, bowiem najwięcej

¹⁹ Przyjętą na potrzeby niniejszej pracy interpretację nazewnictwa placówek opieki zdrowotnej w oparciu o kryterium własnościowe zaprezentowano szczegółowo na stronie 58.

funkcjonuje szpitali powiatowych i miejskich – do 300 łóżek oraz tak zwanych wojewódzkich²⁰ i specjalistycznych (wielospecjalistycznych).



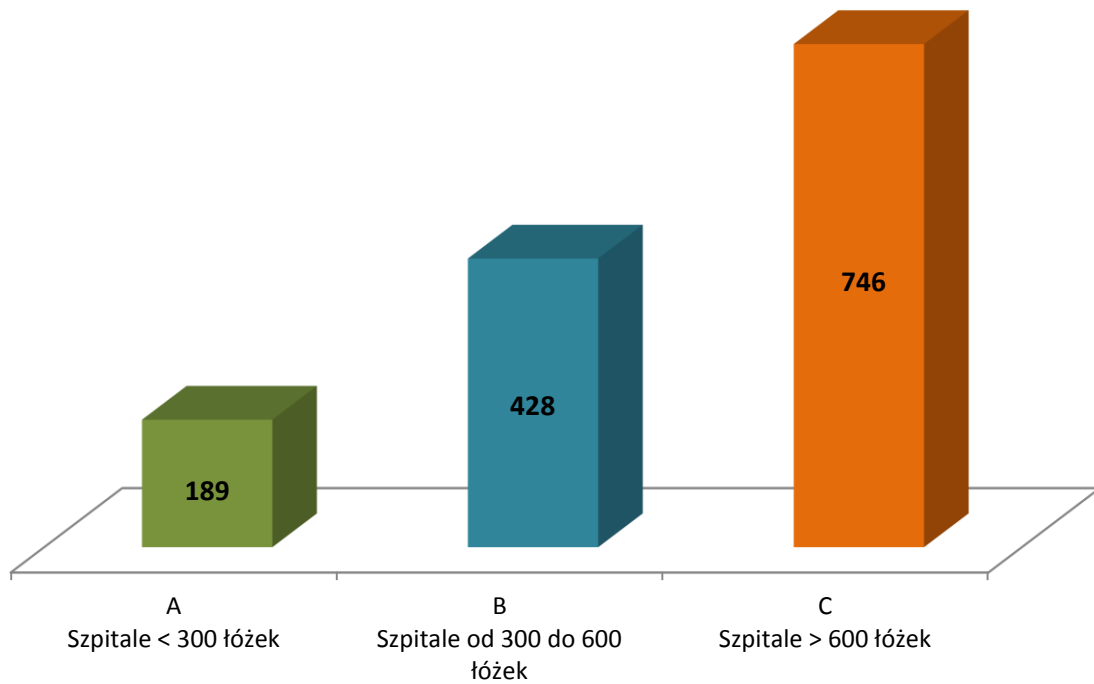
Wykres 27. Liczba ankietowanych szpitali ogółem w podziale na kategorie według liczby łóżek, ujęcie procentowe.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

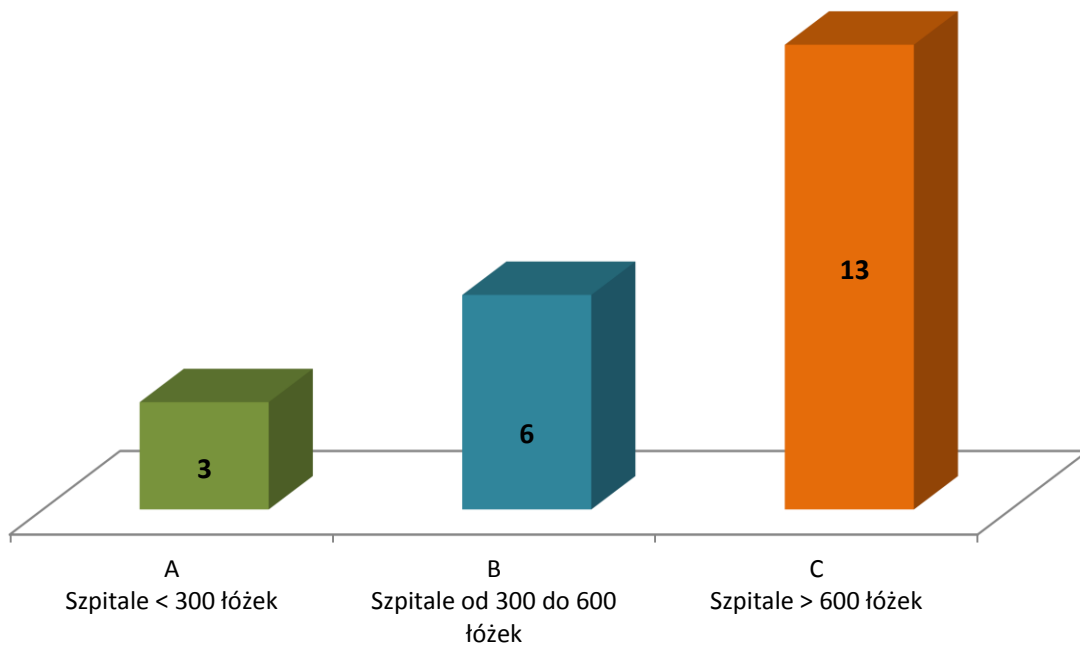
Średnią liczbę łóżek w poszczególnych kategoriach szpitali ilustruje wykres 28, zaś wartość ta dla całej próby badawczej wynosi 418, co także odpowiada statystycznemu, średniej wielkości szpitalowi w Polsce.

Ważną - z punktu widzenia przedmiotu pracy – informacją zebraną w badaniu jest wielkość bloku operacyjnego w każdym z ankietowanych szpitali (wykres 29), gdyż pośrednio wskazuje ona na skalę działalności zabiegowej, a tym samym na potrzeby zaopatrzeniowe. W próbie badawczej znalazły się szpitale posiadające od 1 do 24 sal operacyjnych, a średnia ilość przypadająca na poszczególne kategorie wyniosła odpowiednio: w kategorii A - 3 sale, w kategorii B - 6 sal, w kategorii C - 13 sal.

²⁰ W dawnym układzie 49 województw wynikającym z podziału administracyjnego obowiązującego od 1 czerwca 1975 do 31 grudnia 1998 roku (od [reformy w 1975](#) do [reformy w 1999](#)), w wielu ówczesnych miastach wojewódzkich wybudowano bardzo podobne szpitale, zrealizowane według tego samego projektu architektonicznego, zakładającego zbliżoną liczbę łóżek szpitalnych w ilości 450 – 600 w każdym takim obiekcie.



Wykres 28. Średnia ilość łózek w poszczególnych kategoriach badanych szpitali.
 Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

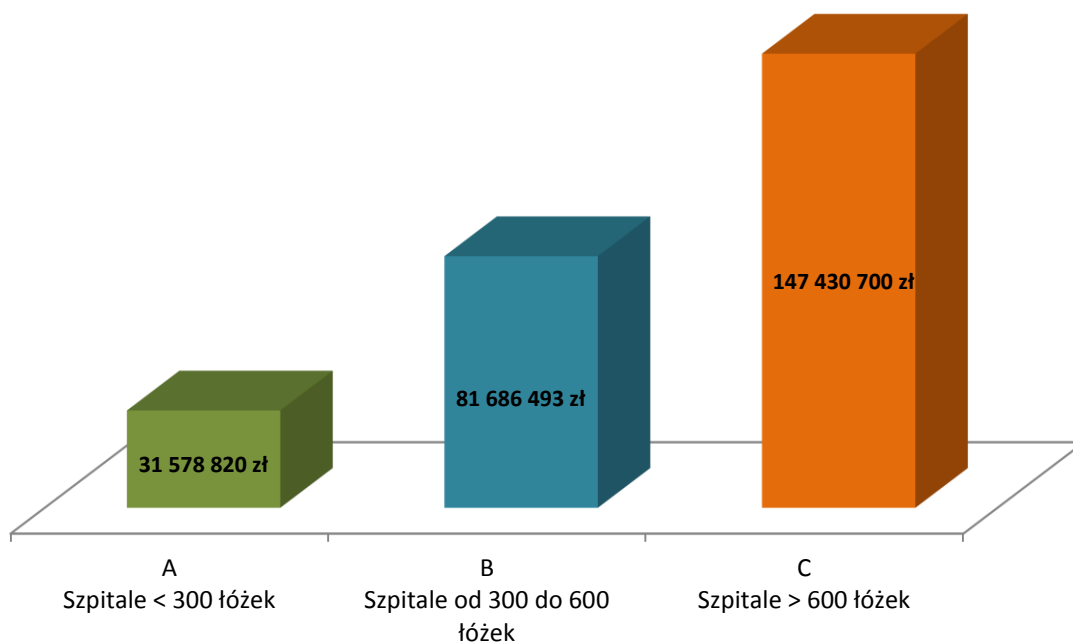


Wykres 29. Średnia wielkość bloku operacyjnego w poszczególnych kategoriach badanych szpitali, mierzona ilością sal operacyjnych.
 Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Kolejnym kryterium porównawczym szpitali w próbie badawczej była kwota bezwzględna na leczenie szpitalne, a więc wielkość kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Stanowi ona jednocześnie sto procent budżetu szpitala, który nie posiada innych źródeł przychodów. Dla zwiększenia czytelności danych dotyczących kosztów zaopatrzenia medycznego wyodrębniono jeszcze jedną wielkość, to jest wartość kontraktu na działalność zabiegową, czyli część ogólnej wartości kontraktu z NFZ. Stanowi ona dodatkowe, bardziej szczegółowe i wyraziste tło dla porównań kosztów zaopatrzenia poszczególnych grup asortymentowych, bowiem wartość całości kontraktu jest dużą kwotą, która pokrywa wszystkie zobowiązania szpitala. Wyodrębnienie tej drugiej wielkości ma jeszcze jedno uzasadnienie, jakim jest odniesienie tej kwoty do zbioru kosztów związanych z działalnością zabiegową. Analizując ogólną wartość kontraktu z NFZ należy mieć na uwadze fakt, iż jej wielkość jest mocno związana ze specyfiką danego szpitala, zatem porównania placówek w oparciu o tą wielkość muszą uwzględniać zróżnicowanie profilu świadczonych usług. Przykładowo, spośród dwóch szpitali o podobnej liczbie łóżek, jeden może prowadzić bardzo kosztowną chemioterapię, o którą wartość kontraktu może być większa, drugi zaś już nie świadczy tych usług. To samo dotyczyć może ośrodka dializ zlokalizowanego na terenie szpitala. Inną sprawą pozostaje kwestia, na ile wielkość kontraktu w danym roku jest adekwatna do rzeczywistych potrzeb placówki, wynikających z ilości pacjentów zgłaszających się po świadczenia.

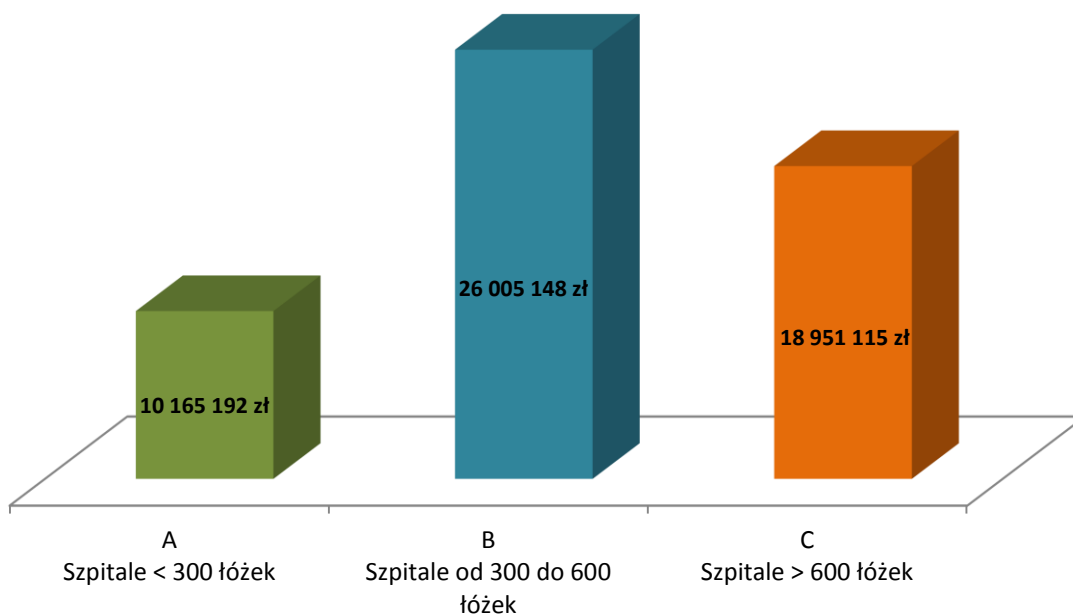
Rozpiętość w wielkościach kwot bezwzględnych, a więc faktycznych wartości rocznych kontraktów z NFZ, w próbie badanych szpitali wynosiła od niespełna 6 mln złotych do ponad 280 mln złotych, a wartości średnie przypadające na poszczególne kategorie wyniosły odpowiednio: w kategorii A - 31 578 820,36 zł, w kategorii B - 81 686 493,25 zł, w kategorii C - 147 430 700,15 zł. Z kolei rozpiętość w wielkościach części kontraktów przeznaczonych na działalności zabiegowe, wynosiła od około 1,5 mln złotych do ponad 82,6 mln złotych, a wartości średnie przypadające na poszczególne kategorie kształtowała się odpowiednio: w kategorii A - 10 165 191,81 zł, w kategorii B - 26 005 147,75 zł, w kategorii C - 18 951 115,34 zł.

Wykresy 30 i 31 ilustrują średnie wielkości kwot bezwzględnych na leczenie szpitalne oraz kwot na działalności zabiegowe.



Wykres 30. Kwota bezwzględna na leczenie szpitalne – wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.



Wykres 31. Wartość kontraktu na działalność zabiegową – wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Podstawowym narzędziem wykorzystanym w toku badań przeprowadzonych na potrzeby dysertacji jest ankieta badawcza, której wzór został przedstawiony w formie załącznika do pracy. Ankieta składa się z pięciu zasadniczych części:

- I część to „Metryka placówki”, zawierająca dane identyfikacyjne ankietowanego szpitala w postaci nazwy i adresu oraz scharakteryzowanych powyżej kategorii: ilości łóżek, wielkości bloku operacyjnego, mierzonej ilości sal oraz wielkości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Konstrukcja ankiety wskazuje, że możliwe było udzielenie w tym zakresie odpowiedzi, dotyczącej dowolnego okresu czasu, jednak w procesie jej realizacji doprecyzowano, że chodziło o 2012 rok. Ponieważ jednak w dalszej części ankiety gromadzono informacje dotyczące kosztów zaopatrzenia w dłuższym okresie czasu – czterech lat, autor badań zgromadził dodatkowe dane dotyczące wielkości kontraktu z NFZ także w pozostałych latach. Posłużono się w tym celu informacjami publikowanym na stronach WWW każdego oddziału wojewódzkiego NFZ, który za pośrednictwem jednolitego, w skali całego kraju, serwisu udostępnia pełne dane o wielkościach kontraktów dla poszczególnych świadczeniodawców w regionie. Serwis nosi nazwę „Informator o zawartych umowach”²¹.
- II część - „Dane osobowe osoby ankietowanej”, służące do ewentualnego kontaktu autora badań z ankietowaną placówką.
- III część zatytułowana „Wydatki na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym”, została podzielona na dwie kategorie: Zużywalne materiały i wyroby medyczne (sprzęt jednorazowy) – III.I. oraz Leki – III.II. Celem tej części badania było zebranie danych z czterech ostatnich lat, to jest okresu 2008-2011, dotyczących kosztów zaopatrzenia medycznego, czyli scharakteryzowanych i zdefiniowanych we wcześniejszej części pracy kategorii: wyroby medyczne i produkty lecznicze.
- IV część jest uszczegółowieniem i rozwinięciem jednego z zakresów części trzeciej i nosi nazwę „Wydatki na poszczególne grupy asortymentowe materiałów i wyrobów medycznych”. Zawarta w tej części ankiety enumeracja siedmiu grup asortymentowych odpowiada zakresowi najbardziej kosztotwórczych grup produktowych, jakie występują w większości szpitali prowadzących działalność zabiegową. Dobór tych właśnie grup nastąpił w toku konsultacji autora badań

²¹ Przykład dla województwa wielkopolskiego można znaleźć w sieci pod adresem: <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=15>

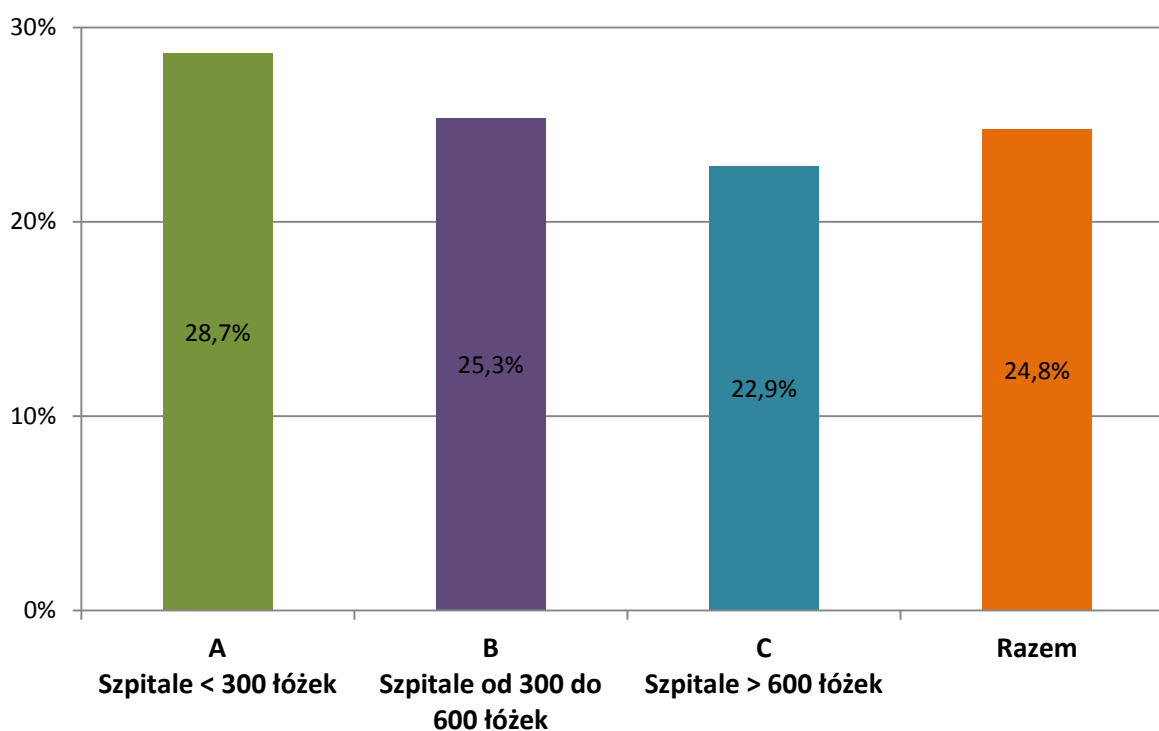
z menedżerami odpowiedzialnymi za zaopatrzenie w wybranych szpitalach polskich, poprzedzających ostateczną konstrukcję ankiety. Badaniu poddano zatem następujące grupy asortymentowe: materiały ortopedyczne, opatrunki, obłożenia, sprzęt jednorazowy z zakresu kardiologii inwazyjnej, materiały szewne oraz dezynfekcję medyczną, czyli nie służącą utrzymaniu czystości. Oczywiście w zależności od profilu szpitala – niektóre z nich mogły nie wystąpić w danej jednostce, jednak starano się do próby zakwalifikować placówki wielospecjalistyczne, a nie strictly jednoprofilowe. Wyjątek stanowił specjalistyczny szpital ortopedyczny, który jednak także zaopatruje się we wszystkie grupy produktowe zawarte w ankiecie. Analogicznie do części trzeciej, dane w części czwartej dotyczą lat 2008-2011.

- V część została nazwana „Organizacja i przebieg postępowań przetargowych”. Zawiera ona pięć pytań służących zgromadzeniu informacji na temat dominujących form organizacji postępowań przetargowych, w celu oszacowania nakładu sił i środków wymaganych do ich realizacji. Każde pytanie zawiera kafeterię odpowiedzi.

Badania były prowadzone metodą bezpośrednich spotkań autora z menedżerami odpowiedzialnymi za działy zaopatrzenia, działy logistyki lub działy zamówień publicznych. W części placówek prowadzono rozmowy z kierownikami aptek szpitalnych, co wynika z braku jednolitego i jednego w skali kraju, sposobu organizacji gromadzenia i archiwizacji tego typu danych pomiędzy szpitalami. Realizacja ankiety przebiegała najczęściej w ten sposób, że dane z zakresu części I, II i V były wypełniane praktycznie „od ręki” w trakcie spotkań, zaś dane liczbowe z części III i IV, wymagające przeanalizowania dokumentacji szpitalnej, były stopniowo uzupełniane i dosyłane drogą elektroniczną. Każdorazowo, spotkania autora badań z osobami, które udzielały odpowiedzi w ankietach, były poprzedzone wcześniejszym kontaktem autora z dyrekcją szpitala, w celu uzyskania zgody na realizację badania. W kilku przypadkach przedstawiciele dyrekcji nie wskazywali innych osób kontaktowych w swojej placówce, przejmując inicjatywę bezpośredniej współpracy przy jej realizacji. Kontakty z dyrekcjami szpitali miały dodatkowy walor w postaci możliwości zgromadzenia przez autora badań informacji na temat stopnia świadomości podejmowanej problematyki, jak też nastawienia do potencjalnych zmian i wprowadzania nowości. W sporadycznych przypadkach dyrektorzy szpitali odmówili udziału w badaniu. Badanie było realizowane między październikiem 2012 roku, a marcem 2013 roku.

Analiza materiału empirycznego zgromadzonego w toku realizacji badań wskazuje, że w grupie szpitali zakwalifikowanych do próby, wartość wydatków na dwa podstawowe obszary składające się na zaopatrzenie medyczne, to jest: zużywalne materiały i wyroby medyczne (punkt III.I. w ankiecie) oraz na leki (odpowiednio III.II.), stanowiła łącznie od 22,9% do 28,7% kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne, czyli wartości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Średni koszt zaopatrzenia medycznego we wszystkich trzech grupach szpitali, w całym czteroletnim okresie od 2008 do 2011 roku, wyniósł blisko 25% kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne, czyli całego budżetu, jakim szpitale dysponowały. Wykres 32 ilustruje wartości tych kosztów w poszczególnych grupach szpitali.

Przedstawione dane dotyczą wyłącznie bezpośrednich wydatków na zakup tych wyrobów, a więc kosztów rzeczowych, bez uwzględniania kosztów organizacji procesów zaopatrzenia, w postaci na przykład kosztów osobowych działów zamówień publicznych, działów zaopatrzenia, logistyki, aptek szpitalnych i wszelkich innych jednostek organizacyjnych szpitala zaangażowanych w procesy zaopatrzeniowe.

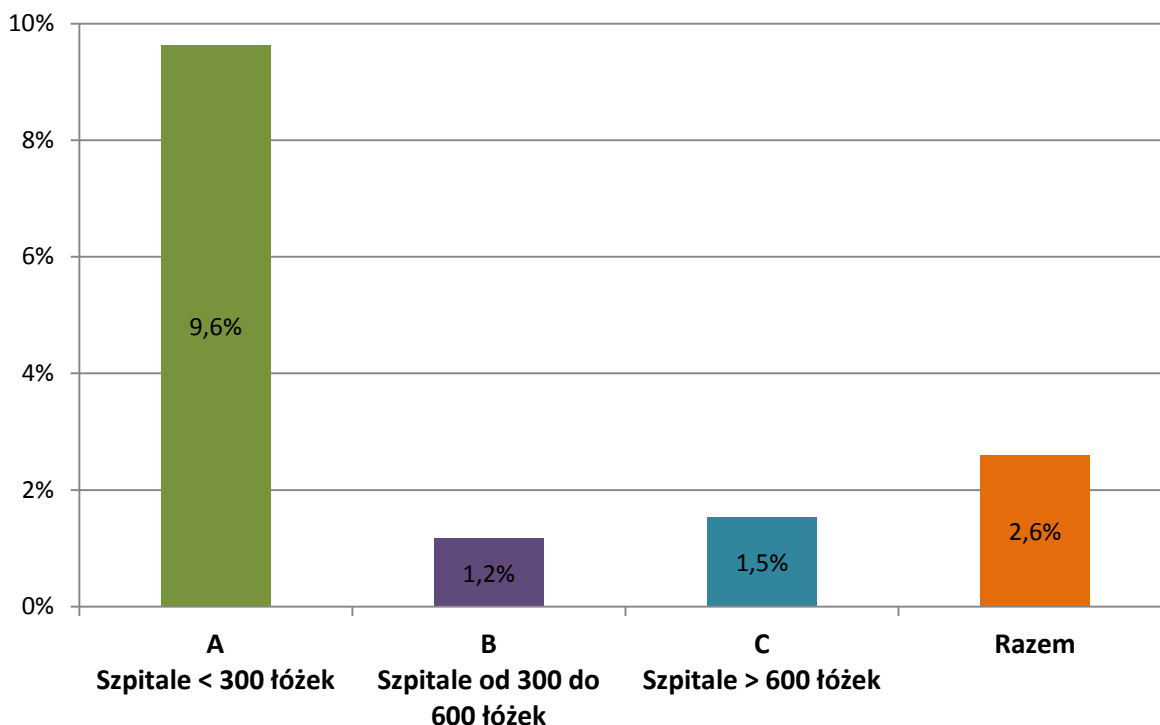


Wykres 32. Porównanie sumy wydatków na *Zużywalne materiały i wyroby medyczne* (punkt III.I. w ankiecie) oraz na *Leki* (odpowiednio III.II.) do *Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne*, to jest wartości kontraktu z NFZ. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

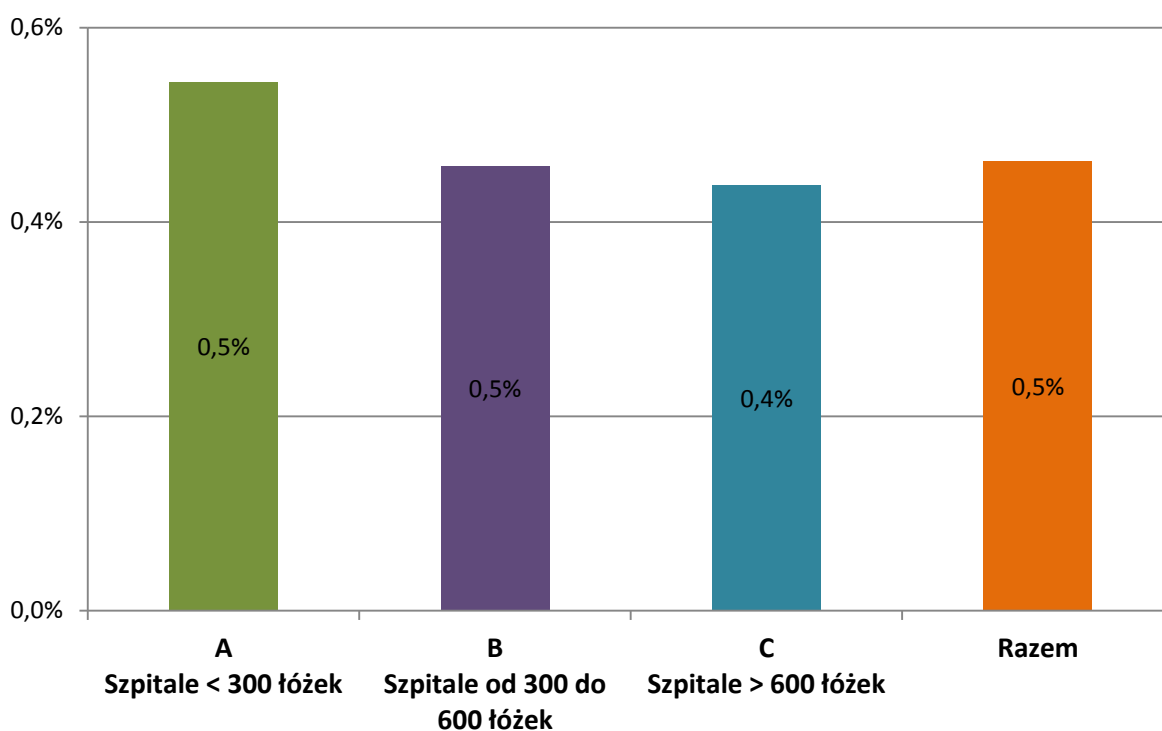
Wykresy 33 do 39 przedstawiają kolejno porównania kwot wydatków na każdy z siedmiu zakresów asortymentowych w relacji do kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne, w ujęciu przekrojowym, to znaczy średniej z czterech badanych lat. Każdy z wykresów zawiera średnią wartość dla każdej z wyodrębnionych, pod względem wielkości, grup szpitali oraz wartość uśrednioną dla całego panelu badawczego, umieszczoną w słupku pomarańczowym opisanym jako „Razem”. Kolejność wykresów wynika z enumeracji grup produktowych, przyjętej w ankiecie badawczej.

Jeśli chodzi o kategorię: materiały ortopedyczne, średnia wartość wydatków we wszystkich trzech grupach, w całym badanym okresie, wyniosła 2,6% kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne, zaś rozpiętość między grupami szpitali wyniosła od 1,5% do 9,6%. Kilkukrotnie wyższa wartość wydatków w grupie A, była spowodowana faktem, że znalazł się w niej szpital o profilu ortopedycznym, dla którego ten obszar produktowy dominuje w całości asortymentu zaopatrzenia medycznego. Przykładowe produkty z grupy zużywalnych materiałów ortopedycznych to: endoprotezy biodra i kolana, implanty kręgosłupowe, cementy kostne. Wyniki w tej grupie produktów ilustruje wykres 33.



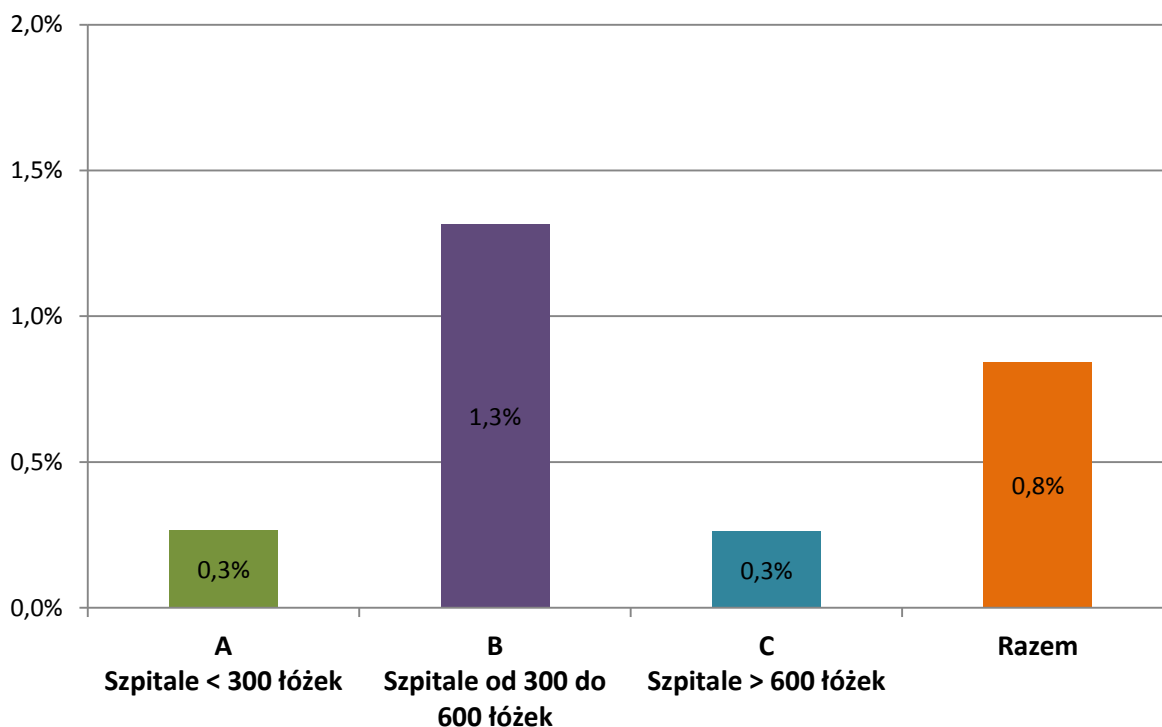
Wykres 33. Porównanie kwoty wydatków na *Materiały ortopedyczne* do *Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Kolejną grupą asortymentową są opatrunki, których rzeczowe koszty zaopatrzenia w analizowanym okresie stanowiły średnio 0,46% kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne. Jak ilustruje wykres 34, różnice między trzema grupami tego typu produktów nie były duże, a rozpiętość wyniosła od 0,44% do 0,54% kwoty całościowego budżetu. Ten obszar asortymentowy obejmuje takie wyroby, jak: tradycyjne opatrunki w postaci kompresów gazowych czy włókninowych oraz kompresy chłonne i maściowe. Warto wskazać w tym miejscu także na nowoczesne rozwiązania zaliczane do tej grupy, których przykładem są: opatrunki hydroaktywne, takie jak poduszeczki opatrunkowe i kompresy nasączone substancją leczniczą, kompresy piankowe, opatrunki hydrokoloidowe i hydrożelowe. Istotny ilościowo i wartościowo zakres stanowią także typowe opatrunki chirurgiczne, jak: kompresy, chusty brzuszne i waciki, czyli produkty stosowane bezpośrednio w trakcie zabiegów operacyjnych.



Wykres 34. Porównanie kwoty wydatków na *Opatrunki* do *Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.



Wykres 35. Porównanie kwoty wydatków na *Obłożenia* do *Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.

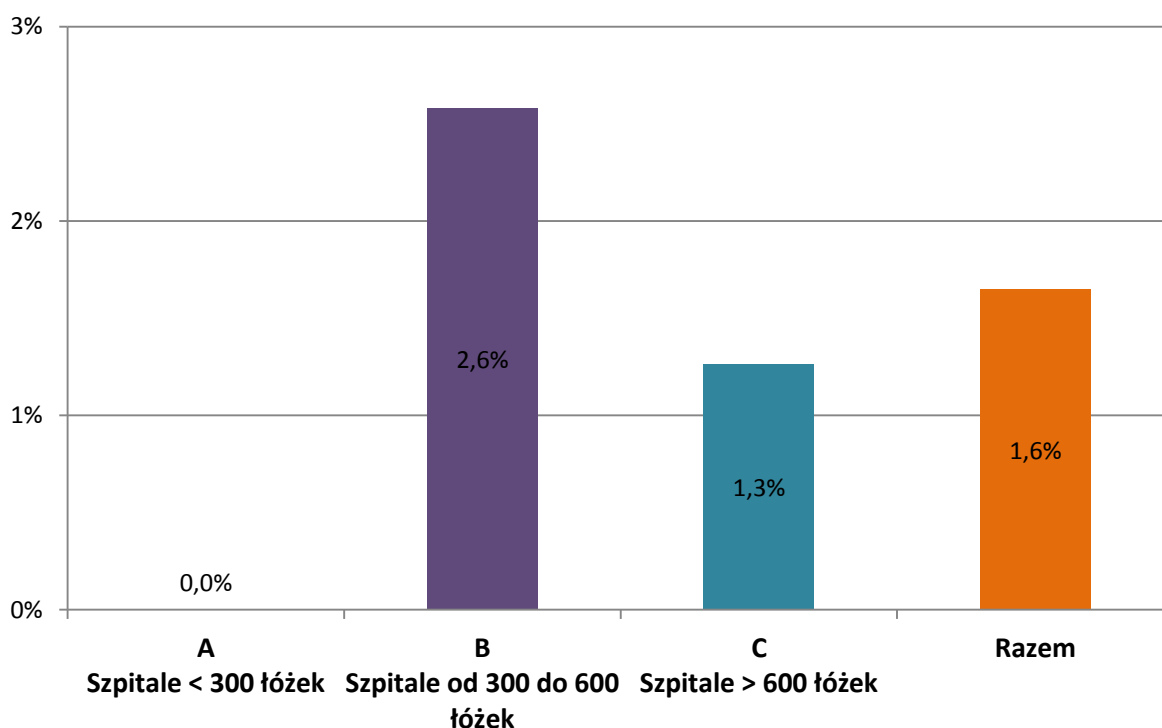
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Trzecią grupą produktową w obszarze zużywalnych materiałów i wyrobów medycznych objętych badaniem stanowią tak zwane obłożenia, precyzyjnie określane jako jednorazowe obłożenia pola operacyjnego, umożliwiające funkcjonalne i bezpieczne obłożenie pacjenta przed zabiegiem. Stosuje się je w każdej dziedzinie medycyny zabiegowej i służą one zwiększeniu bezpieczeństwa zarówno pacjenta, jak i personelu medycznego. Wykres 35 przedstawia wyniki badania w zakresie średnich wartości wydatków w kategorii obłożenia w relacji do kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne. Wartość uśredniona dla wszystkich grup szpitali wyniosła 0,8% dla całego okresu czterech lat, zaś rozpiętość wyników pomiędzy kategoriami – od 0,3% dla grupy A i C szpitali, do 1,3% dla grupy B.

Następna grupa produktów objętych badaniem to sprzęt jednorazowy z zakresu kardiologii inwazyjnej. Są to produkty używane do diagnostyki, terapii i mapingu serca oraz u pacjentów z chorobami naczyń krwionośnych. Należą do nich przede wszystkim: cewniki naczyniowe, protezy (stenty, grafty) naczyniowe. Wyniki w tym zakresie przedstawia wykres 36, z którego wynika, że w szpitalach typu A jakie znalazły się w próbie badawczej, w ogóle nie są ponoszone wydatki na tego typu asortyment. Wynika to ze specyfiki działalności kardiologów interwencyjnych, którzy wykonują procedury tylko w pracowniach hemodynamiki. Pomimo notowanego w Polsce w ostatnich kilkunastu latach wysokiego

tempa rozwoju całej kardiologii, jako dziedziny medycyny, w tym kardiologii interwencyjnej będącej jej podspecjalnością, pracownie hemodynamiki są usytuowane tylko w części szpitali i – co naturalne – raczej w placówkach większych lub specjalistycznych. Część procedur jest wprowadzanie realizowana także przez lekarzy innych specjalności, jak chirurdzy naczyniowi i kardiochirurdzy, jednak tacy również pracują w większych ośrodkach.

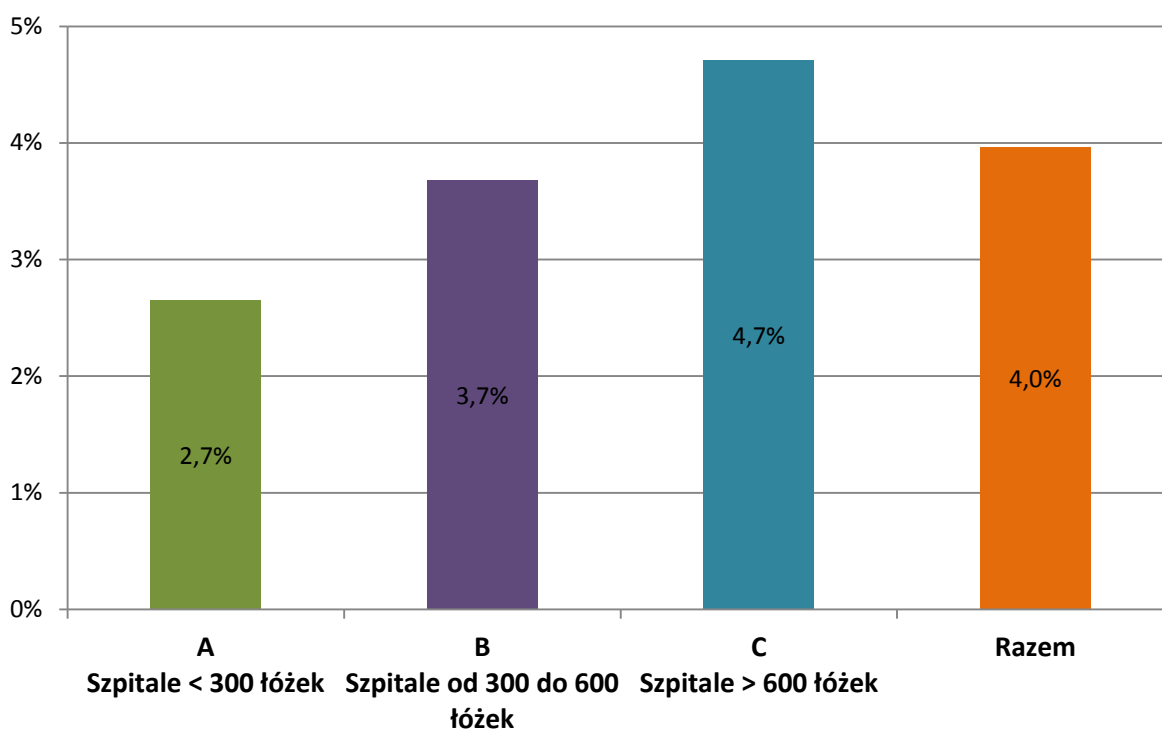
W dwóch pozostałych grupach – C i B, poziom wydatków wyniósł odpowiednio 1,3% oraz 2,6% w relacji do kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne. Zatem wartość uśredniona dla wszystkich placówek realizujących tego typu zakupy, w czteroletnim okresie objętym badaniem, wniosła 1,6%. Z uwagi na to, że liczba pracowni hemodynamiki w Polsce stale wzrasta, można prognozować rosnące zapotrzebowanie w zakresie zaopatrzenia w sprzęt jednorazowy z zakresu kardiologii inwazyjnej. Nawet jeśli dynamika wzrostu tych ośrodków osłabnie lub nawet zostanie zahamowana, będą kontynuowane działania na rzecz poprawy dostępu pacjentów do procedur, między innymi na drodze skrócenia czasu oczekiwania na nią, w już istniejącej infrastrukturze. Trendy te będą skutkowały dalszym stałym wzrostem potrzeb zakupowych, co potencjalnie może zwiększać udział kosztów zaopatrzenia tej grupy asortymentowej w całości wydatków na zaopatrzenie medyczne szpitali.



Wykres 36. Porównanie kwoty wydatków na *Sprzęt jednorazowy z zakresu kardiologii inwazyjnej* do *Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

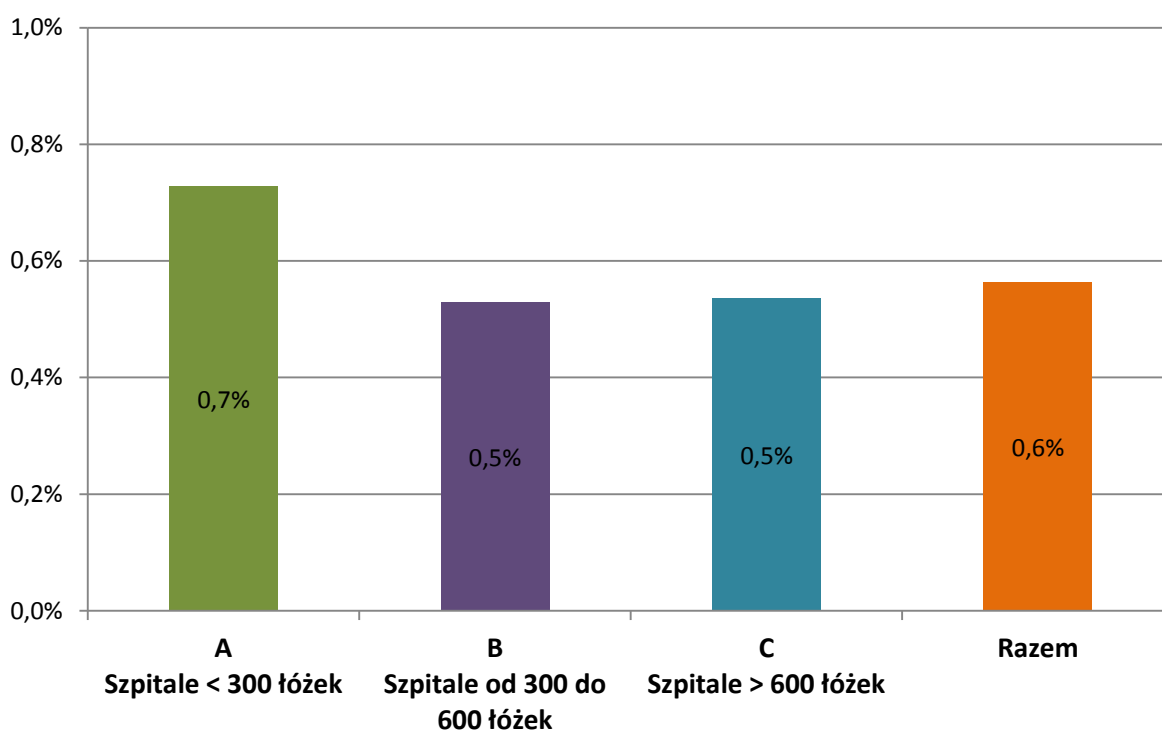
Największą kwotę wydatków w stosunku do kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne, wśród badanych grup asortymentowych, zanotowano dla kategorii produktów określonej jako sprzęt jednorazowy ogólnomedyczny. Jak ilustruje wykres 37, wartość średnia dla wszystkich trzech grup szpitali dla okresu objętego badaniem, wyniosła 4% budżetu szpitala, zaś wartości w poszczególnych grupach mieściły się w przedziale od 2,7 % do 4,7%. W przypadku tego asortymentu, kwoty wydatków rosły wprost proporcjonalnie do wielkości szpitali, były więc najwyższe w grupie C. Powodem, dla którego jest to grupa o najwyższych kosztach zaopatrzenia jest jej różnorodność i liczebność pozycji asortymentowych oraz, przede wszystkim, wolumen zakupów. Ten z kolei wynika wprost z wielkości placówki, a więc ilości wykonywanych procedur, co tłumaczy zróżnicowanie wyników w grupach szpitali, widoczne na wykresie.



Wykres 37. Porównanie kwoty wydatków na *Sprzęt jednorazowy ogólnomedyczny* do *Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Owa różnorodność asortymentowa tej grupy wynosząca nawet kilkaset pozycji asortymentowych, obejmuje na przykład takie pozycje jak: akcesoria do transfuzji i infuzji, produkty do regionalnej anestezji, cewniki do żył, produkty do drenażu i odsysania, zestawy do biopsji oraz wiele innych kategorii produktów stosowanych w zależności od specyfiki procedur i profilu placówki.

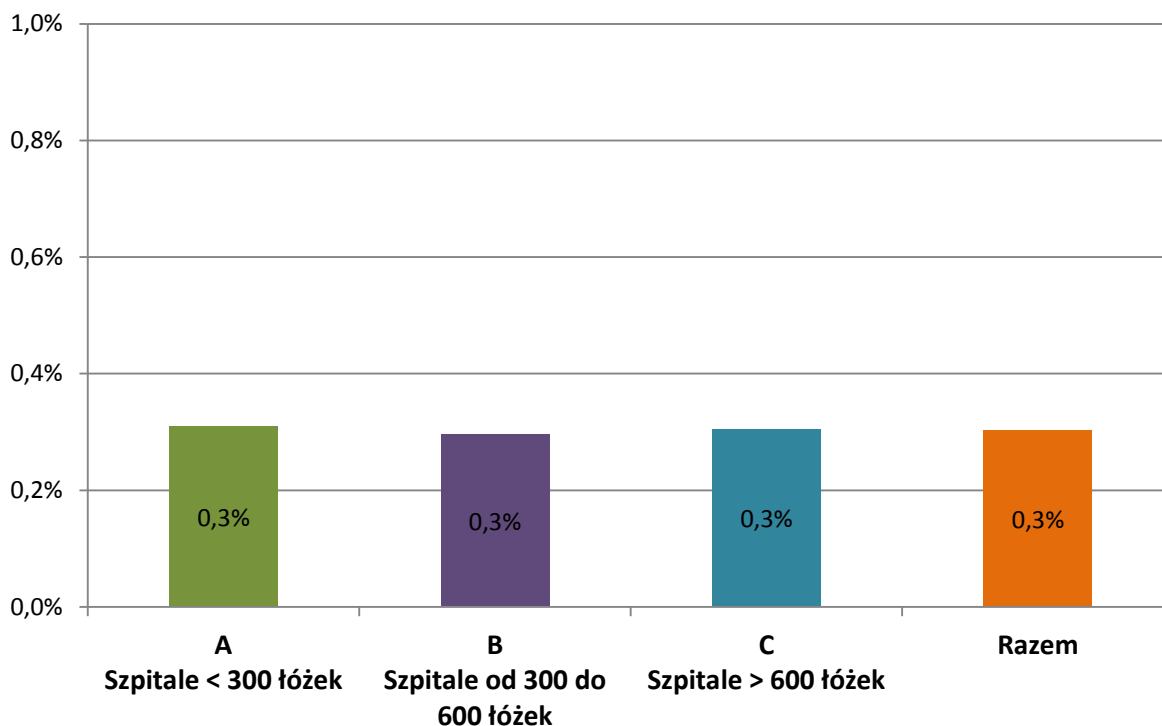
Szósty z kolei obszar asortymentowy zawarty w ankiecie to materiały Szewne – wykres 38. Należą do nich przede wszystkim nici chirurgiczne, jak również wszelkie inne materiały i systemy służące do zespożeń cięć wykonywanych w polu operacyjnym podczas procedur naprawczych, rekonstrukcyjnych, jak na przykład staplery skórne, klipsy i tym podobne. W grupie materiałów szewnych znaleźć można także często produkty specjalistyczne, jak na przykład służące do hemostazy, czyli hamowania krwawienia podczas zabiegów operacyjnych, to jest różnego rodzaju gąbki, woski etc. Dominują jednak syntetyczne nici chirurgiczne, zarówno pojedyncze, jak też w specjalistycznych zestawach przygotowywanych do konkretnych wskazań zabiegowych. Produktami wytwarzanymi na bazie nici chirurgicznych i także należącymi do grupy materiałów szewnych, są implanty stosowane w ubytkach powięzi, czyli siatki przepuklinowe.



Wykres 38. Porównanie kwoty wydatków na *Materiały szewne* do *Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

W badanym panelu szpitali, średnia wartość wydatków na materiały szewne w stosunku do kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne, wyniosła 0,56%, zaś różnice pomiędzy grupami szpitali kształtowały się w zakresie od 0,53% do 0,73% tej kwoty. Relatywnie duża różnica pomiędzy kosztami w grupach skrajnych pod względem wielkości, czyli A i C może wynikać z faktu, że w dużych szpitalach – często wielospecjalistycznych i dysponujących bardziej rozbudowaną infrastrukturą sprzętową (choć nie jest to regułą), stosuje się więcej małoinwazyjnych technik operacyjnych, które wymagają dużo mniej tradycyjnych materiałów szewnych, bądź też eliminują je w ogóle.

Najbardziej homogeniczne wyniki uzyskano w ostatniej kategorii produktów, jakimi jest dezynfekcja medyczna. Jak pokazuje wykres 39, w każdej z trzech grup szpitali, średnie - z czterech analizowanych lat - wydatki na dezynfekcję medyczną wyniosły 0,3% kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne. Asortyment z tego obszaru obejmuje środki do mycia i dezynfekcji w szpitalach w następujących dziedzinach: mycie rąk i całego ciała, odkażanie rąk, skóry, błon śluzowych i ran, mycie i dezynfekcja narzędzi, dezynfekcja powierzchni. Nie zalicza się do nich produktów służących do utrzymania czystości, czyli typowych produktów chemicznych, możliwych do szerszego zastosowania – także pozaszpitalnego.

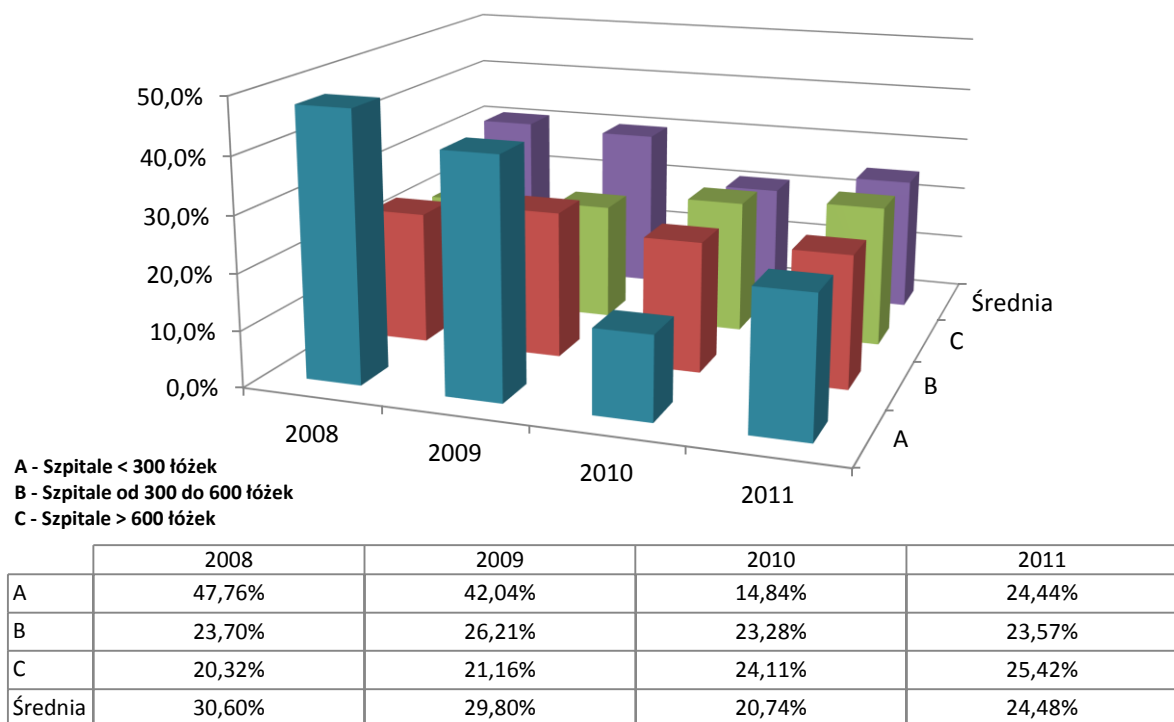


Wykres 39. Porównanie kwoty wydatków na *Dezynfekcję medyczną* do Kwoty *bezwzględnej na leczenie szpitalne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Przedstawiona dotychczas interpretacja wyników badań była porównaniem, pomiędzy wielkością wydatków na poszczególne - wyodrębnione na potrzeby pracy - kategorie ze zbioru zużywalnych materiałów i wyrobów medycznych, a kwotą bezwzględną na leczenie szpitalne, czyli wielkością rocznego kontraktu danego szpitala z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zilustrowane na wykresach od 33 do 39 dane, dają jednak jedynie bardzo ogólne i kierunkowe spojrzenie na wymiar podjętego zagadnienia kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali. W celu pogłębienia problematyki i wyciągnięcia dalej idących wniosków, autor dokonał analizy przebiegu zmian wydatków poszczególnych kategorii zaopatrzenia w czasie, w ramach analizowanego okresu, to jest czterech lat od 2008 roku do 2011 roku.

Analogicznie do wykresu 33, na wykresie 40 przedstawiono porównanie sumy wydatków na zużywalne materiały i wyroby medyczne (punkt III.I. w ankiecie) oraz na leki (odpowiednio III.II.) do kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne, to jest wartości kontraktu z NFZ.



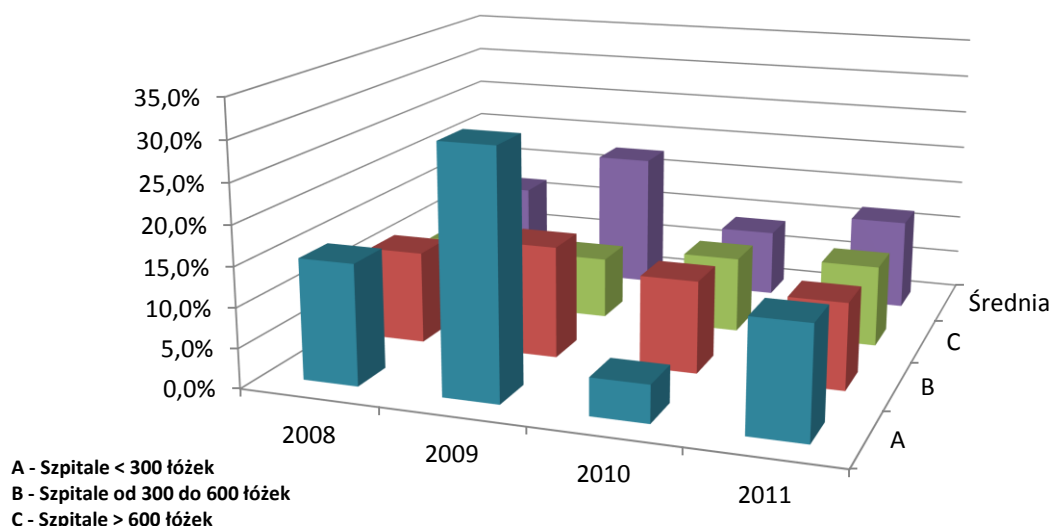
Wykres 40. Porównanie sumy wydatków na *Zużywalne materiały i wyroby medyczne* (punkt III.I. w ankiecie) oraz na *Leki* (odpowiednio III.II.) do *Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne*, to jest wartości kontraktu z NFZ. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Dodatkowo ukazano tutaj wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem. Wartości średnie dla wszystkich trzech grup szpitali mieszczą się w przedziale od 20,74% do 30,60% kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne, przy czym wartość najniższą odnotowano w 2010 roku, a najwyższą w 2008 roku. Na podstawie tego faktu nie można jednak postawić tezy o malejących kosztach zaopatrzenia medycznego szpitali, gdyż znaczące odchylenie od średniej wystąpiło w zasadzie tylko w grupie A szpitali, w jednym – 2010 roku. Mogło to wynikać z kilku przyczyn, a najbardziej prawdopodobną jest znacząca różnica w wartości kontraktu z NFZ w tym roku w jakiejś grupie szpitali. Dlatego też warto analizować łącznie dane przekrojowe w czasie (tutaj rysunek 40) oraz dane uśrednione dla całego okresu badawczego.

Wykres 40 ukazuje także, że koszty zaopatrzenia medycznego najbardziej zbliżone do siebie pomiędzy trzema grupami szpitali odnotowano w 2011 roku. Na przestrzeni czterech analizowanych lat widać wyraźnie zmniejszającą się dysproporcję w wielkościach wydatków pomiędzy tymi trzema grupami szpitali, co może być pewną oznaką wyrównywania się cen dla poszczególnych odbiorców na rynku medycznym. Łączna wartość wydatków na zużywalne materiały i wyroby medyczne oraz na leki, oscylująca w 2011 roku wokół 25% kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne w każdej z trzech grup szpitali ukazuje niewątpliwie, jak istotna jest racjonalizacja kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali.

Wykresy 41 i 42 są dalszym pogłębieniem tej analizy, w postaci rozbicia całej kategorii jaką jest zaopatrzenie medyczne, na dwie grupy – wyrobów medycznych oraz leków i zmiany wydatków w czteroletnim okresie, w relacji do całkowitego budżetu szpitala. Widać z nich, że efekt relatywnie niskich – w porównaniu do pozostałych lat – kosztów zaopatrzenia tych dwóch obszarów asortymentowych łącznie, w grupie A szpitali w 2010 roku, był spowodowany niższymi wydatkami na wyroby, a nie na leki.



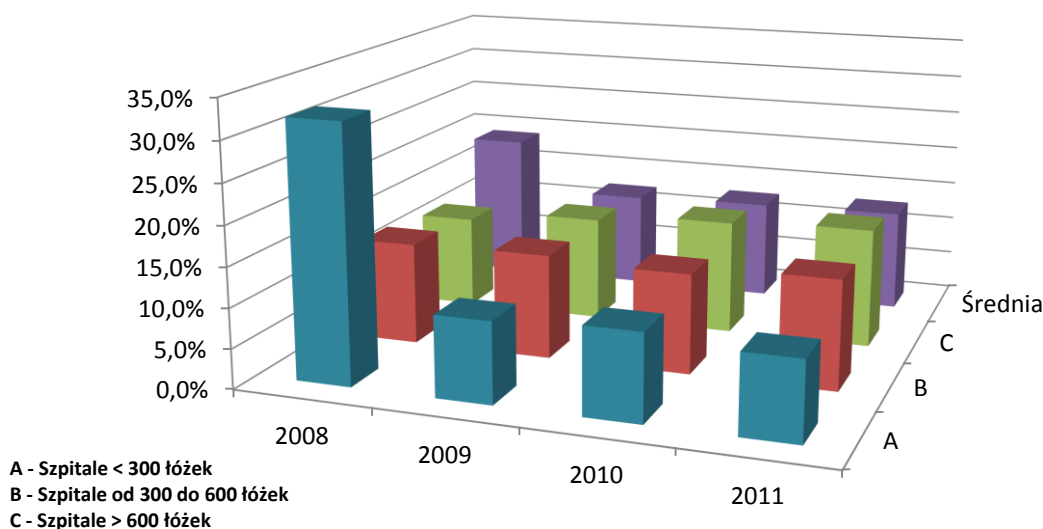
	2008	2009	2010	2011
A	15,14%	30,55%	4,67%	13,84%
B	11,67%	14,14%	11,62%	10,85%
C	8,54%	7,87%	9,64%	10,30%
Średnia	11,78%	17,52%	8,64%	11,66%

Wykres 41. Porównanie kwoty wydatków na *Zużywalne materiały i wyroby medyczne (III.I.)* do *Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Ujmując średnio w każdym z analizowanych lat, obydwie grupy są równoważne w zakresie nakładów wymaganych na ich zakup, z delikatną przewagą wyższych kwot wydatków na leki, w stosunku do wydatków na wyroby medyczne. Jeśli chodzi o zużywalne materiały i wyroby medyczne (wykres 41), wartości są dużo bardziej zróżnicowane zarówno w czasie, jak i pomiędzy kategoriami szpitali. Mniejsze dysproporcje w kosztach zaopatrzenia w leki (wykres 42) mogą wynikać zarówno z większej względnej stabilności cen na leki w porównaniu ze sprzętem medycznym, jak też z bardziej restrykcyjnych regulacji dotyczących marż cenowych w obrocie lekami.

Argumentem nie mniej istotnym jest fakt znacznie niższej substytucyjności produktów leczniczych w porównaniu z wyrobami medycznymi. W przypadku leków wysoce specjalistycznych często nie ma alternatywnych terapii farmakologicznych. Z kolei w przypadku leków mniej zaawansowanych, najprostszym zamiennikiem jest lek generyczny, który może spełniać wymagania specyfikacji przetargowej zamawiającego. Niska substytucyjność oznacza słabą wrażliwość cenową na potencjalne produkty konkurencyjne. Zupełnie inna sytuacja dotyczy wyrobów medycznych, dla których – w zależności od



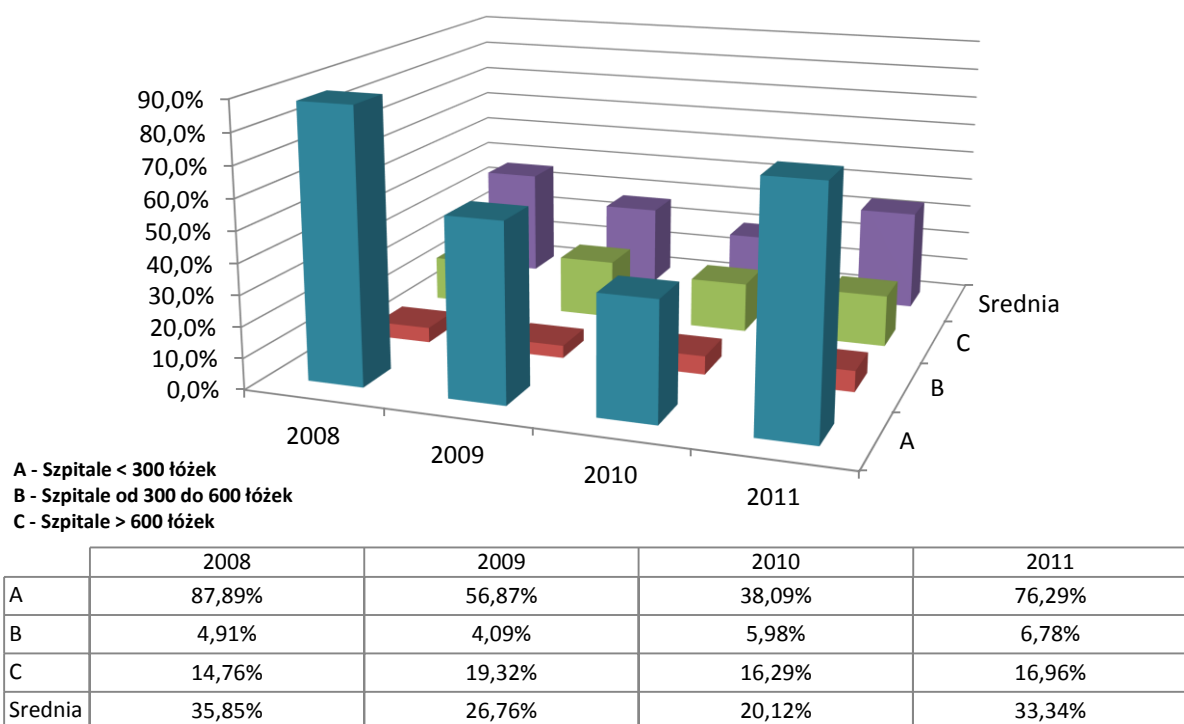
	2008	2009	2010	2011
A	32,09%	10,18%	10,90%	9,90%
B	12,86%	13,15%	12,58%	13,73%
C	11,79%	13,29%	14,47%	15,12%
Średnia	18,91%	12,21%	12,65%	12,92%

Wykres 42. Porównanie kwoty wydatków na *Leki* (III.II.) do *Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

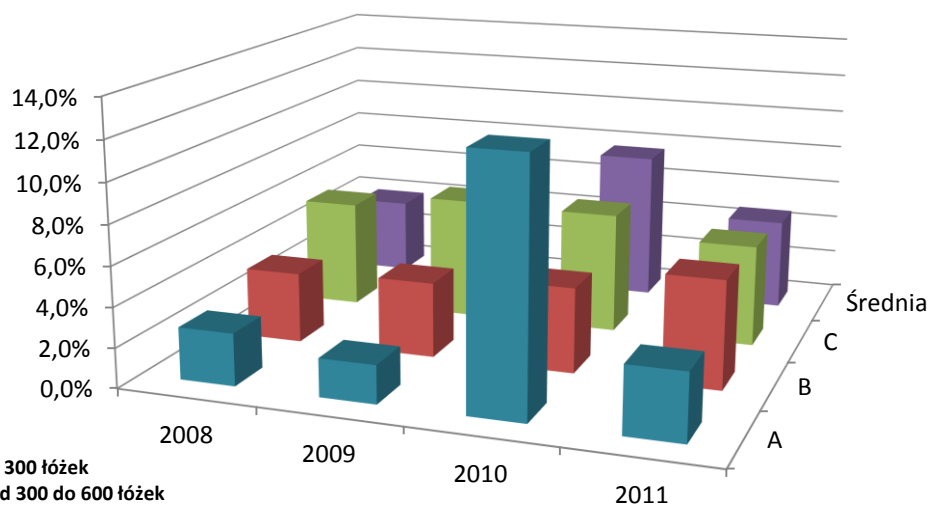
asortymentu – istnieje często wiele produktów alternatywnych, spełniających te same funkcje, bądź wręcz tańszych kopii. Wzrost ilości zamienników na wielu runkach światowych nastąpił szczególnie w ostatnich kilkunastu latach, głównie pod wpływem importu ze Wschodu. Takim trendom sprzyja nadawanie szczególnej rangi kryterium ceny w postępowaniach przetargowych. Stosowana coraz rzadziej ocena jakości i jej formalizowanie w postępowaniu w postaci ustanawiania takiego, dodatkowego obok cen, kryterium oraz nadawanie mu znaczącej wagi, ograniczyłyby łatwość dostępu oferty tańszej, lecz nie zawsze dorównującej jakością. Sytuacja względnie łatwego dostępu do rynku szpitalnego konkurentów o zróżnicowanym poziomie cenowy oferty, powoduje notowany w prowadzonych badaniach efekt dużego zróżnicowania faktycznych kosztów zaopatrzeni medycznego zarówno w czasie, jak i pomiędzy podmiotami.

W celu uzyskania lepszej czytelności danych dotyczących kosztów zaopatrzenia medycznego szczegółowych kategorii asortymentowych, na wykresach 43 do 49 zilustrowano relację wysokości nakładów na ich zakup w stosunku do kosztów zaopatrzenia tylko w wyroby medyczne, a nie do całości przychodów szpitala (kontraktu z NFZ), jak na wcześniejszych wykresach 33 do 39.



Wykres 43. Porównanie kwoty wydatków na *Materiały ortopedyczne* do kwoty wydatków na *Zużywalne materiały i wyroby medyczne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

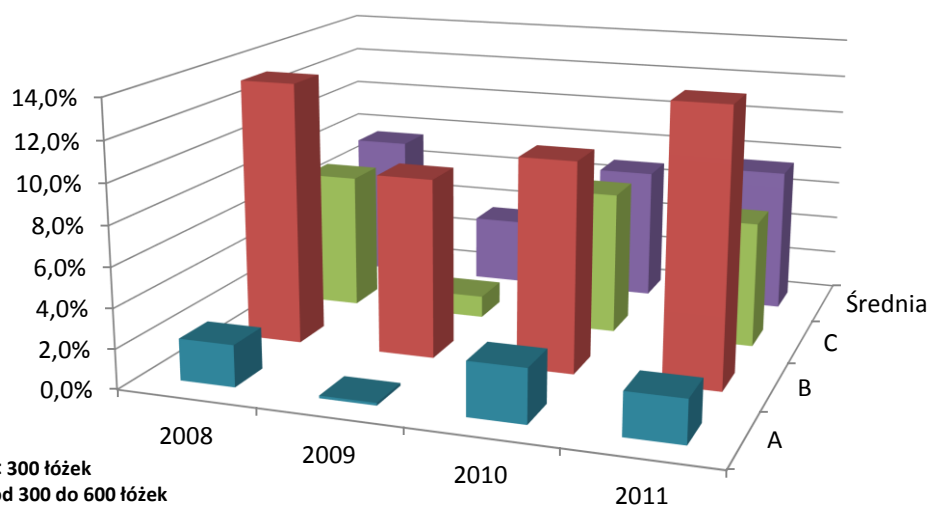


A - Szpitale < 300 łózek
 B - Szpitale od 300 do 600 łózek
 C - Szpitale > 600 łózek

	2008	2009	2010	2011
A	2,62%	1,92%	12,42%	3,34%
B	3,56%	3,79%	4,29%	5,43%
C	5,47%	6,22%	6,13%	5,14%
Średnia	3,88%	3,98%	7,61%	4,64%

Wykres 44. Porównanie kwoty wydatków na *Opatrunki* do kwoty wydatków na *Zużywalne materiały i wyroby medyczne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

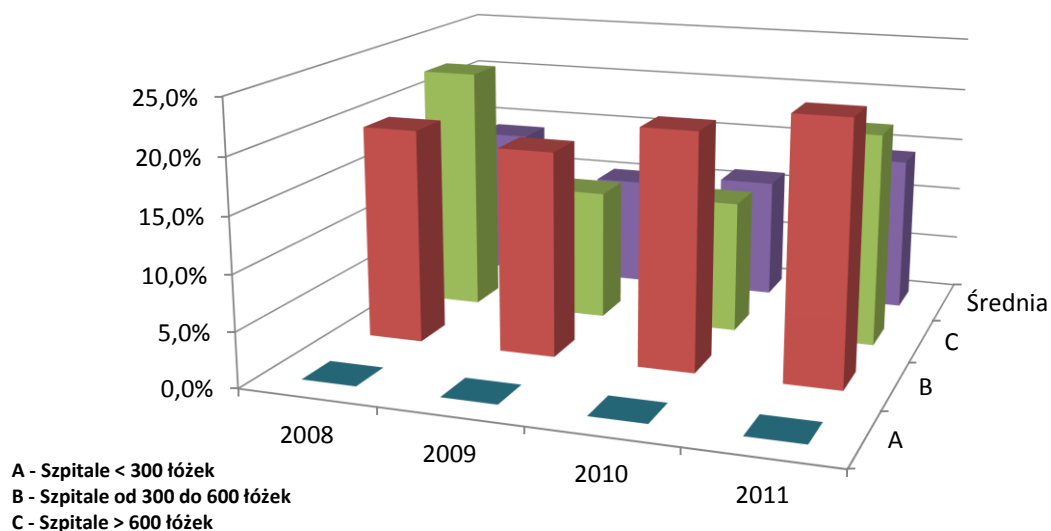


A - Szpitale < 300 łózek
 B - Szpitale od 300 do 600 łózek
 C - Szpitale > 600 łózek

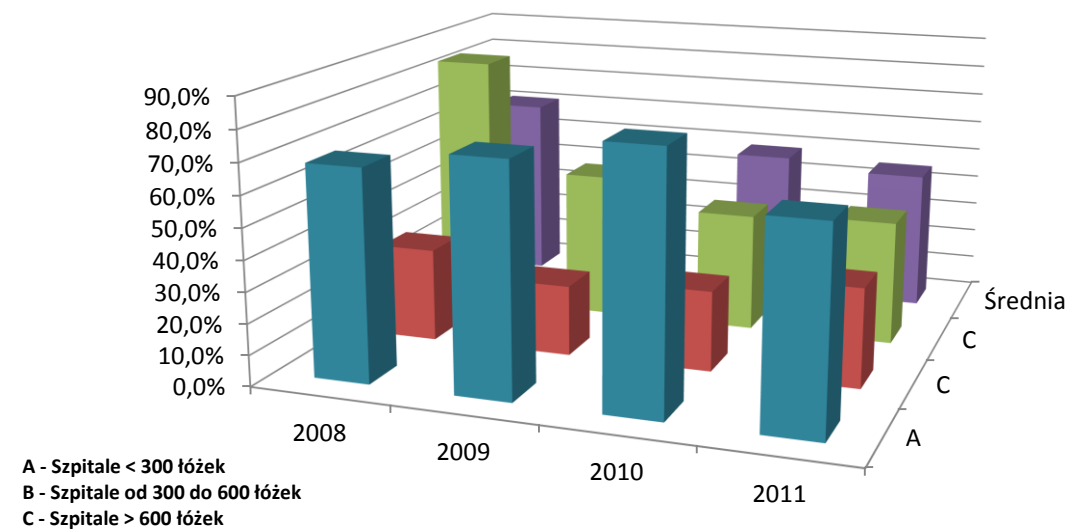
	2008	2009	2010	2011
A	2,10%	0,13%	2,69%	2,15%
B	13,36%	9,09%	10,55%	13,73%
C	7,01%	1,12%	7,27%	6,38%
Średnia	7,49%	3,45%	6,84%	7,42%

Wykres 45. Porównanie kwoty wydatków na *Obłożenia* do kwoty wydatków na *Zużywalne materiały i wyroby medyczne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.

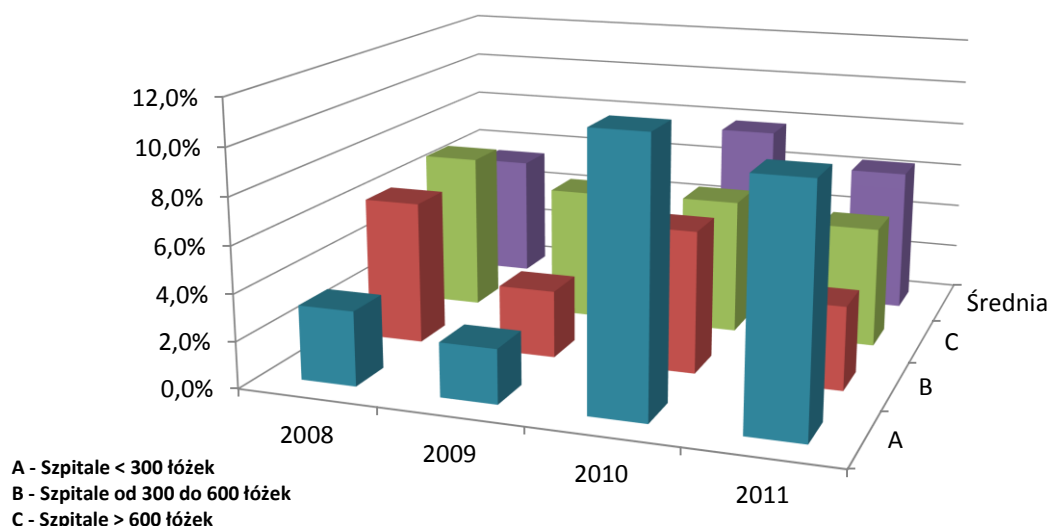
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.



Wykres 46. Porównanie kwoty wydatków na *Sprzęt jednorazowy z zakresu kardiologii inwazyjnej* do kwoty wydatków na *Zużywalne materiały i wyroby medyczne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

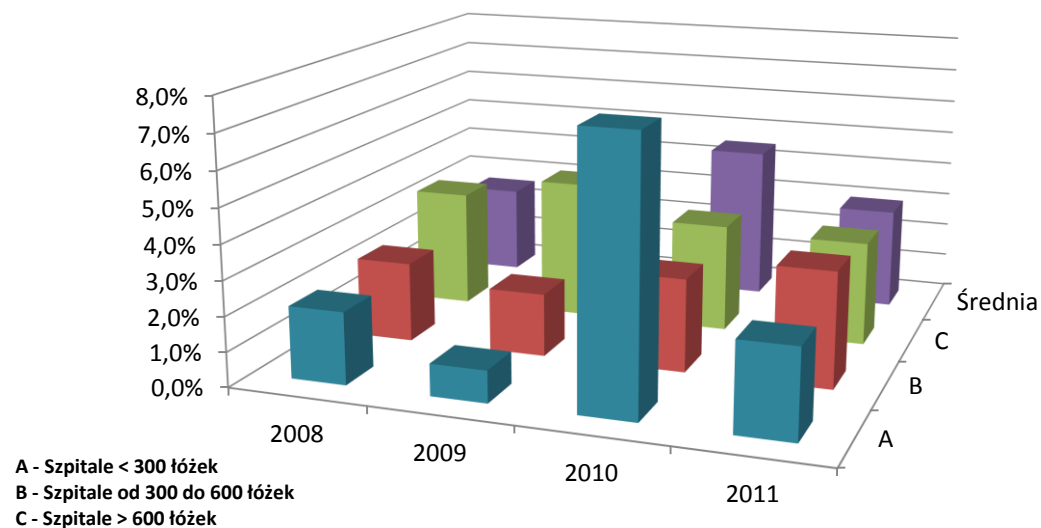


Wykres 47. Porównanie kwoty wydatków na *Sprzęt jednorazowy ogólnomedyczny* do kwoty wydatków na *Zużywalne materiały i wyroby medyczne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.
Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.



Wykres 48. Porównanie kwoty wydatków na *Materiały szewne* do kwoty wydatków na *Zużywalne materiały i wyroby medyczne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.



Wykres 49. Porównanie kwoty wydatków na *Dezynfekcję medyczną* do kwoty wydatków na *Zużywalne materiały i wyroby medyczne*. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza wyników szczegółowych porównań kwot wydatków, w obrębie każdej z siedmiu wyodrębnionych grup asortymentowych wyrobów medycznych, do całkowitych wydatków na zużywalne materiały i wyroby medyczne (wykresy 43 do 49), w układzie podziału na lata, pozwala na wyciągnięcie kilku wniosków, z których trzy wydają się zasadnicze.

Po pierwsze, kategorią która determinuje całą grupę oznaczoną w badaniu jako Zużywalne materiały i wyroby medyczne, a więc współtworzącą – wraz z kategorią Leki – całościowy obszar zaopatrzenia medycznego, jest grupa: Sprzęt jednorazowy ogólnomedyczny. Wynika to z faktu, że w latach 2008-2010, ankietowane szpitale przeznaczały na jej zakup od 45,53% do 60,89% wszystkich wydatków na zużywalne materiały i wyroby medyczne (wykres 47). Wydatki dla pozostałych kategorii nie przekraczały 36 % (wyroby ortopedyczne), a najczęściej wynosiły poniżej 10% kwoty łącznej wydatków na wyroby medyczne.

Tabela 28. Średnie oraz odchylenia standardowe, dla procentowych wydatków na poszczególne grupy asortymentowe, w relacji do całości wydatków na zużywalne materiały i wyroby medyczne, w czterech badanych latach, we wszystkich trzech kategoriach szpitali.

Grupy asortymentowe		Wartość średnia z kategorii szpitali: A, B i C				Średnia	Odchylenie standardowe
		2008	2009	2010	2011		
1	Materiały ortopedyczne	35,9%	26,8%	20,1%	33,3%	29,0%	7,1%
2	Opatrunki	3,9%	4,0%	7,6%	4,6%	5,0%	1,8%
3	Obłożenia	7,5%	3,4%	6,8%	7,4%	6,3%	1,9%
4	Sprzęt jednorazowy z zakresu kardiologii inwazyjnej	14,0%	10,2%	11,1%	14,3%	12,4%	2,1%
5	Sprzęt jednorazowy ogólnomedyczny	60,9%	48,3%	48,7%	45,5%	50,9%	6,8%
6	Materiały szewne	5,4%	3,7%	7,8%	6,3%	5,8%	1,7%
7	Dezynfekcja medyczna	2,6%	2,3%	4,5%	3,0%	3,1%	1,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Po drugie, każdy obszar asortymentowy cechuje duże zróżnicowanie wartości wydatków, uzyskanych średnio dla wszystkich trzech grup, porównywanych pomiędzy latami.

Tabela 29 zawiera średnie oraz odchylenia standardowe, dla procentowych wydatków na poszczególne grupy asortymentowe, w relacji do całości wydatków na zużywalne materiały i wyroby medyczne, w czterech badanych latach, we wszystkich trzech kategoriach szpitali. Dane w postaci wartości średnich dla kategorii w latach, są tożsame z danymi zawartymi w tabelach pod wykresami od 43 do 49.

W zależności od asortymentu, różnice wynoszą od blisko 50% do ponad 100% różnicy pomiędzy rokiem o wydatkach najniższych, a rokiem o najwyższych. Dla poszczególnych grup asortymentowych mieściły się one w następujących przedziałach wartości, zmieniających się w czterech latach objętych badaniem:

- 1) materiały ortopedyczne: 20,1% - 35,9% (wykres 43);
- 2) opatrunki: 3,88% - 7,61% (wykres 44);
- 3) obłożenia: 3,45% - 4,49% (wykres 45);
- 4) sprzęt jednorazowy z zakresu kardiologii inwazyjnej: 10,17% - 14,25% (wykres 46);
- 5) sprzęt jednorazowy ogólnomedyczny: 45,53% - 60,89% (wykres 47);
- 6) materiały szewne: 3,7% – 7,8% (wykres 48);
- 7) dezynfekcja: 2,3% - 4,5% (wykres 49).

Po trzecie, nie mniejsze różnice w wielkościach wydatków można zaobserwować pomiędzy grupami szpitali, w ramach tego samego roku. Dotyczy to także niemal wszystkich grup asortymentowych, z których najbardziej homogeniczną, pod względem zróżnicowania cen wśród grup szpitali, praktycznie w każdym z ankietowanych lat – okazała się dezynfekcja medyczna. Dla wszystkich pozostałych grup produktów, różnice w poszczególnych latach pomiędzy grupami szpitali również sięgały kilkudziesięciu procent.

Przedstawione wyniki badań w zakresie poziomu wydatków na zakup poszczególnych grup asortymentowych wyrobów medycznych oraz leków, w relacji zarówno do kwot bezwzględnych na leczenie szpitalne, jak też w odniesieniu do wydatków na zużywalne materiały i wyroby medyczne prowadzą do następujących konkluzji:

- w panelu szpitali objętych badaniem i podzielonym na trzy grupy A, B i C, ze względu na liczbę łóżek, da się zauważyć prawidłowość, że im większy jest szpital pod względem ilości miejsc dla pacjentów, tym większe możliwości zabiegowe – dzięki rosnącej wielkości bloku operacyjnego, mierzonej ilością sal. Większe placówki uzyskują także większe wartości kontraktów z NFZ (wykresy 28, 29 i 30);

- wraz ze wzrostem ilości łóżek w poszczególnych grupach szpitali, maleje suma wydatków na zużywalne materiały i wyroby medyczne oraz na leki, w relacji do Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne, to jest wartości kontraktu z NFZ (wykres 32). Zdaniem autora, wynikać to może z dwóch przyczyn:
 - po pierwsze, mniejsze szpitale nie są w stanie uzyskać tak dobrych warunków zakupu jak większe placówki, gdyż wolumen deklарowanych przez nie potrzeb zakupowych nie pozwala uzyskać odpowiedniego efektu skali;
 - po drugie, wraz ze wzrostem wielkości placówki, rosnać mogą koszty inne niż wydatki z tytułu zaopatrzenia medycznego, na przykład:
 - koszty z tytułu terapii niestandardowych, programów terapeutycznych, nie ujętych w lekach,
 - koszty prowadzenia specjalistycznych ośrodków w tych placówkach, jak: radio i chemoterapia, stacja dializ,
 - koszty utrzymania infrastruktury, koszty administracyjne oraz inne;
- blisko 25% całkowitych wartości kontraktów z NFZ, a tym samym kwot bezwzględnych na leczenie szpitalne w ciągu czterech lat objętych badaniem, w przyjętej grupie szpitali (wykres 32), pochłonęły wydatki przeznaczane łącznie na obydwie kategorie składające się na zaopatrzenie medyczne, to jest zużywalne materiały i wyroby medyczne oraz leki. Ukazuje to skalę potencjalnego obszaru do działań w zakresie konsolidacji zakupów na tym rynku. Przy czym należy podkreślić, że jeśli chodzi o wyroby medyczne - jest to odniesienie tylko do sprzętu jednorazowego, podczas gdy przedmiotem wspólnych zakupów mogą być również wyroby medyczne trwałego użytku, nie wspominając o innych sferach potrzeb zakupowych szpitali, co było przedstawiane wcześniej w pracy;
- wartości wydatków na poszczególne grupy asortymentowe produktów, średnie dla trzech grup szpitali, cechują duże odchylenia standardowe w czterech kolejnych latach, przy czym nie da się zaobserwować jednoznacznych trendów w czasie. Równie duże i niejednoznaczne zróżnicowanie występowało pomiędzy grupami szpitali w danym roku, dla którego analizowano koszty realizowanych zakupów. Taka charakterystyka wielkości wydatków świadczyć może o następujących zjawiskach:
 - mogą występować znaczne trudności zarówno w sprawozdawczości i analizie, jak i prognozowaniu kosztów zaopatrzenia medycznego;
 - szpitale nie dyskontują efektu skali wynikającego ze zróżnicowania ich wielkości, w sposób:
 - systematyczny – brak trendów w czasie, w badanym okresie,

- konsekwentny – brak takich prawidłowości w zestawieniu kolejnych grup asortymentowych, w relacji do całości wydatków na wyroby medyczne i leki;
- najbardziej kosztotwórczą grupą asortymentową jest sprzęt jednorazowy ogólnomedyczny, który pochłania średnio, blisko 2/3 wydatków (wykres 47) na zużywalne materiały i wyroby medyczne i tym samym około 4% całego budżetu szpitala. Jednocześnie, jak scharakteryzowano wcześniej, jest to szeroka grupa bardzo zróżnicowanego asortymentu, o dużej liczbie całkowicie odmiennych kodów produktowych. Skala wydatków na tę grupę, stanowiąca o jej istotności wymaga, aby była ona przedmiotem szczególnej troski w zakresie uzyskiwania maksymalnej efektywności kosztów jej zakupu. Tymczasem, różnorodność asortymentowa dyktuje konieczność dysponowania szeroką wiedzą specjalistyczną z wielu dziedzin i zakresów zastosowania poszczególnych produktów, co wydaje się niezwykle trudne lub wręcz niemożliwe do zapewnienia, jedynie w ramach zasobów służb zaopatrzeniowych, w każdym szpitalu z osobna. W efekcie, konieczne jest zaangażowanie fachowego personelu medycznego, który musi poświęcić dodatkowe zasoby na działania nie związane bezpośrednio ze świadczeniem usług zdrowotnych. Jest to bodaj najbardziej wyrazisty przykład dla zastosowania outsourcingu działań, służących organizacji zaopatrzenia takiego asortymentu – wykwalifikowanym siłom poza szpitalem, które działając dodatkowo dla grupy szpitali, mogą dokonać standaryzacji asortymentu oraz uzyskać lepsze warunki cenowe zakupu, dzięki negocjacom wolumenu zakupów, będącego sumą potrzeb podmiotów, składających się na grupę.

Racjonalizacja kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali, realizowana na drodze konsolidacji zakupów, może być osiągnięta dzięki uruchomieniu potencjałów tkwiących w wielu obszarach zarządzania podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne.

Podstawowym źródłem jest obniżenie kosztów rzeczowych zakupów medycznych, możliwe do osiągnięcia dzięki połączeniu popytu podmiotów tworzących grupę zakupową. Skala potrzeb zakupowych kluczowych pozycji z zakresu zaopatrzenia medycznego, w wyłonionym panelu badawczym szpitali, była przedmiotem badań realizowanych z wykorzystaniem narzędzia w postaci przedstawionej wcześniej i scharakteryzowanej szczegółowo, co do struktury, ankiety – w jej częściach od I do IV.

Drugim istotnym źródłem racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego jest rewizja sposobu organizacji i przebiegu postępowań przetargowych niezbędnych do realizacji zaopatrzenia medycznego szpitali, w realiach polskiego ustawodawstwa. Część V ankiety

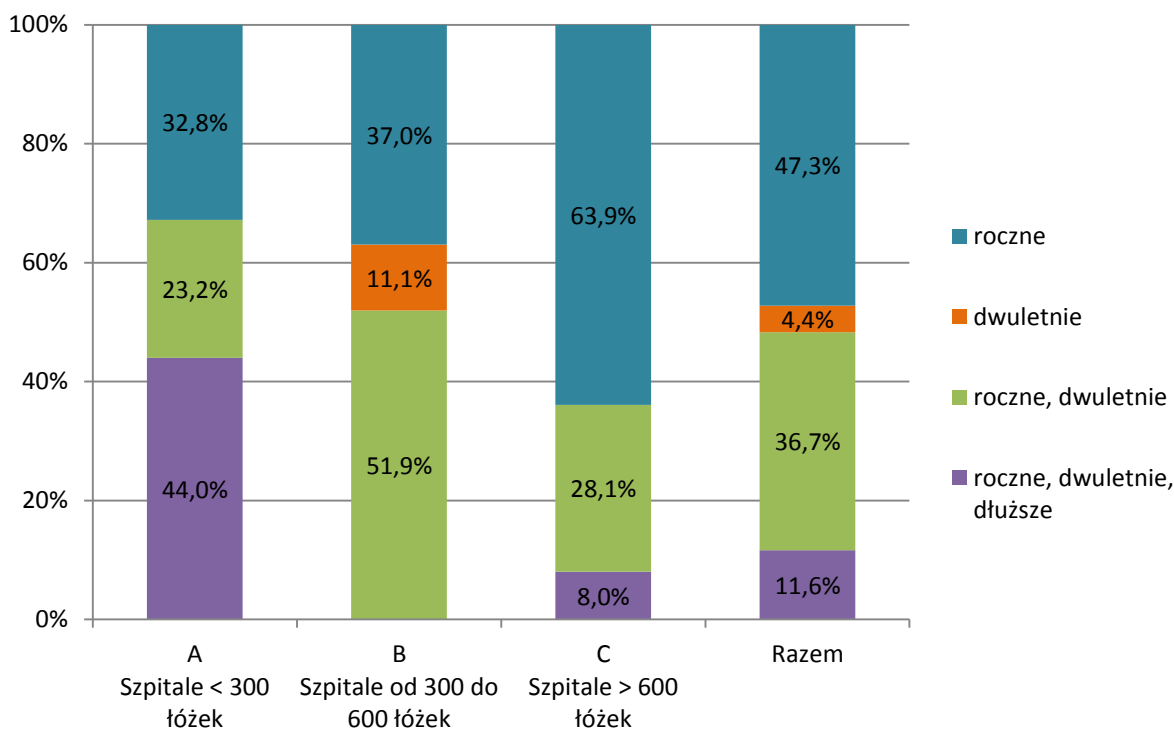
zawiera pięć pytań, które zadawano w celu uzyskania obrazu i przeanalizowania stanu organizacji i przebiegu przetargów prowadzonych w szpitalach polskich, w zakresie zaopatrzenia medycznego. Poruszono następujące zagadnienia i problemy:

- 1) na jaki czas przetargi są ogłaszane, co jest tożsame z długością umów poprzetargowych, w ramach których zaopatrzenie medyczne jest nabywane na warunkach wynikających z rozstrzygnięcia przetargu;
- 2) jaki nakład pracy niezbędny jest do realizacji zaopatrzenia medycznego, dzięki zebraniu danych na temat:
 - a) jaką ilością postępowań corocznie zajmuje się każdy szpital,
 - b) jak długo, średnio, trwa praca nad każdym z nich,
 - c) jakie jest zaangażowanie personelu, zarówno ze struktur działów zaopatrzenia, logistyki, zamówień publicznych, ale także lekarskiego.
- 3) skala i zakres współpracy z dostawcami – na podstawie ustalenia ich liczby.

Wykresy od 50 do 55 przedstawiają wyniki, dotyczące praktyki procedowania w trybie zamówień publicznych w celu realizacji zaopatrzenia medycznego, w ujęciu procentowym poszczególnych odpowiedzi, w relacji do wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym. Pozwala to przeanalizować, jaki wymiar mają poszczególne sposoby i warianty działań, w każdym z analizowanych obszarów problemowych, w skali budżetu wydatkowanego na cele zaopatrzenia medycznego.

W badanej próbie, występowało duże zróżnicowanie częstotliwości postępowań przetargowych pomiędzy poszczególnymi placówkami, co w praktyce oznacza, że szpitale, nie w każdym roku organizują przetarg na każdy zakres asortymentowy. Analizując wyniki badań w ankietowanych szpitalach okazuje się, że średnio dla wszystkich trzech kategorii ich wielkości, ponad 47% środków przeznaczanych na zaopatrzenie medyczne, jest wydatkowana w toku realizacji umów po rozstrzygnięciu przetargów organizowanych jedynie na rok, zaś blisko 37% na rok lub dwa – wykres 50. Zatem łącznie 80% tej kwoty to koszty ponoszone w następstwie umów rocznych i dwuletnich. Tylko 4,4% środków – jedynie w ramach umów dwuletnich, a 11,6% - w ramach rocznych, dwuletnich i dłuższych. Jeśli chodzi o zróżnicowanie pomiędzy kategoriami wielkości szpitali, szpitale najmniejsze (A) wydają dwukrotnie mniejszą kwotę w ramach postępowań ogłaszanych na okres roku, w porównaniu do szpitali o największej liczbie łóżek (C). Jednocześnie, ponad pięciokrotnie większą kwotę w ramach umów rocznych, dwuletnich i dłuższych. Oznaczać to może, że mniejsze placówki wprawdzie chętniej korzystają z dłuższych postępowań, odsuwając w czasie konieczność działań związanych z następnym postępowaniem dla tego samego asortymentu, jednocześnie

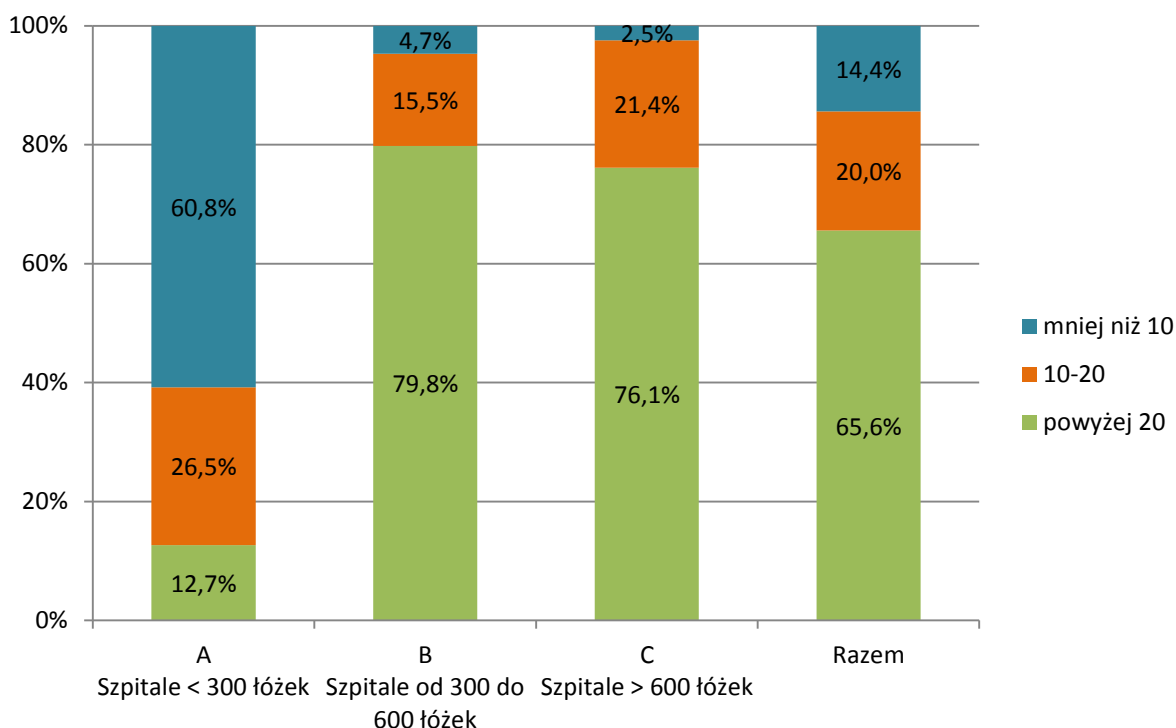
jednak rodzi to obawę czy kupując dłużej w tych samych cenach z przetargu – uzyskują optymalne warunki zakupu na rynku. Jak przedstawia bowiem wykres 32, szpitale typu A wydają najwięcej na zaopatrzenie medyczne, w relacji do wartości kontraktu z NFZ, w porównaniu z dwiema pozostałymi grupami. Zakładając jednak, że szpitale wszystkich trzech typów dobierają kryteria cenowe i jakościowe w postępowaniach w taki sposób, który pozwala na uzyskanie przez każdy z nich oferty optymalnej pod względem wzajemnych relacji cena – jakość – użyteczność, efektywność organizacyjna w zakresie częstotliwości procedowania nad tym samym asortymentem jest największa w szpitalach typu A, gdzie występują relatywnie najdłuższe postępowania. Ocena taka nie zmienia jednak faktu, że nawet w szpitalach typu A, ponad połowa – dokładnie 56% postępowań to przetargi roczne, maksimum dwuletnie. Dla porównania, umowy zawierane przez szpitale z dostawcami, za pośrednictwem amerykańskich Szpitalnych Grup Zakupowych, sięgają pięciu lat.



Wykres 50. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od długości obowiązywania przetargu.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

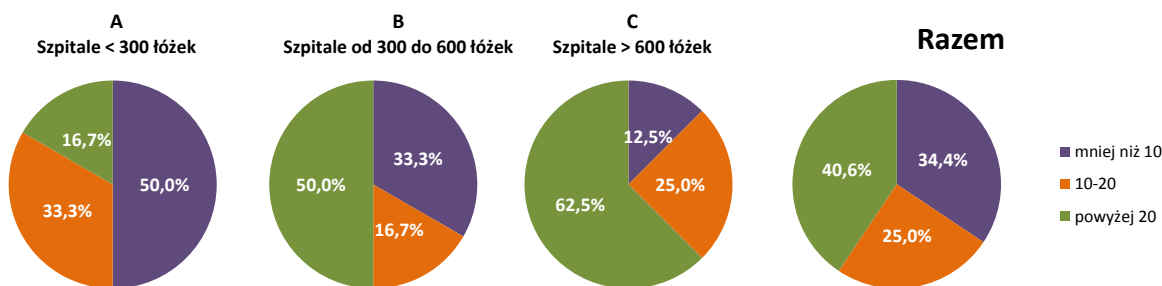
Kolejne zagadnienie badawcze w tej części ankiety dotyczyło ilości postępowań przeprowadzanych przez szpital w ciągu roku, na potrzeby zaopatrzenia medycznego. Odnosząc wyniki całego panelu badanych szpitali do sumarycznej kwoty przeznaczonej na wydatki z tytułu jednorazowego sprzętu medycznego i leków ustalono (wykres 51), że blisko dwie trzecie budżetu jest wydatkowane w efekcie przeprowadzenia ponad dwudziestu postępowań w ciągu roku, 20% są to wydatki wynikające z rozstrzygnięcia od 10 do 20 postępowań rocznie, zaś zakupy poniżej 15% potrzeb zaopatrzenia medycznego, wymagają organizacji mniej niż dziesięciu postępowań w ciągu roku. Są to wyniki średnie dla wszystkich trzech typów wielkości szpitali, do których wyniki szpitali grup B i C są bardzo zbliżone. Odmienny rozkład ilości postępowań można zaobserwować w szpitalach typu A, gdzie dominują (60,8% wartości wydatków) postępowania, których jest nie więcej niż dziesięć rocznie. Wynikać to może z mniejszego zakresu asortymentowego wykorzystywanego przez te szpitale, choć – równie dobrze – może to być kolejny przykład większej sprawności organizacyjnej tego typu placówek.



Wykres 51. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od ilości postępowań.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wyniki w zakresie podziału wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od ilości postępowań (wykres 51), warto zestawzić ze strukturą ilościową postępowań w każdej grupie szpitali (wykres 52). 40,6% całej grupy badanych szpitali organizuje powyżej 20 postępowań rocznie, 25% wszystkich szpitali z panelu organizuje między 10 a 20 postępowań rocznie i niespełna 35% szpitali organizuje mniej niż 10 postępowań w roku, w celu realizacji zaopatrzenia medycznego.



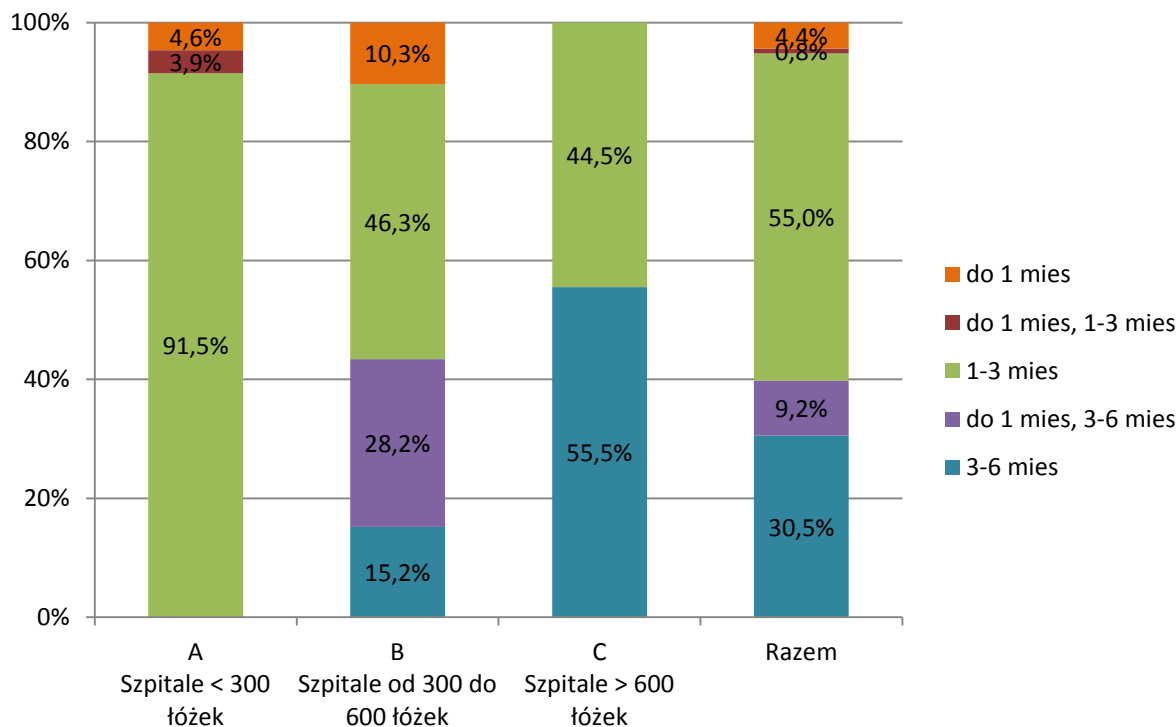
Wykres 52. Struktura ilości postępowań organizowanych przez typy szpitali, klasyfikowane pod względem wielkości.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza wyników tej części badania, w podziale na typy szpitali, pozwala stwierdzić, że wraz ze wzrostem wielkości szpitala (na podstawie ilości łóżek), rośnie liczba postępowań. I tak, w szpitalach typu A – połowa podmiotów przeprowadza mniej niż 10 postępowań rocznie, w szpitalach typu B – połowa prowadzi od 10 do 20 postępowań rocznie, a wśród szpitali największych – blisko dwie trzecie organizuje od 10 do 20 przetargów w roku.

Wykres 53 przedstawia wyniki mówiące o tym, jakie części wydatków na zaopatrzenie medyczne są rozstrzygane na podstawie poszczególnych typów postępowań przetargowych, różniących się długością ich trwania. Dane uśrednione dla trzech typów szpitali przedstawiają się tak, że ponad połowa (55%) wydatków wymaga od jednego do trzech miesięcy, a dla blisko jednej trzeciej (30,53%) konieczne jest procedowanie w czasie od trzech do sześciu miesięcy. Jeśli chodzi o wyniki w poszczególnych kategoriach szpitali, to typ C, czyli szpitale największe wydaje praktycznie po połowie w następstwie przetargów trwających do trzech miesięcy lub od trzech do sześciu. Ciekawie przedstawiają się natomiast wyniki w placówkach typu A, gdzie ponad 90% kwot wyłania się w efekcie postępowań nie trwających dłużej niż kwartał. W żadnej grupie szpitali, procedury krótsze niż miesiąc nie

przekroczyły progę 5% puli wydatków. Można zatem uznać, że są one rzadkością w badanej grupie szpitali.

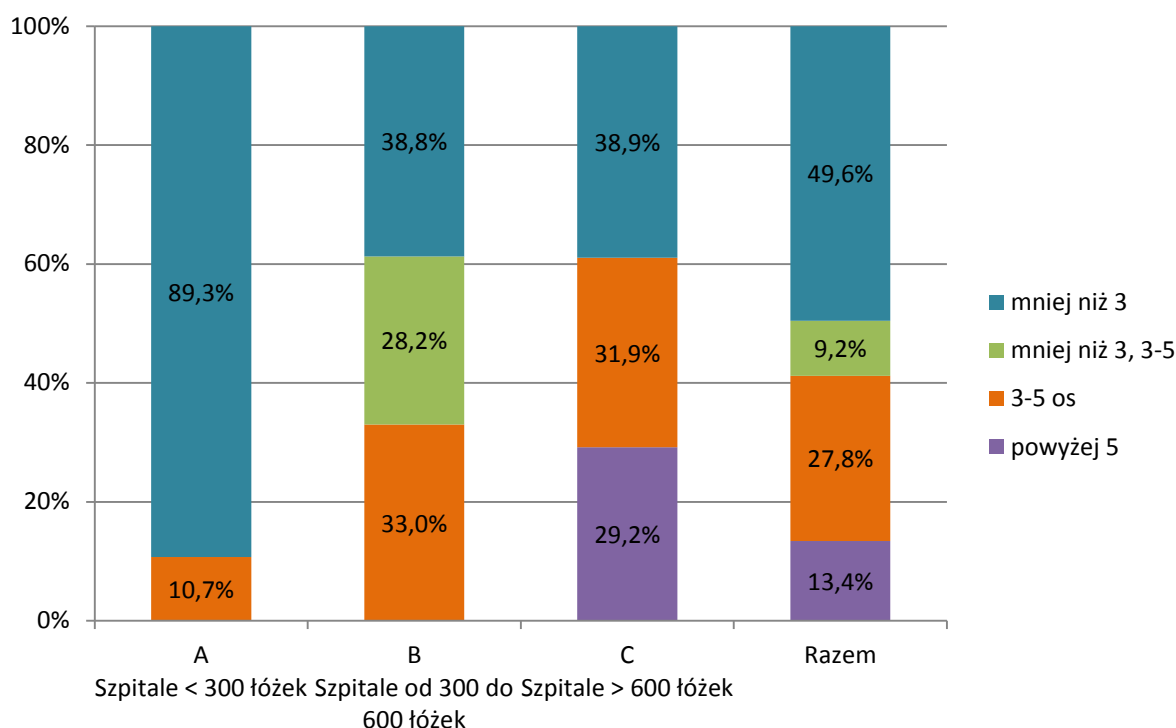


Wykres 53. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od średniego czasu trwania postępowania.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

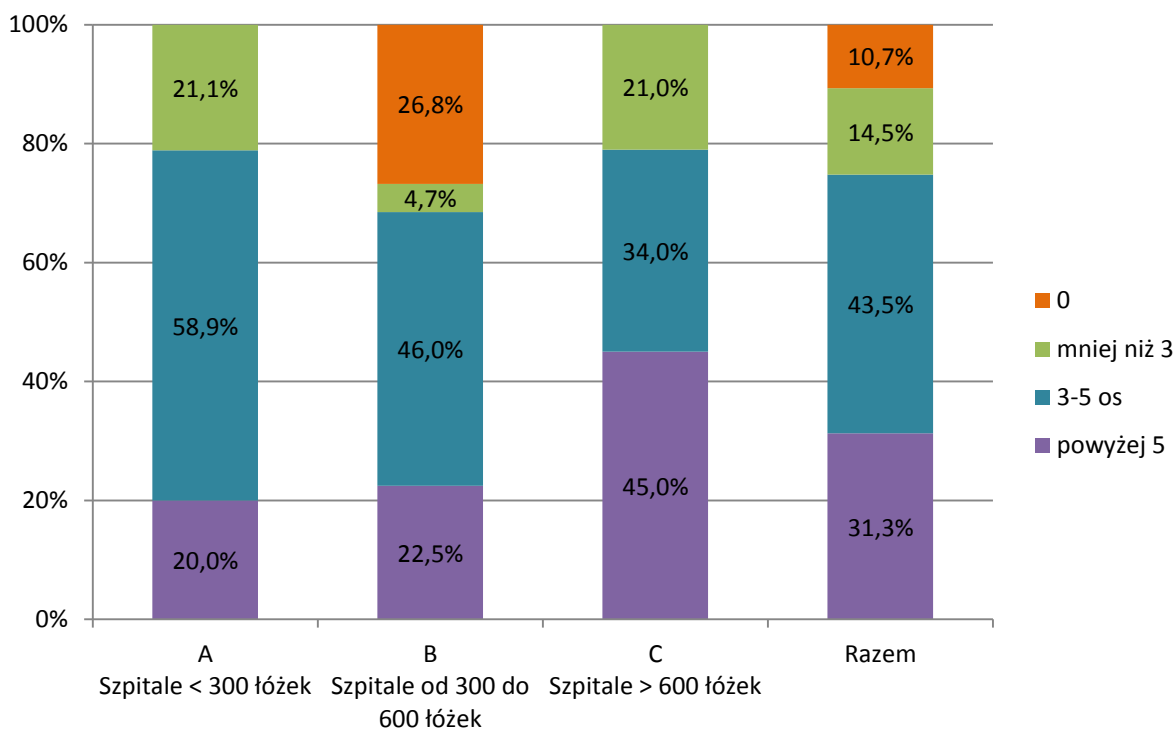
W części badania dotyczącej organizacji i przebiegu postępowań przetargowych, zamieszczono dwa pytania zmierzające do ustalenia zasobów osobowych, zaangażowanych w postępowania przetargowe z zakresu zaopatrzenia medycznego. Pytano o osoby, pracujące w działach zamówień publicznych lub innych komórkach, bezpośrednio odpowiedzialnych za organizację postępowań przetargowych, jak również z innych obszarów funkcjonalnych szpitala. Wynika to, po części, z regulacji polskiego ustawodawstwa dotyczącego sfery zamówień publicznych, które określa sposób doboru komisji przetargowej. Konieczność angażowania osób z kręgu fachowego personelu medycznego, będącego przyszłym użytkownikiem sprzętu, odnośnie którego toczy się postępowanie, wynika także z przedstawionej wcześniej złożoności i różnorodności asortymentowej produktów składających się na zaopatrzenie medyczne.

Wykresy 54 i 55 ilustrują wyniki dotyczące tego, jakie części wydatków na zaopatrzenie medyczne, są realizowane w drodze poszczególnych typów postępowań, wyróżnionych według kryterium liczebności personelu, który je przygotowywał. Wyniki średnie, dla trzech typów wielkości szpitali informują, że blisko połowa wydatków odbywa się w wyniku rozstrzygnięcia przetargów przygotowywanych w zespołach nie większych, niż trzy osoby z działu zamówień publicznych (lub odpowiednika). Zaś blisko 30% wydatków, jest efektem prac zespołów trzy do pięciosobowych. Należy jednak stwierdzić, że wyniki średnie dla całej badanej grupy, są ukształtowane – w znacznej mierze – przez rezultaty odnotowane wśród szpitali typu A, które stanowią 36% próby badawczej. Te zaś, notują wynik na poziomie aż 90% kwoty wydatków pochodzących z postępowań przygotowanych przez, nie więcej, niż trzy osoby. W pozostałych dwóch grupach notuje się, znacznie większy udział postępowań przygotowywanych przez zespoły trzy- do pięciosobowych, w wydatkach z omawianego obszaru.



Wykres 54. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od ilości osób zaangażowanych z działu Zamówień Publicznych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.



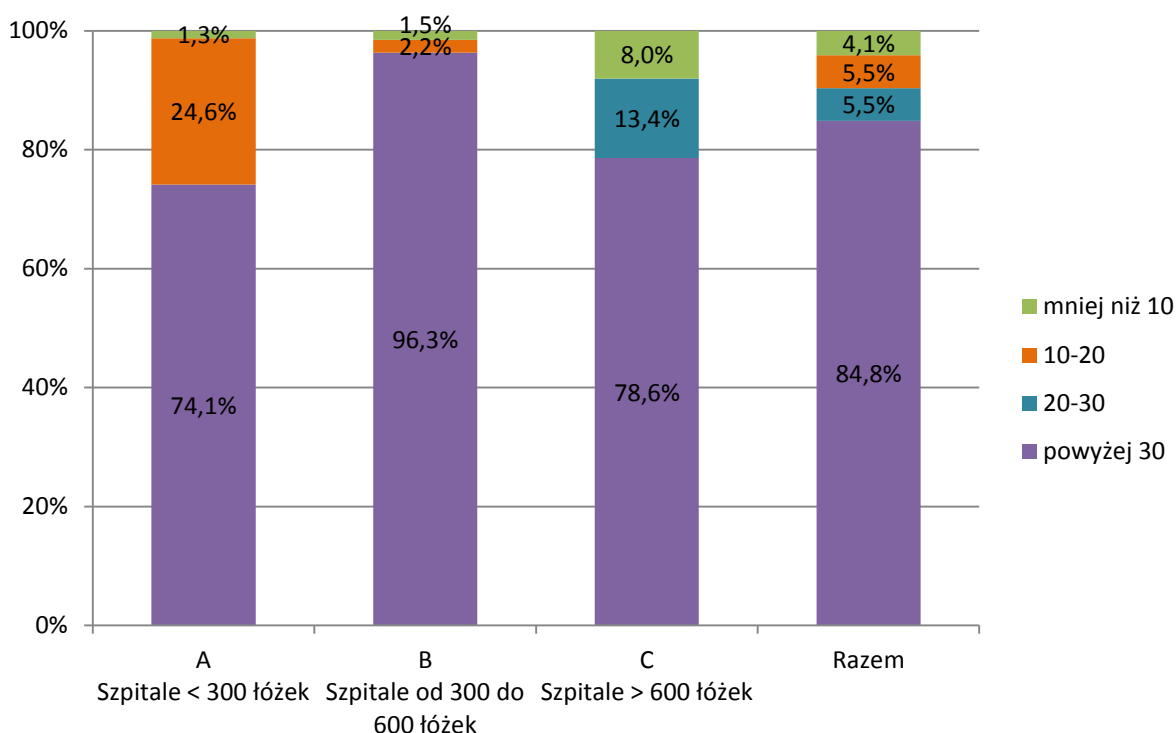
Wykres 55. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od ilości osób zaangażowanych spoza działów zamówień publicznych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Z kolei, porównanie danych odnośnie zaangażowania zasobów ludzkich z innych miejsc w strukturach organizacyjnych szpitala, pozwala wyciągnąć wniosek, że największe części wydatków są realizowane w następstwie postępowań przetargowych, w które angażuje się od trzech do pięciu oraz powyżej pięciu specjalistów z innych działów. Jak ilustruje wykres 55, dotyczy to wszystkich typów szpitali. Dodatkowo, zauważalna jest prawidłowość, że wzrost udziału w wydatkach grupy postępowań, przygotowywanych z wykorzystaniem powyżej pięciu osób spoza działu zamówień publicznych, zwiększa się w grupach o większej liczbie łóżek. Świadczy to nie tylko o tym, że im większy szpital, tym więcej personelu jest potrzebne dla obsłużenia postępowań przetargowych ale także o tym, że wraz ze wzrostem wydatkowanych kwot, rośnie zaangażowanie personelu fachowego, spoza działu zamówień.

Zatem w badanej grupie okazuje się, że szpitale w żaden sposób nie wykorzystują efektu skali przy samodzielnych zakupach i zmniejszają jednostkowego kosztu nakładu pracy, w miarę wzrostu wolumenu zakupów. Wręcz przeciwnie – niezbędny nakład pracy rośnie, w miarę zwiększania skali zakupów. Stanowi to typowy przykład dla ekonomicznego uzasadnienia outsourcingu procesów przetargowych.

Ostatnia część badań dotyczyła liczby dostawców, jaką posiadają poszczególne szpitale, na zaspokojenie potrzeb zaopatrzeniowych z zakresu wyrobów medycznych i produktów leczniczych. Analogicznie do poprzednich pytań z sekcji dotyczącej organizacji i przebiegu postępowań przetargowych, odpowiedzi na to pytanie odniesiono do sumarycznej kwoty wydatków na cele zaopatrzenia medycznego, co pozwoliło na uzyskanie wyników, które ilustruje wykres 56.



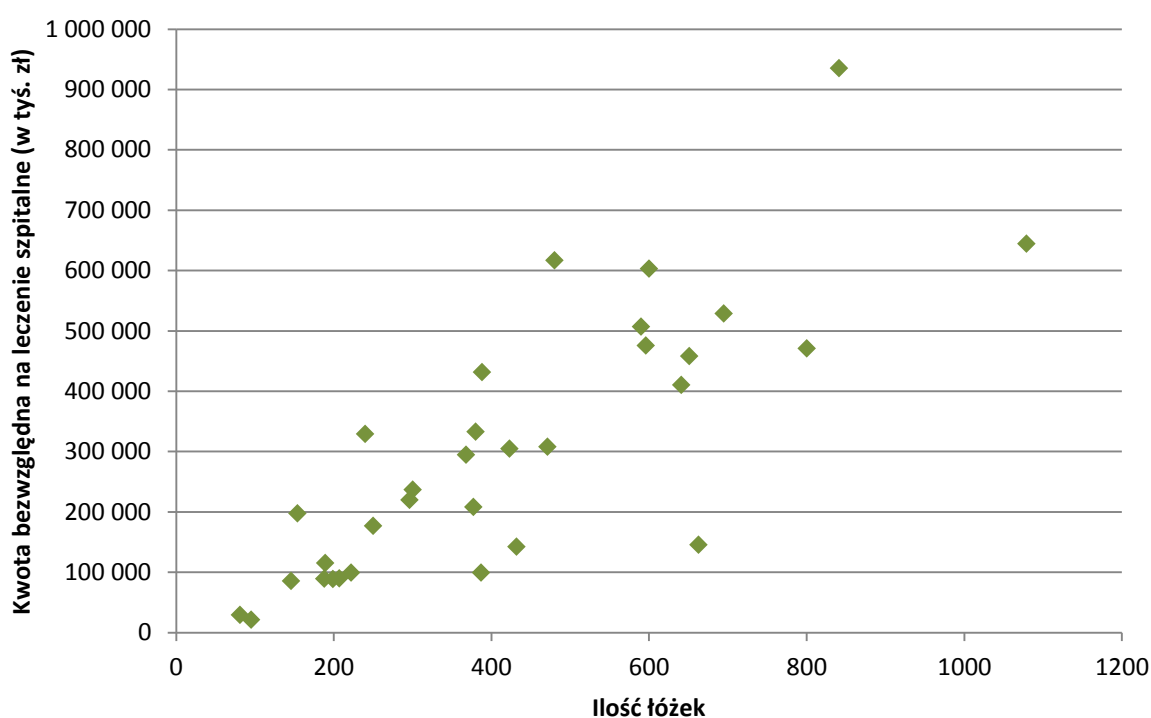
Wykres 56. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od ilości dostawców.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Wyniki te są bardzo jednolite i jednoznaczne. Średnio, blisko 85% kwoty wydatków jest realizowane we współpracy z ponad trzydziestoma dostawcami analizowanego asortymentu, a w grupie szpitali typu B, wynik ten sięga ponad 96%. Należy brać uwagę, że jest to finalna liczba dostawców wyłonionych po zakończeniu postępowań przetargowych we wszystkich obszarach asortymentowych, zatem ilość oferentów składających swoje propozycje w postępowaniach na każdy zakres z osobna, jest wielokrotnie wyższa, co wpływa zarówno na czas procedowania, jego złożoność, jak też wymagany nakład pracy.

W podsumowaniu wyników badań dokonano analizy statystycznej kilku kluczowych parametrów, w postaci określenia korelacji par badanych parametrów.

Część badawcza niniejszej dysertacji opierała się na klasyfikacji próby badawczej szpitali, w oparciu kryterium ilości łóżek w danej placówce. Punktem wyjścia w gromadzeniu danych odnośnie każdego szpitala zakwalifikowanego do próby, było pozyskanie informacji na temat kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne, która jest wielkością tożsamą z kwotą kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wykres 57, przedstawiający korelację kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne do ilości łóżek, ukazuje zależność liniową dodatnią.

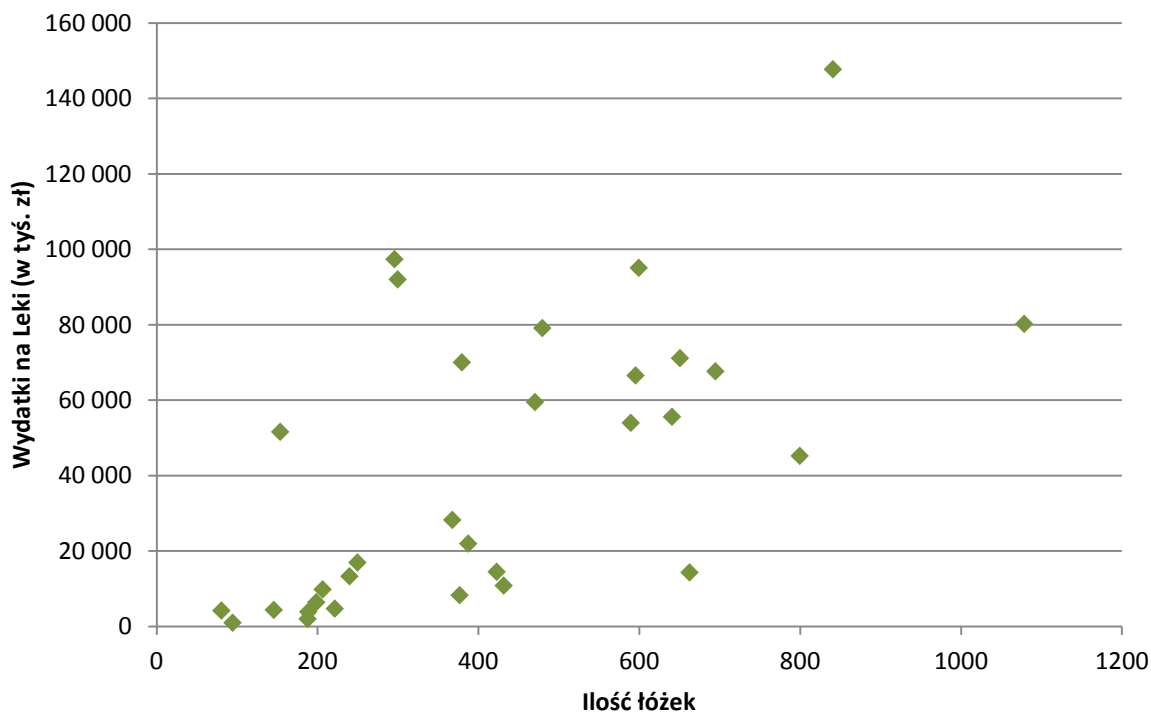


Wykres 57. Korelacja kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne do ilości łóżek.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Współczynnik korelacji Pearsona wynosi w tym przypadku 0,81 co oznacza, że jest to zależność wysoka. Jednoznaczny wniosek jaki płynie brzmi, że wzrost kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne koreluje z ilością łóżek w całej badanej grupie. Można się zatem spodziewać, że w miarę wzrostu próby, przy utrzymaniu dotychczasowych trendów, wraz ze wzrostem ilości łóżek będzie wzrastać wartość kwoty bezwzględnej na leczenie, otrzymywanej przez szpitale w postaci kontraktów .

Kolejną parą zmiennych poddanych analizie jest kwota wydatków na leki do ilości łóżek, co ilustruje wykres 58. Produkty lecznicze, to – obok wyrobów medycznych – istota zaopatrzenia medycznego. Wolumen zapotrzebowania na leki jest, z całą pewnością, pochodną ilości pacjentów poddanych hospitalizacji.

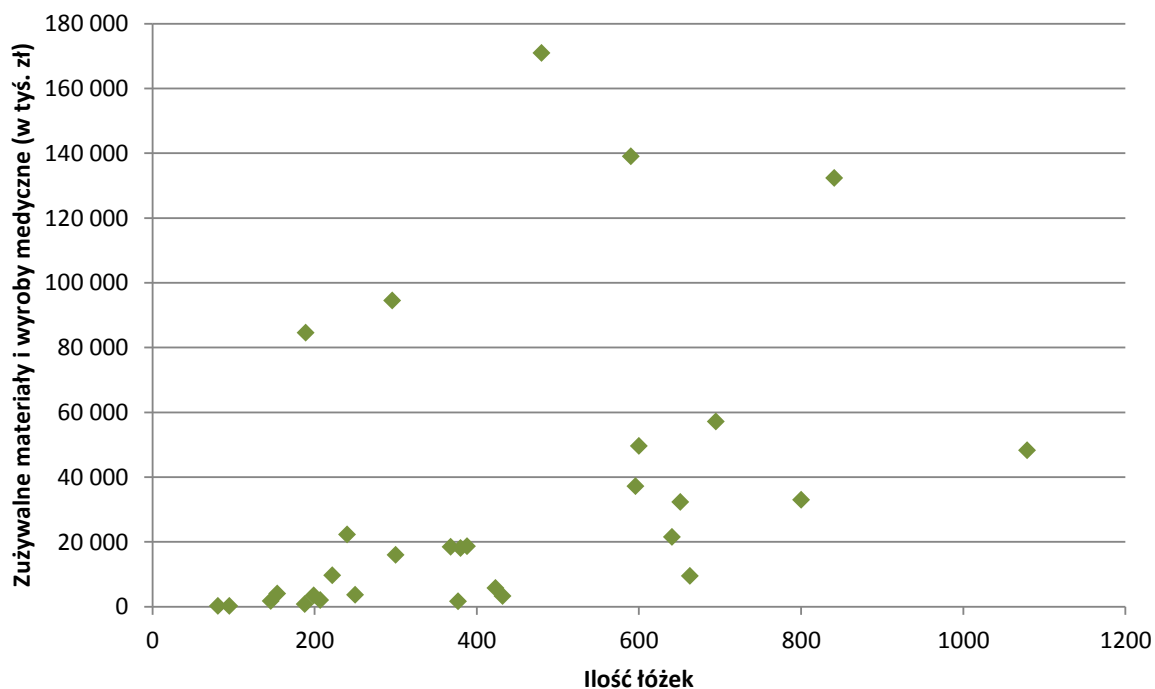


Wykres 58. Korelacja wydatków na leki do ilości łóżek.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

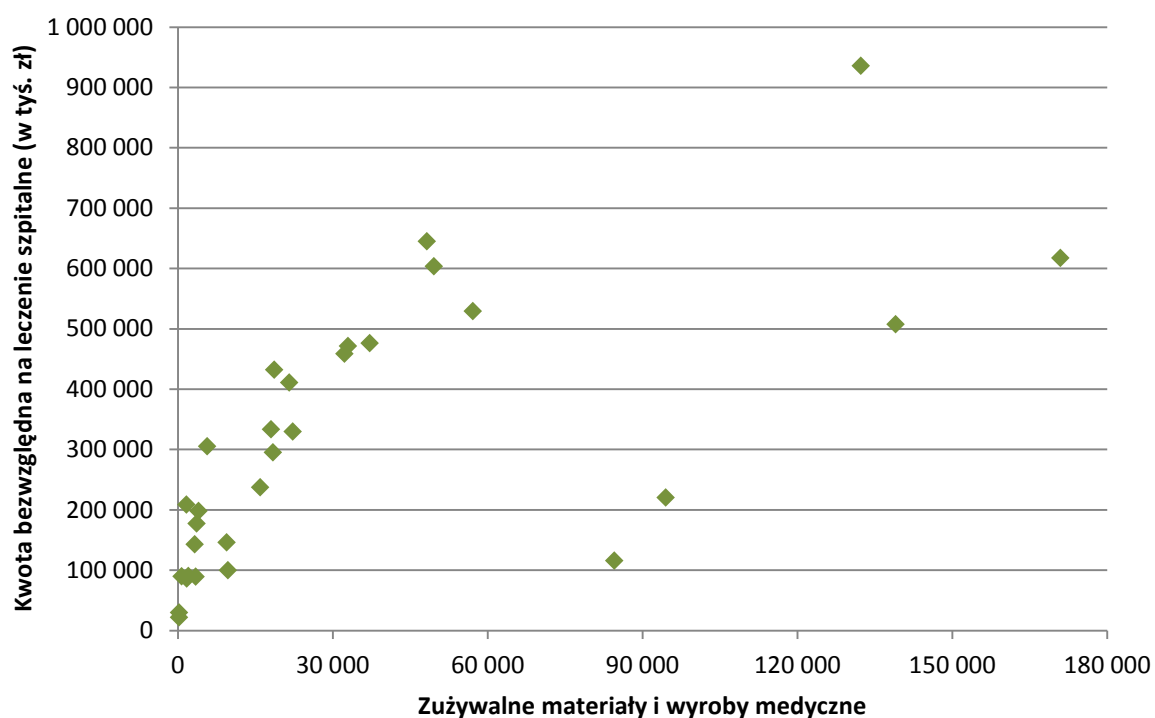
Współczynnik korelacji Pearsona wynosi 0,61. Można z tego wywnioskować, że wzrost kwoty wydanej na leki koreluje z ilością łóżek, lecz niezbyt silnie. Można się jednak spodziewać, że wraz ze wzrostem ilości łóżek, przynajmniej będzie możliwe zaobserwowanie tendencji wzrostu wartości wydatków na leki.

Przedmiotem kolejnej analizy była para: wyroby medyczne i liczba łóżek szpitalnych (wykres 59). Współczynnik korelacji Pearsona wynosi w tym wypadku 0,41 co oznacza, że korelacja jest słaba. Zatem wartość wydatków na wyroby medyczne nie koreluje z ilością łóżek szpitalnych, co może świadczyć o bardzo dużym zróżnicowaniu cen, po jakich poszczególne szpitale nabywają wyroby medyczne.



Wykres 59. Korelacja kwoty zużywalnych materiałów i wyrobów medycznych do ilości łóżek.

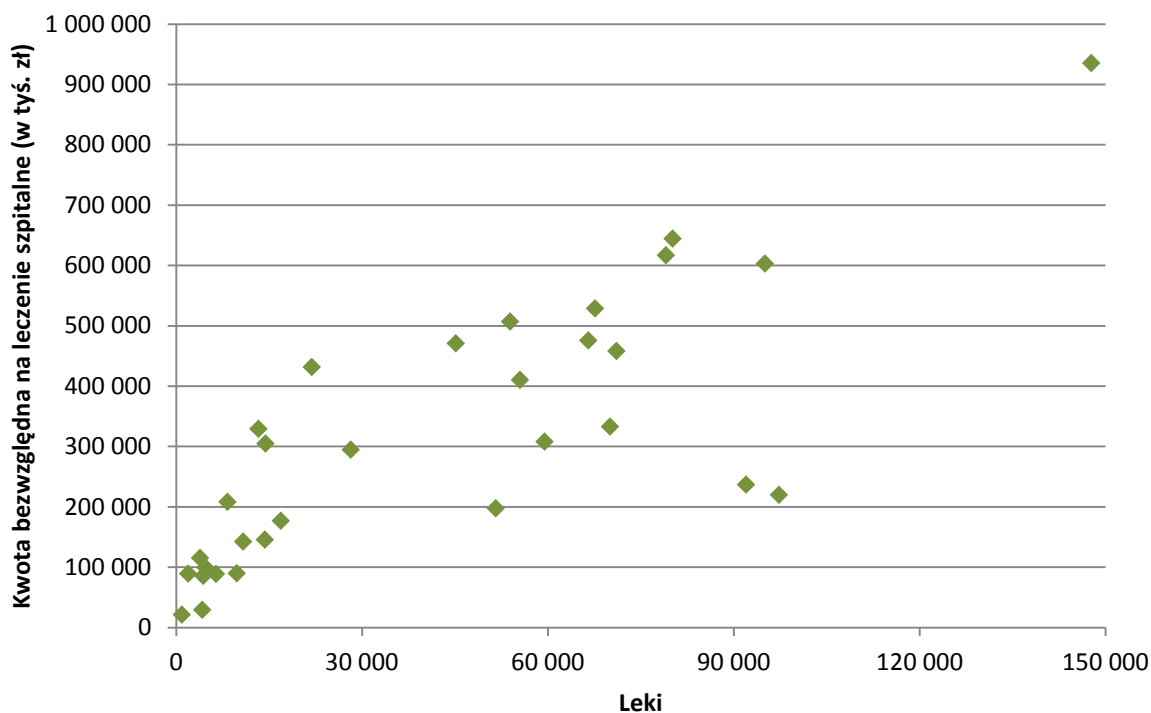
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.



Wykres 60. Korelacja kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne do kwoty zużywalnych materiałów i wyrobów medycznych.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Współczynnik korelacji Pearsona wynosi 0,65. Można z tego wywnioskować, że wzrost kwoty bezwzględnej na leczenie, wpływa na wzrost kwoty na zużywalne materiały i wyroby medyczne lecz niezbyt silnie. Wraz ze wzrostem kwoty bezwzględnej, będzie wzrastać wartość wydatków na zużywalne materiały i wyroby medyczne. Brak silnej zależności między badanymi parametrami także może być argumentem świadczącym o niejednorodności cen.



Wykres 61. Korelacja kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne do kwoty przeznaczanej na leki.

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Współczynnik korelacji Pearsona wynosi 0,80. Można z tego wywnioskować, że wzrost kwoty bezwzględnej na leczenie, wpływa bardzo silnie na wzrost kwoty na leki. Wraz ze wzrostem kwoty bezwzględnej będzie wzrastać wartość wydatków na leki. Logika uzasadnienia tej zależności wypływa z faktu, że w zakresie leków występuje mniejsze zróżnicowanie cenowe oraz większy stopień bezpośredniego agregowania kosztu terapii do konkretnego pacjenta.

4.3. Potencjał makroekonomiczny procesów konsolidacji zakupów szpitalnych – próba ekstrapolacji

Oszacowanie skali ewentualnych korzyści z prowadzenia wspólnych procesów zakupowych w zakresie zaopatrzenia medycznego, przez grupy szpitali i innych świadczeniodawców na rynku usług medycznych w Polsce wymaga, w pierwszej kolejności, przyjęcia założeń odnośnie wielkości rynku, na którym działają świadczeniodawcy. W celu stworzenia platformy porównawczej wspólnej, zarówno dla prezentowanych w niniejszej dysertacji doświadczeń amerykańskich, jak i dla potencjalnych efektów możliwych do uzyskania w systemie polskim, przyjęto tę samą metodologię odnośnie określenia rynku, jak również alternatywnych wariantów skali redukcji kosztów.

Prezentowane w rozdziale 3: schemat funkcjonowania i dotychczasowe światowe doświadczenia w zakresie Szpitalnych Grup Zakupowych, a także w podrozdziale 4.1.: korzyści osiągnięte przez szpitale amerykańskie, dzięki zastosowaniu strategii konkurencji opartej na udziale w Szpitalnych Grupach Zakupowych, dotyczyły rynku tworzonego przez dwie zasadnicze grupy podmiotów, jakimi są szpitale, oraz domy opieki społecznej (długoterminowej, paliatywnej). W rozdziale 2.2. przedstawiono strukturę wydatków na ochronę zdrowia, w układzie: Narodowego Rachunku Zdrowia, funkcji, dostawców wyrobów i usług. Wydatki te zaprezentowano także, w różnych przekrojach, na tle innych krajów OECD. Jednak, w celu możliwie najbardziej precyzyjnego ujęcia wydatków stricte związanych ze szpitalami i domami opieki długoterminowej, autor sięgnął do danych Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowanych w kolejnych planach finansowych, w latach 2010-2013.

Klasyfikacja świadczeń, jaką posługuje się NFZ, nie uwzględnia jednolitego terminu „domy opieki społecznej”, który byłby jednoznacznie ekwiwalentny dla analogicznego, w systemie amerykańskim. Dlatego też, na potrzeby niniejszej dysertacji, zsumowano koszty w dwóch kategoriach:

- a) „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej”;
- b) „opieka paliatywna i hospicyjna”.

W dalszych szacunkach, te dwie połączone kategorie nazwane wspólnie: „domy opieki”, traktowane są jako odpowiednik amerykańskich domów opieki społecznej.

Z danych zaprezentowanych w tabeli 30 zaobserwować można stały wzrost, w ostatnich czterech latach, zarówno kosztów świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, jak też kosztów

świadczeń utworzonej kategorii „domy opieki”, w tym także wzrost w każdej z dwóch jej składowych .

Tabela 29. Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego oraz opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej, według planów finansowych, w latach 2010-2013.

w mld zł					
Poz.	Wyszczególnienie	Plan na 2010 rok	Plan na 2011 rok	Plan na 2012 rok	Plan na 2013 rok
1	2	3	4	5	6
B2	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1 + ... + B2.18), w tym:				
B2.3	Leczenie szpitalne	27,00	27,48	29,85	29,99
B2.6	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	0,90	0,97	1,04	1,08
B2.7	Opieka paliatywna i hospicyjna	0,28	0,30	0,34	0,35
B2.6 + B2.7	Razem jako: "Domy opieki"	1,18	1,27	1,38	1,43

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ
[\[http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10\]](http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10)

Plan finansowy NFZ na rok 2013 zakłada koszty świadczeń opieki zdrowotnej w leczeniu szpitalnym, na poziomie sięgającym blisko 30 miliardów złotych,55 oraz 1,43 miliarda złotych środków przeznaczonych na pokrycie kosztów w obszarze, zdefiniowanym jako „domy opieki”. Zatem kwota łączna w wysokości 31,42 miliarda złotych została przyjęta, w niniejszej dysertacji, jako wielkość wyjściowa dla określenia potencjalnego rynku dla działań Szpitalnych Grup Zakupowych w 2013 roku, w odniesieniu do szpitali i domów opieki.

Jak wynika z badań przeprowadzonych na potrzeby przedmiotowej rozprawy i prezentowanych w rozdziale 4.2. (wykres 32), wartość wydatków z tytułu zaopatrzenia medycznego w latach 2008-2011, wyniosła 24,80% wartości całościowego kontraktu z NFZ (budżetu), w ujęciu średniej, dla ankietowanej grupy szpitali. Pomimo, że działania SGZ na rynkach Europy zachodniej i USA wykraczają poza zaopatrzenie medyczne, to jednak szacunki odnoszące się do rynku polskiego zostały, zgodnie z tematem pracy, ograniczone do zaopatrzenia medycznego, definiowanego jako wyroby medyczne i produkty lecznicze.

Tabela 31 zawiera szacowane koszty rzeczowe zaopatrzenia medycznego szpitali i domów opieki w Polsce, w 2013 roku, obliczone jako 24,80% wartości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które wynoszą odpowiednio:

- 7,44 mld zł w leczeniu szpitalnym,
- 0,35 mld zł w domach opieki.

Łącznie, jest to zatem wartość 7,79 mld złotych, jako wyjściowa wartość rynku dla racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego w Polsce.

Tabela 30. Szacowane koszty rzeczowe zaopatrzenia medycznego szpitali i domów opieki w Polsce, w roku 2013.

w mld zł				
Poz.	Wyszczególnienie	Plan NFZ na 2013 rok	Srednia wartość wydatków za zużywalne materiały i wyroby medyczne oraz leki, w relacji do wartości kontraktu z NFZ - na podstawie badań własnych (wykres 32)	Szacowane koszty rzeczowe zaopatrzenia medycznego szpitali i domów opieki w Polsce, w 2013 roku
B2.3	Leczenie szpitalne	29,99	24,80%	7,44
B2.6 + B2.7	Razem jako: domy opieki	1,43		0,35
B2.3 + B2.6 + B2.7	Szpitalne + domy opieki	31,42		7,79

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i badań własnych

Kontynuując metodologię przyjętą w doświadczeniach amerykańskich, prezentowanych w rozdziale 4.2., szacunki dotyczące potencjalnych efektów konsolidacji zakupów medycznych na rynku polskim, zostały również oparte na kilku wariantach stopnia penetracji rynku przez SGZ. Przez penetrację rynku, autor rozumie - odsetek zaopatrzenia medycznego realizowany na drodze zakupów skonsolidowanych przez grupy podmiotów, w stosunku do sumarycznej wartości kosztów zaopatrzenia medycznego wszystkich szpitali i domów opieki, w skali kraju, to jest kwoty oszacowanej na 7,79 mld, w roku 2013.

Tabela 32 zawiera pięć scenariuszy udziału Szpitalnych Grup Zakupowych w rynku zaopatrzenia medycznego w Polsce, określonych w oparciu o dwa przyjęte założenia:

- 1) 15%, 35% i 50% to szacowane przez autora, wybrane wartości na drodze prognozowanego, stopniowego rozwoju tej formy organizacji procesów zakupowych w Polsce;
- 2) 72% i 80% to scenariusze przyjęte analogicznie do prezentowanych w tabeli 23 doświadczeń z rynku amerykańskiego.

Interpretując przyjęte scenariusze, należy je traktować raczej w kategoriach etapów możliwej ewolucji w kierunku zwiększania udziału SGZ, niż wykluczających się alternatyw.

Tabela 32 zawiera także warianty redukcji kosztów, analogiczne do prezentowanych doświadczeń amerykańskich. W każdym ze scenariuszy penetracji rynku przez SGZ, wynoszą one 10%, 15% i 18%.

Tabela 31. Szacowane oszczędności na poziomie: 10%, 15% i 18%, w polskim systemie opieki zdrowotnej, uzyskane w efekcie redukcji kosztów zaopatrzenia medycznego poprzez działania Szpitalnych Grup Zakupowych, w pięciu wariantach penetracji rynku: 15%, 35%, 50%, 72% i 80%. Kwoty wyrażone w mld zł.

mld zł					
Wskaźnik penetracji rynku	Potencjalny rynek Szpitalnych Grup Zakupowych w Polsce w 2013 r	Wariant redukcji kosztów	Kalkulacja kwoty oszczędności	Wartość rynku po redukcji kosztów	Oszczędności
15%	Koszty rzeczowe w szpitalach: 7,44 x 15% = 1,11 Koszty rzeczowe w domach opieki: 0,35 x 15% = 0,05 Total rynek: 1,16	10%	100% = 1,16 90% = 1,04 Oszczędności = 1,16 - 1,04 = 0,12	Szpitalne 1,00 Domy opieki 0,04 Razem 1,04	0,11 0,01 0,12
		15%	100% = 1,16 85% = 0,99 Oszczędności = 1,16 - 0,99 = 0,17	Szpitalne 0,94 Domy opieki 0,04 Razem 0,98	0,16 0,01 0,17
		18%	100% = 1,16 82% = 0,95 Oszczędności = 1,16 - 0,95 = 0,21	Szpitalne 0,91 Domy opieki 0,04 Razem 0,95	0,20 0,01 0,21
35%	Koszty rzeczowe w szpitalach: 7,44 x 35% = 2,60 Koszty rzeczowe w domach opieki: 0,35 x 35% = 0,12 Total rynek: 2,72	10%	100% = 2,72 90% = 2,45 Oszczędności = 2,72 - 2,49 = 0,27	Szpitalne 2,34 Domy opieki 0,11 Razem 2,45	0,26 0,01 0,27
		15%	100% = 2,72 85% = 2,31 Oszczędności = 2,72 - 2,31 = 0,41	Szpitalne 2,21 Domy opieki 0,11 Razem 2,32	0,40 0,01 0,41
		18%	100% = 2,72 82% = 2,23 Oszczędności = 2,72 - 2,23 = 0,49	Szpitalne 2,13 Domy opieki 0,10 Razem 2,23	0,47 0,02 0,49
50%	Koszty rzeczowe w szpitalach: 7,44 x 50% = 3,72 Koszty rzeczowe w domach opieki: 0,35 x 50% = 0,17 Total rynek: 3,89	10%	100% = 3,89 90% = 3,50 Oszczędności = 3,89 - 3,50 = 0,39	Szpitalne 3,35 Domy opieki 0,15 Razem 0,15	0,37 0,02 0,39
		15%	100% = 3,89 85% = 3,30 Oszczędności = 3,89 - 3,30 = 0,59	Szpitalne 3,16 Domy opieki 0,14 Razem 3,30	0,56 0,03 0,59
		18%	100% = 3,89 82% = 3,19 Oszczędności = 3,89 - 3,19 = 0,70	Szpitalne 3,05 Domy opieki 0,14 Razem 3,19	0,67 0,03 0,70
72%	Koszty rzeczowe w szpitalach: 7,44 x 72% = 5,36 Koszty rzeczowe w domach opieki: 0,35 x 72% = 0,25 Total rynek: 5,61	10%	100% = 5,61 90% = 5,04 Oszczędności = 5,61 - 5,04 = 0,57	Szpitalne 4,82 Domy opieki 0,22 Razem 5,04	0,54 0,03 0,57
		15%	100% = 5,61 85% = 4,77 Oszczędności = 5,61 - 4,77 = 0,84	Szpitalne 4,56 Domy opieki 0,21 Razem 4,77	0,80 0,04 0,84
		18%	100% = 5,61 82% = 4,59 Oszczędności = 5,61 - 4,59 = 1,02	Szpitalne 4,39 Domy opieki 0,20 Razem 4,59	0,97 0,05 1,02
80%	Koszty rzeczowe w szpitalach: 7,44 x 80% = 5,95 Koszty rzeczowe w domach opieki: 0,35 x 80% = 0,28 Total rynek: 6,23	10%	100% = 6,23 90% = 5,6 Oszczędności = 6,23 - 5,60 = 0,63	Szpitalne 5,35 Domy opieki 0,25 Razem 5,60	0,60 0,03 0,63
		15%	100% = 6,23 85% = 5,28 Oszczędności = 6,23 - 5,28 = 0,93	Szpitalne 5,06 Domy opieki 0,24 Razem 5,30	0,89 0,04 0,93
		18%	100% = 6,23 82% = 5,11 Oszczędności = 6,23 - 5,11 = 1,12	Szpitalne 4,88 Domy opieki 0,23 Razem 5,11	1,07 0,05 1,12

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Pierwszy ze scenariuszy, określający udział SGZ w rynku na poziomie 15%, oznacza operowanie wolumenem zaopatrzenia medycznego o wartości 1,16 mld złotych. Założenie 10% efektywności w redukcji kosztów zaopatrzenia, skutkowałoby potencjalnymi oszczędnościami na poziomie 120 mln złotych, w skali łącznych kosztów z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i domach opieki w Polsce, w roku 2013. Warianty 15% i 18%, dają odpowiednio spodziewane efekty na poziomie 170 mln i 210 mln złotych.

W kolejnym scenariuszu penetracji rynku, wynoszącym 35%, warianty potencjalnej redukcji kosztów, dają oszczędności w przedziale od 270 mln do blisko pół miliarda złotych, w skali całego systemu. Natomiast, przy założeniu osiągnięcia poziomu 50% wartości rynku zaopatrzenia medycznego, realizowanego drogą wspólnych działań szpitali, szacowane oszczędności wynoszą od 390 mln do 700 mln złotych.

Jeśli konsolidacja zakupów w zakresie zaopatrzenia medycznego, w efekcie działań Szpitalnych Grup Zakupowych, rozwinęłaby się do poziomu porównywalnego ze stopniem rozwoju tej formy, jaka cechuje rynek medyczny w Stanach Zjednoczonych, skala potencjalnych korzyści z tytułu redukcji kosztów, wyniosłaby ponad miliard złotych. Szacując jednak realistycznie i opierając się na ponad stuletniej historii tych doświadczeń na rynku amerykańskim, oraz ostatnich kilkunastu lat w Europie, z pewnością należy przyjąć założenie, że perspektywa czasowa takiego stanu jest odległa i niezwykle trudna do określenia datą.

W opinii autora, jako scenariusz realistyczny i możliwy do zaistnienia, a także rozwoju w perspektywie kilku najbliższych lat, wydaje się poziom 15% do 35% udziału Szpitalnych Grup Zakupowych, w rynku zaopatrzenia medycznego na terenie Polski. Nawet jednak najniższy, wskazany wariant redukcji kosztów, to jest poziom 10%, dający efekt w wysokości 120 mln złotych, to skala oszczędności w kwocie, jaką można odnieść do budżetów, którymi dysponują aktualnie szpitale. W grupie szpitali objętych badaniem na potrzeby niniejszej dysertacji, budżet średniego szpitala nie przekroczył tej kwoty. Można zatem stwierdzić, że osiągnięcie przez Szpitalne Grupy Zakupowe 15% udziału w rynku zaopatrzenia medycznego, pozwoliłoby uzyskać oszczędności, na poziomie rocznego budżetu jednego szpitala wielospecjalistycznego, dysponującego ponad 450 łózkami (wartość średnia w panelu badawczym). Z kolei 18% efektywność w redukcji kosztów zaopatrzenia, przy 35% udziale SGZ w rynku, to kwota oszczędności rzędu 490 mln złotych, co stanowi 6,3% szacowanej wielkości łącznych wydatków na pokrycie świadczeń opieki medycznej w lecznictwie szpitalnym i domach opieki.

Tempo wzrostu popularności zakupów skonsolidowanych i osiągnięcia przez SGZ kolejnych poziomów penetracji rynku, uzależnione będzie z pewnością od wielu czynników, a do wiodących należy skala osiągniętej redukcji kosztów. Jednak nie mniej istotnym czynnikiem może okazać się stopień świadomości dostępności nowych rozwiązań i narzędzi na rynku oraz gotowość menedżerów opieki zdrowotnej do wprowadzania zmian w sposobie organizacji zaopatrzenia medycznego szpitali.

4.4. Otwartość na zmiany sposobu organizacji zakupów przez menedżerów publicznych szpitali polskich

Zaopatrzenie medyczne w zdecydowanej większości szpitali w Polsce przebiega dotychczas drogą procesów organizowanych przez każdą placówkę indywidualnie, co wykazano w pierwszej części pracy. Jednak w świadomości menedżerów zarządzających szpitalami – w tym placówkami gospodarującymi mieniem publicznym – funkcjonują już, w różnym stopniu, zagadnienia związane z możliwością realizowania grupowych zakupów produktów z różnych obszarów asortymentowych.

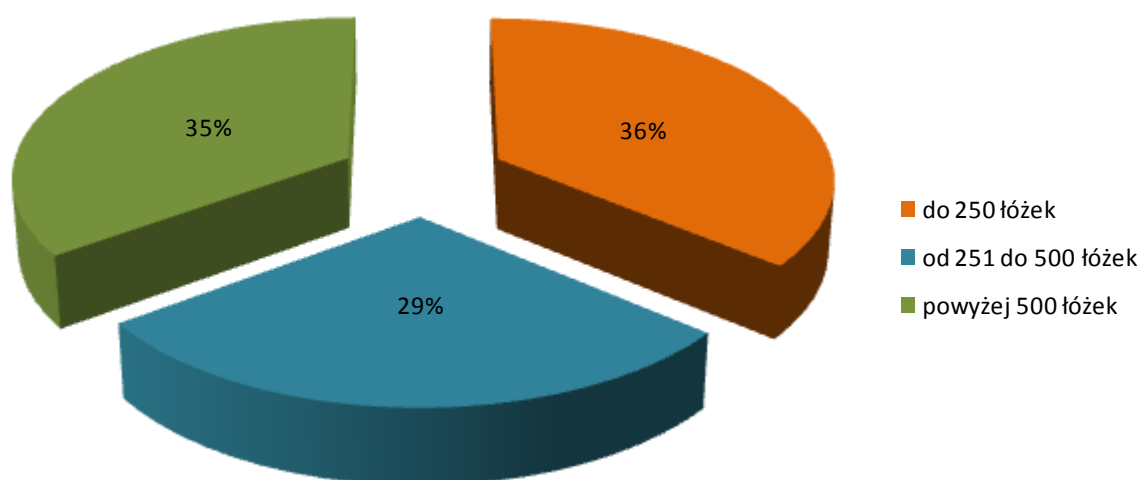
W 2012 roku polska firma Communications Service Sp. z o. o., specjalizująca się w doradztwie i usługach telemarketingowych wykonała pierwsze w Polsce badanie opinii praktyków na temat zagadnień dotyczących możliwości prowadzenia zakupów grupowych przez szpitale w Polsce. W ramach tego projektu zrealizowano wywiady z członkami zarządów szpitali zakwalifikowanych do próby badawczej, w której 92% stanowiły placówki będące własnością samorządów lokalnych, zaś jej struktura wielkościowa wyglądała następująco:

- 36% szpitale do 250 łóżek
- 29% szpitale od 251 do 500 łóżek
- 35% szpitale powyżej 500 łóżek

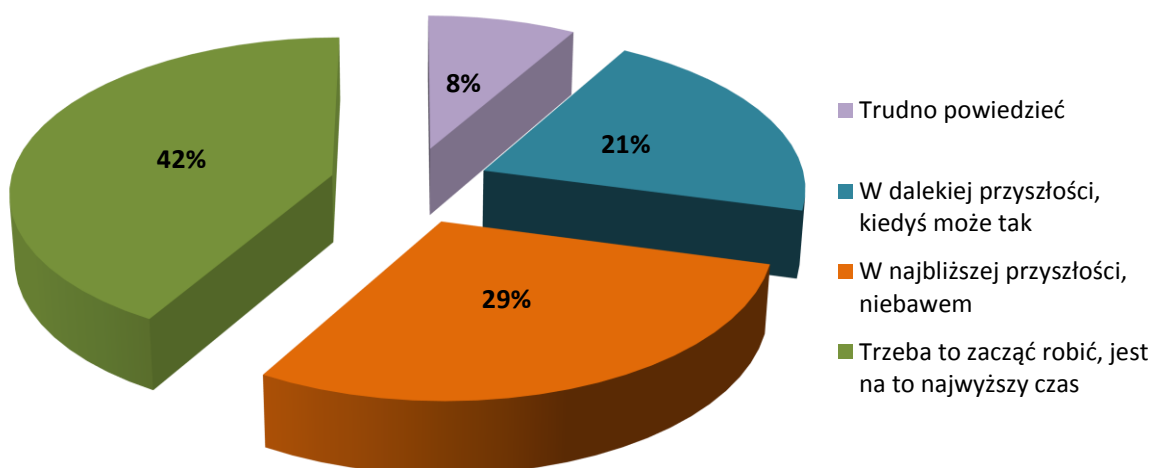
Porównując rozkład tej próby badawczej, z panelem szpitali objętych bezpośrednim badaniem autora można stwierdzić, że wprawdzie istnieją pewne rozbieżności w przyjętych przedziałach ilości łóżek dla danej kategorii szpitali, to są one jednak na tyle niewielkie, że przyjęte klasyfikacje można uznać za porównywalne w obydwu badaniach.

Uzyskane w badaniu wyniki [Kuczyński 2012] pokazują, że zdecydowana większość menedżerów szpitali (86%) potwierdza, iż wspólne zakupy są potencjalnie korzystne,

w kontekście osiągniętych tą drogą niższych cen produktów i usług pozostających w kręgu zainteresowania szpitali. Jednak bardziej szczegółowe i konkretne zagadnienia, w których pytano o to czy jest już odpowiedni moment do powoływania ogólnopolskich grup zakupowych, wyłoniły dużo mniejszą liczbę zwolenników tych rozwiązań. 42% menedżerów zgodziło się, że jest na to najwyższy czas podczas, gdy nieco więcej, bo 50% stwierdziło, że lepiej z tym jeszcze poczekać, krócej lub dłużej.



Wykres 62. Struktura próby badawczej w badaniu Communications Service Sp. z o. o., dotyczących możliwości prowadzenia zakupów grupowych przez szpitale w Polsce.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Communications Service Sp. z o. o.



Wykres 63. Badanie opinii praktyków na temat zagadnień dotyczących możliwości prowadzenia zakupów grupowych przez szpitale w Polsce.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Communications Service Sp. z o. o.

Zdaniem autorów badania można się domyślać, że powodem pewnej powściągliwości i chęci odsuwania w czasie nowych inicjatyw jest fakt, iż menedżerowie zdają sobie sprawę, że wprowadzenie w życie tego rozwiązania nie jest łatwe. W komentarzu do wyników badania, jaki padł podczas ich prezentacji na Konferencji Hospital Management (14-15 maja 2012 roku), dr Paweł Kuczyński, prezes firmy przywoływał przykłady podobnych inicjatyw w obszarze rynku szpitalnego w Polsce, na którym dokonuje się już prób wspólnych zakupów, na przykład energii, czy usług budowlanych. Stwierdzono także, że na szczeblu kilku samorządów wojewódzkich, z inicjatywy ich radnych, zostały już nawet do tego celu powołane spółki, które mają się zająć zakupami grupowymi zaopatrzenia medycznego. Autorzy badania szacują jednocześnie, że w przypadku prywatnych operatorów medycznych, uzyskano oszczędności rzędu 20% i gdyby model ten upowszechnił się w skali całego rynku sprzętu medycznego w Polsce (zaznaczając jednocześnie, że jest to oczywiście niemożliwe w praktyce) łączne wydatki na sprzęt wszystkich placówek medycznych w Polsce obniżyłyby się o 1 mld złotych.

Jedną z ciekawszych konkluzji zawartych w komentarzu do badania jest to, że menedżerowie dostrzegają, iż barierą wspólnych zakupów szpitali są oni sami. Okazało się, że w całym badaniu tylko cztery osoby wskazały na brak odpowiednich przepisów, a dwie na brak „zewewnętrznych podmiotów” powołanych do tego celu. Wśród najczęściej wymienianych powodów dotychczasowych niepowodzeń wskazywano najczęściej na ograniczenie kompetencji i autonomii kadry kierowniczej szpitali. Wniosek prowadzących badanie był taki, że chcąc wprowadzić tego typu rozwiązanie, przed kadrami szpitali stoi w związku z tym trudne zadanie. Potrzebne będzie bowiem pewnego rodzaju samoograniczenie, w celu wspólnego podejmowania pewnych działań, na przykład negocjacji cen. Będzie to wymagało również nowych kompetencji i procedur ze strony zarządów i właścicieli²².

W dalszej części badania wskazywano także na konieczność osiągnięcia dużej sprawności we współpracy w ramach grupy szpitali mających potencjalnie działać razem, jako warunku do powodzenia nowego modelu prowadzenia zakupów. Jak wskazują autorzy badania – „wymagana jest nie tylko dobra wola zarządów, gotowych do wewnętrznych reform przystosowawczych, ale także komunikacja pomiędzy szpitalami”. Jest to niezwykle istotna kwestia w całym projekcie, czego zdają się mieć świadomość menedżerowie uczestniczący w badaniu. Wniosek taki wydaje się uzasadniony, skoro dwóch na trzech z nich, mówi o wymogu zdolności do wzajemnego porozumienia się, stawiając na dalszym

²² Autor niniejszej pracy ustosunkowuje się do powyższych stwierdzeń w rozdziale piątym dysertacji, w którym podjęta jest próba nakreślenia modelu działania Szpitalnych Grup Zakupowych w Polsce

planie korzyści ekonomiczne albo warunki zewnętrzne, czyli kierunek i tempo zmian w sektorze ochrony zdrowia.

Na pytanie o to, kto powinien powołać ogólnopolską grupę zakupową, to najczęściej udzielane odpowiedzi na pytanie o charakterze otwartym, wskazywały na samych zainteresowanych (40%), a więc inicjatywę samych szpitali w skali całego kraju. Natomiast 25% menedżerów wolałoby, aby inicjatorem działań była instytucja centralną jak rząd, ministerstwo lub NFZ. Zdaniem firmy Communication Service, są to prawdopodobnie sceptycy, którzy nie wierzą w szersze porozumienie dużych placówek w skali całego kraju.

Końcowy komentarz, jakim opatrzone wyniki badania prezentowane na wspomnianej Konferencji był taki, że menedżerowie szpitali wydają się być świadomi potencjalnych korzyści wynikających z przyjęcia w Polsce rozwiązań, jakie płyną z doświadczeń na innych rynkach światowych. Gotowi są także do rozpoczęcia tego typu działań niezwłocznie, bądź w niezbyt odległej przyszłości. Zaś warunkiem koniecznym do nadania tym działaniom odpowiedniej dynamiki jest prowadzenie dialogu i osiągnięcie porozumienia wewnątrz środowiska menedżerów zarządzających szpitalami.

Rozdział 5. Kierunki, zakres i metody praktycznych działań służących racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego w procesie konsolidacji zakupów dokonywanych w szpitalach

5.1. Prawne podstawy projektowania modelu funkcjonowania Szpitalnych Grup Zakupowych

Prawo polskie nie przewiduje szczegółowych regulacji dotyczących tworzenia grup zakupowych. Sfera ta podlega jednak zrębowej regulacji dwóch grup przepisów: prawa ochrony konkurencji oraz reżimu zamówień publicznych.

Regulacja wynikająca z prawa ochrony konkurencji – zarówno na poziomie unijnym, jak i krajowym – znajduje zastosowanie do szpitalnych grup zakupowych na tych samych zasadach, co w przypadku wszelkich dużych grup zakupowych. W dotychczasowej debacie o przyszłym kształcie szpitalnych grup zakupowych wskazany aspekt prawny jest całkowicie pomijany. Jest to podejście niezasadne, zwłaszcza przy uwzględnieniu tendencji przekształcania szpitali w klasyczne spółki prawa handlowego oraz wzmagającej się konkurencji pomiędzy poszczególnymi jednostkami (co najjaskrawiej widać na przykładzie przetargów na kontrakty NFZ).

Najważniejsze kwestie podlegające ocenie prawnej z tej perspektywy to m.in. [Bartkowiak, Domański i Luty 2012]:

- kwestia oceny zakresu informacji gospodarczych, którymi konkurujące szpitale mogą się dzielić w ramach budowy organizacyjnej grupy zakupowej oraz przeciwdziałania wymianie informacji w niedopuszczalnym zakresie;
- kwestia przeciwdziałania ewentualnemu nadużyciu pozycji dominującej (lub kolektywnej pozycji dominującej) od strony popytowej, na danym rynku właściwym, np. poprzez narzucanie uciążliwych warunków umów przez szpitale będące jedynymi odbiorcami danej kategorii produktów itp.

Równie istotne są przepisy ustawy – Prawo zamówień publicznych. Artykuł 15 P.z.p. stanowi, że „zamawiający może powierzyć przygotowanie lub przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia własnej jednostce organizacyjnej lub osobie trzeciej”. Z kolei art. 16 ust. 1 P.z.p. stanowi, że „Zamawiający mogą wspólnie przeprowadzić postępowanie i udzielić zamówienia, wyznaczając spośród siebie zamawiającego upoważnionego do przeprowadzenia postępowania i udzielenia zamówienia w ich imieniu i na ich rzecz”. To właśnie swoisty

„mix” przepisów o zewnętrznym usługodawcy zamówieniowym oraz prawie wykonania wspólnego zamówienia stanowi podwalinę prawną dla przyszłego funkcjonowania szpitalnych grup zakupowych.

Warto podkreślić kilka interesujących płaszczyzn problemowych, odnoszących się do wskazanych przepisów.

Po pierwsze, należy zaznaczyć, że „grupa zakupowa” nie posiada osobowości prawnej, bowiem jest w istocie dobrowolnym porozumieniem poszczególnych szpitali, które łączy wspólnota interesów i które wyrażają zgodę na przejęcie inicjatywy zamówieniowej przez jednego z nich (lidera grupy zakupowej). Oznacza to, że w praktyce szpitale będą zawierały wielostronną umowę, w której wyłoniony zostanie lider oraz zasady współpracy w ramach grupy zakupowej.

Po drugie, w modelu opierającymi się rozwiązaniach zagranicznych, lider powinien wyznaczyć w trybie art. 15 ust. 2 P.z.p. zewnętrznego usługodawcę-operatora, którego zadaniem będzie przeprowadzenie zamówienia w imieniu i na rzecz grupy zakupowej, a więc z perspektywy prawnej – w imieniu i na rzecz wszystkich szpitali zrzeszonych w takiej grupie. Usługodawca działa w takim modelu jako profesjonalny pełnomocnik (jednak nie agent) zrzeszonych szpitali. Oznacza to, że na gruncie projektowanej legislacji farmaceutycznej, usługodawca taki będzie musiał m.in. zarejestrować się jako pośrednik w obrocie produktami leczniczymi. Warto przy tym wskazać, że obowiązujące rozwiązania ustrojowo-finansowe skrajnie utrudniają (a w zasadzie wykluczają) inne usytuowanie prawne usługodawcy, np. jako niezależnego agenta (komisanta zakupu) finansowanego przez szpitale, który dokonuje obrotu produktami lub usługami kupowanymi dla szpitali we własnym imieniu a następnie przekazuje szpitalom nabyte towary lub usługi.

Po trzecie, wybór usługodawcy-operatora będzie również podlegał zasadom prawa zamówień publicznych. Jeżeli wynagrodzenie operatora przekroczy próg 14.000 EUR, jego wyłonienie będzie konieczne w jednym z trybów określonych przez P.z.p. (modelowo – w trybie przetargu nieograniczonego). Dużym wyzwaniem dla służb prawnych szpitali będzie opracowanie SIWZ oraz modelowej umowy z takim usługodawcą, a także kryteriów wyboru ofert.

Po czwarte, model współpracy z zewnętrznym usługodawcą-operatorem wymagać będzie ścisłego opisania jego funkcji. Rola operatora w rozwiązaniu modelowym polega na przejęciu wszystkich czynności związanych z postępowaniem, a największą wartością dodaną jest nakład pracy służący unifikacji i standaryzacji potrzeb zakupowych zgłoszonych przez poszczególnych członków grupy. Dopiero stworzenie jednej wspólnej specyfikacji istotnych

warunków zamówienia (tzw. SIWZ – jako podstawowy dokument przetargowy) będzie punktem wyjścia do ogłoszenia postępowania, które ma szansę przynieść opisane wyżej korzyści.

Po piąte, niezwykle ważny jest prawidłowy dobór samej metody korzystania ze wspólnych zamówień. Optymalne wydaje się „otwieranie” przez operatora grupy zakupowej szeregu kontraktów ramowych z dostawcami zewnętrznymi, w ramach których szpitale-członkowie grupy mogą składać własne konkretne zamówienia, korzystając z oszczędności wynikających z efektu skali.

5.2. Zasady i warunki współpracy podmiotów w procesie konsolidacji zakupów

Dobrowolny charakter porozumienia poszczególnych szpitali, które będą tworzyły grupę zakupową oznacza, że nowe podejście do sposobu organizacji zaopatrzenia medycznego, nie będzie wymagało tworzenia jakichkolwiek odrębnych struktur organizacyjnych po stronie świadczeniodawców, dedykowanych wyłącznie zadaniom związanym z działaniami grupowym. Przeciwnie, stopniowy rozwój zakupów grupowych, polegający na obejmowaniu tą formą coraz większej liczby asortymentu nie tylko medycznego, ale także innych potrzeb zakupowych szpitali, może na tyle zmniejszyć nakład pracy wykonywanej obecnie w tym zakresie, że w efekcie pozwoliłoby to na redukcję zatrudnienia w części struktur organizacyjnych za to odpowiedzialnych. Jak wynika bowiem z przedstawionych badań amerykańskich (tabela 23), menedżerowie tamtejszych szpitali szacują, że brak współpracy w ramach Szpitalnych Grup Zakupowych, spowodowałby konieczność stworzenia średnio dziewięciu dodatkowych etatów w każdym szpitalu.

Efekt zmniejszenia nakładu pracy po stronie szpitala wynika z faktu przejmowania większości zadań w procesie zaopatrzenia medycznego, przez zewnętrznego operatora, który będzie działał w imieniu i na rzecz członków grupy.

Pierwszy etap na drodze do zrealizowania wspólnych zakupów przez grupę, to wyłonienie zewnętrznego operatora, który w roli usługodawcy, będzie podejmował większość zadań wykonywanych dotychczas przez szpitale samodzielnie. Wyłonienie tego podmiotu nastąpi w drodze przetargu, który w imieniu grupy ogłosi lider, to jest jeden ze szpitali, będących w grupie podmiotów deklarujących wolę współpracy. Lider powstającej grupy zakupowej będzie prowadził postępowanie przetargowe, mające wyłonić operatora zewnętrznego, w oparciu o zapisy specyfikacji przetargowej uzgodnionej wspólnie dla

wszystkich członków grupy. Z tytułu outsourcingu procesu przetargowego, zewnętrzny operator będzie otrzymywał wynagrodzenie od każdego członka grupy zakupowej, kalkulowane w oparciu o koszty stałe (administracyjne) oraz opłaty prowizyjne, których wysokość będzie pochodną wolumenu/wartości asortymentu, będącego przedmiotem postępowania. Można zatem założyć, że najważniejszym kryterium w postępowaniu na wyłonienie operatora będzie procent wynagrodzenia prowizyjnego za realizowane zakupy, przy czym - im mniejszy procent będzie zadeklarowany, tym wyższa będzie ocena danej oferty. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na istotne różnice pomiędzy prezentowanymi doświadczeniami szpitali funkcjonujących w amerykańskim modelu Szpitalnych Grup Zakupowych, a formule spodziewanej w warunkach polskich.

Zasadnicza rozbieżność dotyczy źródeł przychodów operatora przetargowego, który w wydaniu amerykańskim zdecydowaną ich większość uzyskuje od dostawców wyrobów i usług, a tylko ich część od szpitali, co zostało zaprezentowane w rozdziale 3.3. Taki sposób finansowania nie będzie możliwy w realiach polskich, bowiem byłoby to wbrew Ustawie o zamówieniach publicznych. Zatem zasadnicze źródło przychodów dla operatora, to stała opłata administracyjna, jaką szpital będzie wносił z tytułu członkostwa w grupie i uzależniona od wielkości szpitala, oraz prowizja procentowa od wolumenu zakupów. Nie oznacza to jednak, że operator będzie pozbawiony jakichkolwiek wpływów od dostawców.

Analogicznie do zaprezentowanych doświadczeń pochodzących z innych rynków, można przypuszczać, że stopniowy rozwój zakupów grupowych przyniesie także wzrost znaczenia i roli operatora, świadczącego usługi wykraczające coraz szerzej poza unifikację i optymalizację asortymentu. W odniesieniu do dostawców warto w tym miejscu przywołać, prezentowaną także wcześniej, aktywność operatora jaką jest koordynacja działań promocyjnych dostawców wśród użytkowników, między innymi w formie organizowania szkoleń, sympozjów i innego rodzaju forum wymiany doświadczeń i praktyk, w których uczestniczą przedstawiciele wielu szpitali jednocześnie. Działalność tego typu to usługi, za które dostawcy będą płacić wynagrodzenia operatorom.

Innym przykładem strumienia potencjalnych przepływów od dostawców do operatorów, może być stworzenie płaszczyzny przekazów reklamowych dotyczących nowych produktów i usług, za pośrednictwem narzędzi wymiany informacji pomiędzy szpitalami, a dostawcami. W tym celu wykorzystuje się aktualnie nowoczesne technologie IT, jak na przykład platformy zakupowe, porównywarki produktów oraz wszelkie elektroniczne bazy danych, z których korzystają zarówno dostawcy, jak i odbiorcy. Tego typu rozwiązania są już obecnie stosowane przez operatorów zakupów grupowych w USA i w Niemczech, jako

narzędzia codziennej pracy osób odpowiedzialnych za unifikację i optymalizację asortymentu, specyfikowanego jako potrzeby zakupowe poszczególnych szpitali wewnątrz grupy. Podobnie jak typowe witryny internetowe, mogą one zawierać lokowanie produktu, na przykład w formie ruchomych banerów graficznych, a więc reklamę, za którą płaci zleceniodawca – w tym wypadku dostawca wyrobu lub usługi medycznej.

Wpływy z tytułu reklam, mogą okazać się istotnym źródłem przychodów dla operatorów przetargowych w Polsce, bowiem koordynacja asortymentu, który będzie przedmiotem specyfikacji wspólnej dla wszystkich członków grupy, będzie wymagała zebrania informacji od wielu użytkowników po stronie szpitala, którzy stanowią ważną grupę docelową, będącą adresatem przekazu promocyjnego producentów i dostawców wyrobów i usług medycznych i produktów leczniczych. Tym bardziej, że wykorzystywanie takich kanałów promocyjnych i reklamowych, może okazać się częściową alternatywą dla zasobów ludzkich, które stanowią znacznie większe obciążenie kosztowe dla dostawców. Nie bez znaczenia jest także fakt coraz bardziej restrykcyjnego prawodawstwa w zakresie prowadzenia w Polsce bezpośredniej promocji produktów leczniczych i wyrobów medycznych, kierowanej od osób uprawnionych do ich stosowania.

Inna, nie mniej znacząca różnica między systemem amerykańskim, a takim który ma szansę rozwinąć się w Polsce, dotyczy sposobu rozwoju samej grupy zakupowej, co do jej składu i liczebności. Jak wykazano we wcześniejszych częściach pracy, poświęconych dotychczasowym doświadczeniom światowym, oraz co wynika chociażby z klasycznego ujęcia układu sił konkurencyjnych w każdym sektorze (koncepcja Portera), siła przetargowa odbiorców jest pochodną ich liczebności, a więc skali zakupów. Zatem naturalne jest dążenie do możliwie największej liczebności grupy zakupowej, w celu uzyskania efektu skali wolumenu zakupów. Można to było prześledzić na przykładzie rankingu amerykańskich grup zakupowych, prezentowanego w tabeli 13 i taki sam trendu można prognozować co do rozwoju tej formy kooperacji szpitali w Polsce.

W warunkach amerykańskich, rekrutacja nowych członków grupy zakupowej odbywa się płynnie, w zasadzie w sposób ciągły. Realia polskie, wynikające z reżimu zamówień publicznych, dyktują natomiast każdemu nowemu podmiotowi tryb przystąpienia do grupy, w którym niezbędne jest rozstrzygnięcie przetargu na świadczenie usług. Trudno sobie wyobrazić, aby każdy kolejny szpital organizował samodzielnie przetarg, chcąc przystąpić do już istniejącej grupy.

Zatem w praktyce, w warunkach polskich prawdopodobny jest scenariusz, w którym w sposób naturalny zbierze się kolejna grupa szpitali zachęconych korzyściami uzyskanymi

przez prekursorów i zainteresowanych przystąpieniem do takiego porozumienia. Choć stanowi to istotną różnicę co do trybu rozwoju grupy zakupowej, to nie powinno być barierą rozwoju nowej formy współpracy, jako że przetarg może być rozstrzygnięty na kilka lat i co do rodzaju usług, w ramach których może być prowadzone na przykład całe zaopatrzenie medyczne. Zatem jednorazowe wyłonienie operatora będzie załatwiało potrzeby w tym zakresie, w skali kilku lat.

Wymienione różnice pomiędzy modelami zakupów grupowych, rozwiniętymi już w systemach opieki zdrowotnej na przedstawionych rynkach, a spodziewanym charakterem rozwiązań, jakie mają szansę zaistnieć w realiach polskich, nie zniekształcają idei i fundamentalnych celów, dla jakich koncepcje te zostały rozwinięte, a jedynie stwarzają odmienne warunki dla rozwoju tej formy w Polsce. Myślą przewodnią i głównym zamiarem działania w każdej lokalnej, krajowej odmianie modelu prowadzenia zakupów grupowych, w dalszym ciągu będzie racjonalizacja kosztów procesów zaopatrzenia. Aby tego dokonać należy znaleźć wspólny mianownik – zbiór, będący elementem wspólnym dla zbiorów w postaci cząstkowych specyfikacji potrzeb w danym asortymencie, pochodzących od poszczególnych członków grupy, to jest indywidualnych szpitali. Proces ten jest, w swej istocie, standaryzacją i unifikacją potrzeb generowanych przez różnych użytkowników w każdym szpitalu osobno, oraz pomiędzy poszczególnymi placówkami.

Esencja pracy operatora przetargowego, jaką jest stworzenie specyfikacji potrzeb zakupowych, spełniającej wymogi zaopatrzeniowe wszystkich członków grupy zainteresowanych danym asortymentem, jest elementem łączącym wszystkie odmiany tej koncepcji biznesowej, jakie rozwinęły się dotychczas i jakie mogą się pojawić, w tym na rynku polskim. Niezależnie bowiem od tego, czy mamy do czynienia z gospodarowaniem mieniem publicznym, podlegającym wymogom jakiegokolwiek ustawodawstwa w tym zakresie, czy jest to dominacja majątku prywatnego (patrz system amerykański), to zarówno postępowania przetargowe, jak i klasyczne negocjacje warunków handlowych – muszą prowadzić do obniżki cen zakupów, jako wyznacznika racjonalizacji i zarazem warunku brzegowego tego typu działania.

Można zatem przyjąć, że organizacja bieżącej pracy służącej unifikacji asortymentu będzie przebiegać analogicznie do praktyk amerykańskich, czy niemieckich. Szeroki zakres asortymentu medycznego, oraz jego głęboka specjalizacja i zaawansowanie techniczne – z jednej strony, a także specyfika samej branży usług medycznej i wynikająca z niej odpowiedzialność co do kupowanego i dostarczanego sprzętu – z drugiej strony, wymagają od operatorów zatrudniania fachowców o wysokich kwalifikacjach w zakresie wiedzy

produktowej, technicznej oraz znajomości rynku. Ich codzienna praca polega na permanentnych kontaktach z użytkownikami – w praktyce personelem lekarskim oraz średnim: technicznym i pielęgniarskim. Celem tych działań jest zarówno tworzenie wspólnych specyfikacji, jak też precyzyjne koordynowanie potrzeb zakupowych w czasie oraz, w dalszej kolejności, zaplanowanie wszystkich etapów procesów zaopatrzeniowych dla przeprowadzenia działań na potrzeby grupy szpitali.

Można się spodziewać, że szczególnie w początkowym okresie kształtowania nowej formuły zakupów, oprócz stworzenia nowej specyfikacji łączącej potrzeby wszystkich podmiotów, zadania harmonizacji co do terminu, postępowań na poszczególne zakresy asortymentowe, będą stanowiły główne zadania operatora. Wynika to z faktu, iż każdy szpital, w różnym czasie w ciągu roku, organizuje postępowania z danego zakresu. Zatem precyzyjne planowanie i koordynacja w czasie działań zmierzających do organizacji postępowań przetargowych na potrzeby poszczególnych członków grupy, to kolejna zasada która musi być spełniona, by grupowe zakupy zaopatrzenia medycznego miały szanse osiągnąć stawiane cele.

Podsumowując zasady i warunki współpracy w ramach grup zakupowych, jakie mogą się rozwijać na gruncie polskim, warto raz jeszcze podkreślić, iż porozumienie szpitali będzie miało charakter dobrowolny, bowiem fakt ten implikuje określony styl i charakter tego typu kooperacji. Osoby odpowiedzialne po stronie szpitala za współpracę z operatorami, będą musiały być przychylnie i życzliwie ustosunkowane do projektu oraz wykazywać dobrą wolę i otwartość we współdziałaniu. Jako, że jest to nowa forma współpracy, muszą zostać wypracowane określone standardy i sposoby komunikacji oraz schematy bieżącej współpracy.

Bez wątpienia kluczową rolę do odegrania w tych procesach, będą mieli zewnętrzni operatorzy, których przedstawiciele będą musieli wykazać się nie tylko wiedzą fachową odnośnie danych obszarów asortymentowych i kompetencjami analitycznymi, ale także wysokim poziomem tak zwanych miękkich zdolności z obszaru interakcji międzyludzkich. Umiejętność wpływania na współpracowników, ich przekonywania i motywowania do określonych działań, oraz koncyliacyjne podejście do poszukiwania kompromisowych rozwiązań to cechy, które będą określały profil skutecznych menedżerów i specjalistów pracujących dla operatorów przetargowych.

5.3. Perspektywy i kierunki rozwoju nowej formy organizacji procesów zakupowych w publicznym szpitalnictwie polskiego sektora opieki zdrowotnej

Optymalizacja kosztów zaopatrzenia medycznego szpitala i szerzej, całkowitych kosztów jego funkcjonowania, to nie jedyna, a już na pewno nie wystarczająca dziś płaszczyzna osiągnięcia przewagi konkurencyjnej. Nasilająca się coraz bardziej rywalizacja szpitali o pacjenta, przejawia się poszukiwaniem skutecznego sposobu wyróżnienia swojej oferty usług medycznych, głównie poprzez wzbogacenie produktu o dodatkowe elementy. Tendencja ta, widoczna już dziś na wielu rynkach europejskich i amerykańskim, stwarza nowe możliwości współpracy pomiędzy szpitalami, a dostawcami wyrobów i usług medycznych, jak również zaangażowania w te procesy Szpitalnych Grup Zakupowych.

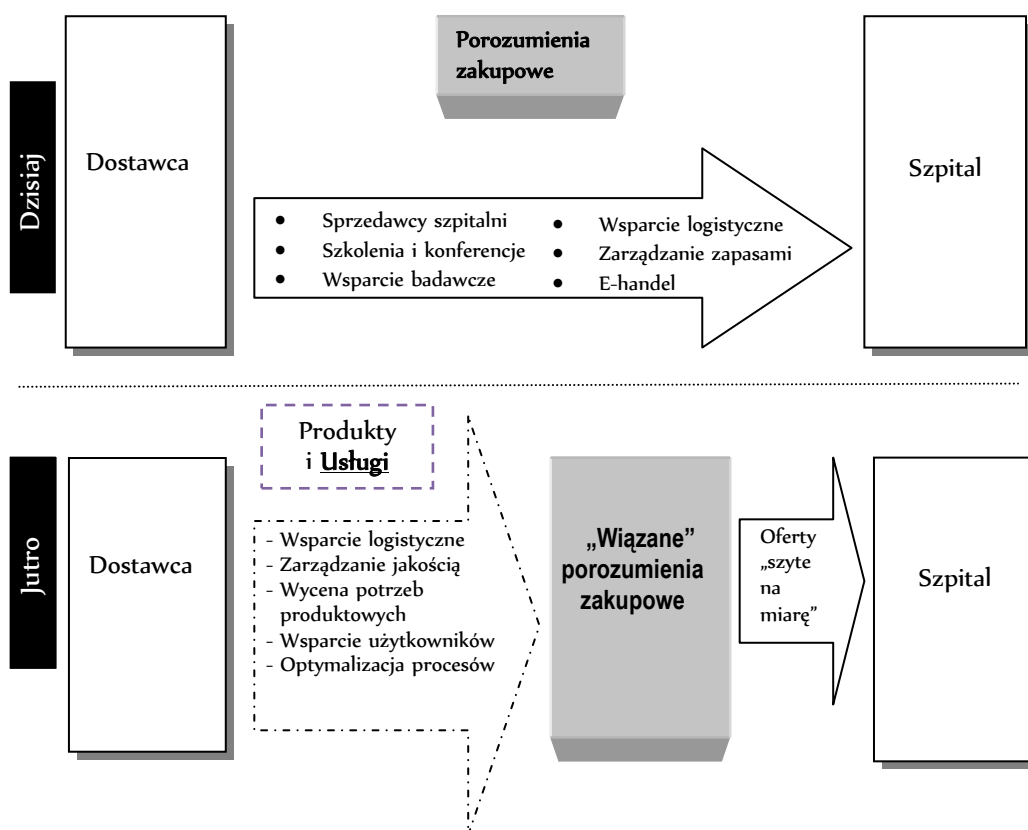
Przykładem tego jest zaangażowanie dostawców produktów służących zarówno opiece szpitalnej, jak też ambulatoryjnej i domowej, w kontynuację leczenia pacjenta po zakończeniu pobytu szpitalnego. Jeżeli szpital monitoruje pacjenta i świadczy jemu w dalszym ciągu pewne usługi, kiedy ten już opuścił placówkę – co jest działaniem które ma wyróżnić szpital na tle konkurencji – potrzebuje on wsparcia dostawców. To z kolei generuje potrzebę koordynacji działań między placówkami w grupie, przez operatora zakupowego.

Spektrum działań, jakie grupa zakupowa może przejmować zarówno od dostawcy, jak i szpitala jest szerokie i wykracza dalece poza negocjacje cen i warunków dostaw. Oprócz funkcji stricte związanych z przepływem towarów, jak: zarządzanie zapasami, logistyka dostaw czy platforma sprzedażowa (e-commerce), istnieje wiele innych obszarów, gdzie można prowadzić wspólne działania dla kilku (wszystkich) członków grupy zakupowej. Należą do nich przykładowo, opisane we wcześniejszych częściach dysertacji:

- koordynacja promocji, szkoleń i konferencji,
- standaryzacja procedur i norm jakościowych,
- koordynacja badań klinicznych.

Rysunek 15 ilustruje tendencję przejmowania kolejnych funkcji od dostawców przez porozumienia zakupowe, które będą przygotowywały i oferowały obydwu stronom programy wiążące w coraz większym stopniu różne elementy dodatkowe, wykraczające poza negocjacje cenowe. Taka ewolucja form współpracy pozwala na zacieśnianie relacji między partnerami oraz koncentrację wielu funkcji na ogniwie, jakim jest Szpitalna Grupa Zakupowa.

Innym aspektem i konsekwencją takiej ewolucji jest konieczność adaptacji modelu sprzedażowego stosowanego przez dostawców w relacjach z grupami zakupowymi oraz ze szpitalami. Doświadczenia organizacji sprzedażowych wytwórców i dystrybutorów sprzętu

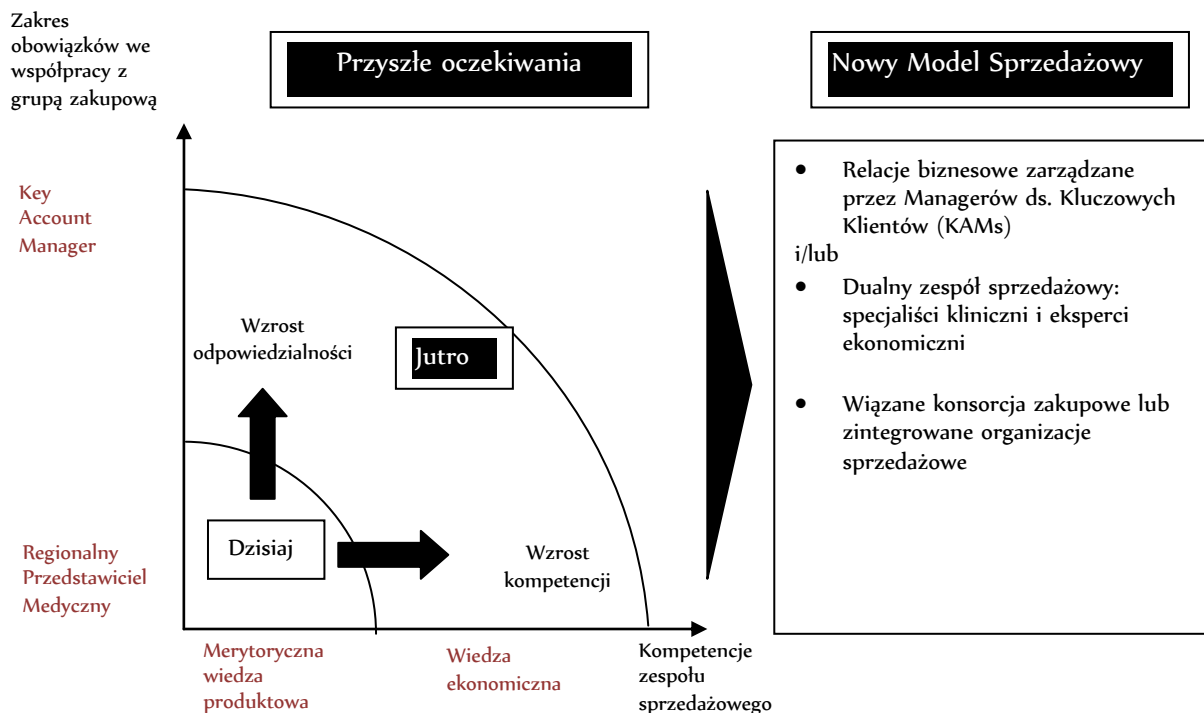


Rysunek 15. Zacieśnianie relacji i koncentracja funkcji w łańcuchu wartości.

Źródło: [Kruetten, Rautenberg, Liefner 2005].

medycznego oraz produktów leczniczych w USA i krajach Europy Zachodniej pokazują potrzebę silniejszego rozwoju kompetencji ekonomicznych handlowców, czego szczególną formą są dualne organizacje działów sprzedaży: przedstawiciele medycznych oraz tzw. key account managerów. Jeśli grupy zakupowe rozwijają działania powiększając portfolio swoich usług, również dostawcy muszą silniej akcentować potrzebę przygotowania po swojej stronie właściwych specjalistów, zorientowanych na kształtowanie oferty związanej produkt – usługa, wspierającej sprzedaż.

Konieczność rozwoju kompetencji ekonomicznych handlowców dystrybutora ilustruje rysunek 16. Stan obecny to akcent na promocję w oparciu o argumenty merytoryczne, podczas kiedy wyzwania dnia jutra będą zmuszały do równoległego rozwoju narzędzi ekonomicznych.



Rysunek 16. Kierunki rozwoju i ewolucji modelu sprzedażowego dostawców.
 Źródło: [Kruetten, Rautenberg, Liefner 2005].

Zarówno trend polegający na dążeniu szpitali do zróżnicowania swojej oferty rynkowej, który skutkować może przesunięciami funkcji, a nawet ich zmianom w łańcuchu tworzenia wartości dla pacjenta, jak również ewolucja modelu sprzedażowego dostawców, to zjawiska, które – zdaniem autora – mają szanse pojawić się na polskim rynku usług szpitalnych, w niezbyt odległej perspektywie. Teza taka wydaje się uzasadniona, z uwagi na kluczowe elementy charakterystyczne dla rynku polskiego w tym obszarze, które nie odbiegają znacząco od warunków panujących na dojrzałych rynkach światowych.

Po pierwsze, poruszony już wielokrotnie w niniejszej dysertacji, całościowy aspekt finansowy systemów opieki zdrowotnej, zarówno w wymiarze wielkości nakładów na system, stanu jego infrastruktury, potrzeb wynikających z trendów demograficznych – nakazują poszukiwać skutecznych strategii racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego. Zatem także w warunkach polskich, może to być jeden z kluczowych stymulantów rozwoju SGZ.

Po drugie, kwestia konieczności traktowania oferty szpitala w kategoriach marketingowych, a więc rywalizacji o klienta – pacjenta, badania percepcji i pozycjonowania swojej oferty, jej różnicowania – wydaje się także przesadzona. Pomimo braku jeszcze

w systemie, klasycznej formy konkurencji dla jedyne go płatnika publicznego, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, już dziś trwa rywalizacja świadczeniodawców o wielkość kontraktu z NFZ. Proces nabierze dynamiki z chwilą zmian systemowych, polegających na otwarciu rynku dla nowych ubezpieczycieli, co jawi coraz jaskrawiej jako konieczność bez alternatywy.

Po trzecie, sposób działania dostawców wyrobów i usług medycznych nie różni się już praktycznie w ogóle pomiędzy rynkiem polskim, a innymi. Oczywiście istnieją, czasem nawet znaczne różnice, wynikające z odmiennych realiów prawnych w poszczególnych krajach, co ma swoje implikacje w sposobach działania i organizacji, na przykład promocji, uczestniczenia w postępowaniach przetargowych oraz inne, jednak różnice te ulegają stopniowemu zacieraniu, na przykład w obszarze Unii Europejskiej, gdzie dąży się do harmonizacji legislacyjnej. Zatem naturalną konsekwencją może być scenariusz, w którym model sprzedażowy na polskim rynku medycznym, będzie podlegał tym samym trendom ewolucyjnym i przeobrażeniom, co na pozostałych rynkach krajów wysoko rozwiniętych.

Argument czwarty, pozwalający przewidywać sukcesywny rozwój grupowych form zaopatrzenia medycznego, to zaprezentowany w rozdziale czwartym, stopień znajomości zagadnienia i świadomości korzyści z wprowadzenia nowych rozwiązań, wśród menedżerów zarządzających szpitalami i innymi świadczeniodawcami usług opieki zdrowotnej. Kwintesencją prezentowanych badań w tym zakresie, jest ich gotowość do podjęcia nowatorskich działań i chęć poznania efektów pierwszych praktyk na gruncie polskim.

Wydaje się zatem, że nie ma istotnych barier dla zmaterializowania pierwszych inicjatyw z zakresu grupowych form prowadzenia zaopatrzenia medycznego, jakie pojawiają się w środowisku szpitali zarządzających mieniem publicznym w Polsce. W ocenie autora, w perspektywie najbliższych kilku, kilkunastu kwartałów, można się spodziewać pierwszych sygnałów działań przyszłych operatorów, oferujących szpitalom w Polsce, przejęcie od nich zadań służących zaopatrzeniu medycznemu. Nie wykluczone, że będą to przedstawicielstwa podmiotów, które zdobyły wieloletnie doświadczenie na rynkach zachodnioeuropejskich i amerykańskim, gotowe do transferu i stosownej adaptacji swojego know-how.

Zakończenie

Charakterystyka poziomu, sposobu i tempa zmian finansowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, której poświęcono obszerną część dysertacji, ukazuje dystans dzielący tę istotną sferę rodzimego życia publicznego, od systemów funkcjonujących w większości krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Ukazanie danych polskich na tle tej właśnie grupy wydaje się o tyle miarodajne, że OECD stanowi forum wspierające kraje członkowskie w dążeniach do osiągnięcia jak najwyższego poziomu wzrostu gospodarczego i stopy życiowej obywateli, którą wymiennie 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 ponad 100%.

Oprócz wysokiego poziomu wydatków na system opieki, co roku obserwuje się ich przyrost, 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 Fundacja 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 ogólnoswiatowym kryzysem, jednak pojawiają się już prognozy wzrostu tego tempa w latach 2015-2020, w miarę dostrzegania symptomów przesilenia najbardziej negatywnych nurtów w światowej gospodarce. [Kaiser Family Foundation, 2013]

Pomimo tak wysokich środków przeznaczanych na opiekę medyczną w innych krajach, także i 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 pięćdziesięciu milionów Amerykanów i w efekcie, znaleźć źródło finansowania kosztów udzielanych im świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanych w znacznej mierze przez szpitale.

Wysokie i rosące 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 pracy.

Przedmiotem dysertacji jest próba kompleksowego ukazania nowatorskiej, w warunkach polskich, metody racjonalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali, w oparciu o tworzenie 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 do krajów wiodących 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 na próbie 57 szpitali, co stanowi ponad 10% szpitali publicznych w Polsce, zmierzające do ustalenia poziomu i struktury kosztów zaopatrzenia medycznego w szpitalach polskich;
- opis oraz wnioski z badań z użyciem techniki wywiadu bezpośredniego, przeprowadzonych wśród menedżerów publicznych szpitali polskich, 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 kreślonych wariantach i scenariuszach rozwoju koncepcji skonsolidowanych zakupów;

- opracowanie zbioru zasad i praktycznych wskazówek odnośnie możliwości tworzenia Szpitalnych Grupach 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 pracy, poświęconej charakterystyce systemu opieki zdrowotnej, jego finansowaniu oraz organizacji szpitalnictwa, dokonano przeglądu i wykorzystano literaturę polską oraz krajowe źródła danych 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, co było treścią hipotezy szczegółowej numer dwa. Hipoteza pierwsza brzmiała: „konsolidacja zakupów istotnie obniża poziom kosztów zaopatrzenia medycznego szpitali”, również została potwierdzona. Jeśli bowiem przyjąć, że w warunkach polskich uda się osiągnąć poziom redukcji kosztów zbliżony do przynajmniej minimalnego wariantu efektywności, jakie uzyskują amerykańskie SGZ, stanowiący około 10% redukcję kosztów, to przy wyjściowej wartości całości kosztów zaopatrzenia medycznego na poziomie 25% budżetu szpitala – jest to kwota istotna w budżecie każdej placówki gospodarującej mieniem publicznym. Hipoteza trzecia dotyczyła potencjalnych efektów makroekonomicznych, dzięki bardziej masowemu upowszechnieniu się idei konsolidacji zakupów grupowych. Przeprowadzone na potrzeby niniejszej dysertacji 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 SGZ, a także poziomu efektywności obniżki kosztów, oszczędności mogą zawierać się w przedziale od ponad stu milionów 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 hipotezy głównej 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 pożądaną efekt, pomimo wymiernych dla budżetu korzyści ekonomicznych.

Zaprezentowana praca poszerza dorobek naukowy z zakresu problematyki zarządzania szpitalami w sferze optymalizacji kosztów zaopatrzenia medycznego, o niestosowane dotychczas, w warunkach polskich, koncepcje konsolidacji zakupów medycznych na drodze tworzenia grup zakupowych. Ich powstanie i rozwój na polskim rynku świadczeń opieki zdrowotnej jakiego można się spodziewać, dostarczy z pewnością nowego materiału dla dalszych badań empirycznych weryfikujących spodziewaną opłacalność ekonomiczną.

Bibliografia załącznikowa

- Antoszkiewicz, J. D., 1996, *Metody skutecznego zarządzania*, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle „ORGMASZ”, Warszawa.
- Balicki, M., 2011, *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia (stan na 31.12. 2009)*, w: Opolski, J., (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. Tom I*, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa.
- Bank, J., 1996, *Zarządzanie przez jakość*, Wydawnictwo Gebethner i Ska, Warszawa.
- Bartkowiak, P., Domański, J., 2012, *Konsolidacja zakupów na rynku usług medycznych – ukryte potencjały szpitali, wyzwania dla dostawców*, materiały konferencyjne ..., Szczecin.
- Bartkowiak, P., Domański, J., Luty, O., 2012, *Ekonomiczne i prawne uwarunkowania tworzenia Szpitalnych Grup Zakupowych w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, materiały konferencyjne ..., Warszawa.
- Bartkowiak, P., Niewiadomski, P., 2011, *Menedżer a kierownik w organizacji*, w: *Zarządzanie finansami w jednostkach samorządu terytorialnego*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 687, Finanse, rynki finansowe, ubezpieczenia nr 48, Szczecin.
- Bieniok, H., Kraśnicka, T. (red.), 2008, *Innowacje zarządcze w biznesie i sektorze publicznym*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice.
- Bloch, R. E., Perlman, S. P., Brown J. S., 2003, *An Analysis of Group Purchasing Organizations' contracting practices under the Antitrust Laws: Myth and reality*, Mayer, Brown Rowe & MAW, Waszyngton.
- Boulhol, H., Sowa, A., Golinowska, S., Sicari, P., 2012, *Improving the Health-Care System in Poland*, OECD Economics Department Working Papers, No. 957, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k9b7bn5qzvd- en> [dostęp: 18.02.2013].
- Burns, L. R., and Wharton School Colleagues, 2002, *The Health Care Value Chain. Producers, Purchasers, and Providers*, John Wiley & Sons, San Francisco.
- Centers for Medicare and Medicaid, 2013, <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare.html> [dostęp: 20.05.2013].
- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012, *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa, <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=6> [dostęp: 18.02.2013].

- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2013, Formularz statystyczny za rok 2012, *MZ-29 sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego*, http://www.csioz.gov.pl/src/files/mz/MZ-29_2012.pdf [dostęp: 23.02.2013].
- Chluska, J., 2008, *Model rachunku kosztów standardowych świadczeń zdrowotnych szpitala*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa.
- Dobska, M., Rogoziński, K. (red. n.), 2008, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dobska, M., Dobski, P., 2012, *Zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Drucker, P. F., 2008, *Myśli przewodnie. The Essentials Drucker*, MT Biznes, Warszawa.
- Dyrektywa 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 roku, w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi, Dziennik Urzędowy Wspólnot Europejskich, L 311/1, 28.11.2001.
- Goldenberg, D. E., King, R., 2009, *A 2008 Update of Cost savings and a Marketplace Analysis of the Health Care Group Purchasing Industry*, Locus Systems, Inc., http://c.ymcdn.com/sites/www.supplychainassociation.org/resource/resmgr/research/goldenberg_king.pdf [dostęp: 20.03.2013].
- Gruszecki, T., 2002, *Współczesne teorie przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Grześkowiak, E., 2009, *Potrzeby w zakresie farmacji szpitalnej w skali poszczególnych województw i kraju w latach 2009- 2015*, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/78_farmacja_szpitalna_13072011.pdf [dostęp: 07.02.2013].
- GUS, 2012, *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok*, Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2010.pdf [dostęp: 19.02.2013].
- GUS, 2013, *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 roku*, Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy, Warszawa, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_podst_inf_o_rozwoju_dem_pl_do_2012.pdf [dostęp: 17.02.2013].
- GUS, 2012, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2012*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.

- GUS, 2012, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011r.*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa.
- Hamrol, A., 2008, *Zarządzanie jakością z przykładami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Healthcare Group Purchasing Industry Initiative, 2012, *Seventh Annual Report to the Public*, Waszyngton, <http://www.healthcaregpoii.com/images/SeventhAnnual-HGPII-Annual-Report-2012.pdf> [dostęp: 08.03.2013].
- Healthcare Supply Chain Association, 2012, <http://www.supplychainassociation.org/?page=FAQ>, [dostęp: 01.03.2013].
- Jaklik, A., Micherda, B., 1993, *Zasady rachunkowości*, WSiP, Warszawa.
- Karaszewski, R., 2003, *Systemy zarządzania jakością największych korporacji świata i ich dyfuzja (zjawisko, rozwój, znaczenie)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Kaiser Family Foundation, 2013, Enrollment-Driven Expenditure Growth: Medicaid Spending during the Economic Downturn, FY 2007-2011, <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/05/8309-02.pdf>, [dostęp: 25.05.2013].
- Kotarbiński, T., 2000, *Dziela wszystkie. Traktat o dobrej robocie*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Kotler, Ph., Shalowitz, J., Stevens, R. J., 2011, *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Kruetten, M., Joerg., Rautenberg, F., Liefner, M., 2005, *Future Relevance and Consequences of Hospital Purchasing Cooperatives for Medical Technology Suppliers in Germany*, Simon. Kucher & Partners.
- Kuczyński, P., 2012, *Wspólne zakupy szpitali - wyniki badania opinii menedżerów szpitali*, dane wewnętrzne firmy Communication Service Sp. z o. o..
- Kulis, I., Kulis, M., Stylo, W., 1999, *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, UWM Vesalius, Kraków.
- Langabeer II, J. R., 2008, *Health Care Operations Management. A Quantitative Approach to Business and Logistics*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts.
- Leading GPO's by Hospital Membership*, 2010, http://www.billianshealthdata.com/news/vitals/InFocus/Leading_GPOs_by_Hospital_Membership [dostęp: 02.03.2013].

- Łańcucki, J., 2010, *Znormalizowane systemy zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań.
- Markowski, A. (red.), 2011, *Wielki słownik poprawnej polszczyzny PWN*, Warszawa.
- Mc Kee, M., Healy, J., 2002, *Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems*, Open University Press, Buckingham and Philadelphia.
- Ministerstwo Zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznych, 2007, „Koszyk” świadczeń gwarantowanych Część I. Dokumentacja wdrożenia trzeciego punktu Programu Ministra Zdrowia Prof. dr hab. med. Zbigniewa Religi. Katalog świadczeń o udowodnionej skuteczności medycznej (Koszyk Gwarantowanych Świadczeń Opieki Zdrowotnej). Zmiany systemu i trybu podejmowania decyzji o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w oparciu o dowody naukowe. *Metodyka liczenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej dostosowana do proponowanego systemu podejmowania decyzji o finansowaniu świadczeń*, Warszawa.
- Nojszewska, E. (red.), 2012, *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Nojszewska, E., 2011, *Systemy ochrony zdrowia w Polsce*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Nowa encyklopedia powszechna PWN. T. 4.*, 1996, PWN, Warszawa.
- OECD, 2012, *Health at a Glance: Europe 2012*, 2012 , OECD Publishing, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en [dostęp: 30.01.2013].
- OECD, 2012, *OECD Health Data 2012, How Does Poland Compare*, <http://www.oecd.org/poland/BriefingNotePOLAND2012.pdf> [dostęp: 05.02.2013].
- Opolski, J. (red.), 2011, *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, TOM I*, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa.
- Physician Preference Item (PPI) Consulting*, 2013, MedAssets, <http://www.medassets.com/Our-Solutions/Supply-Chain-Management/Supply-Chain-Optimization/Pages/PPI-Cost-Reduction.aspx> [dostęp: 07.03.2013].
- Polański, E. (red.), *Wielki słownik ortograficzny PWN z zasadami pisowni i interpunkcji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Porter, M. E., Teisberg Olmsted, E., 2006, *Redefining Health Care. Creating Value – Based Competition on Result*, Harvard Business School Press, Boston.
- Pritchard, J. I., 2012, *Muddy Waters. Making Sense of the Healthcare Supply Chain In the Era of Reform*, MDSI, Lawrenceville.

- Pszczółowski, T., 1978, *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Zakład Narodowy imienia Ossolińskich, Wrocław.
- Rozporządzenie MZiOS z 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U., nr 164, poz. 1194.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, Dz.U., nr 213, poz. 1568.
- Rój, J., Sobiech, J., 2006, *Zarządzanie finansami szpitala*, Wolters Kluwer. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa.
- Rudawska, I., Urbańczyk, E., 2012, *Opieka zdrowotna. Zagadnienia ekonomiczne*, Difin, Warszawa.
- Rudawska, I., 2007, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Rutkowski, I. P., 2011, *Strategie produktu. Koncepcje i metody zarządzania ofertą produktową*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Rutkowski, K., 2004, *Zarządzanie łańcuchem dostaw – próba sprecyzowania terminu i określenia związków z logistyką*, Gospodarka Materiałowa i Logistyka, Nr 12.
- Safe Harbor Regulations*, 2013, U.S. Department of Health & Human Services, Office of Inspector General, <https://oig.hhs.gov/compliance/safe-harbor-regulations/index.asp>, [dostęp: 08.03.2013].
- Sanecki, M., 2011, *Epidemiologia jako podstawowe narzędzie zdrowia publicznego. Determinanty zdrowia. Diagnozowanie sytuacji zdrowotnej*, w: Opolski, J., (red.), 2011, *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. Tom I*, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa.
- Schneller, E. S., Smeltzer, L. R., 2006, *Strategic Management of the Health Care Supply Chain*, John Wiley & Sons, San Francisco.
- Schneller, E. S., 2009, *The Value of Group Purchasing - 2009: Meeting the Need for Strategic Savings*, Health Care Sector Advances, Inc., Scottsdale, Arizona.
- Sethi, P. S., 2009, *Group Purchasing Organizations*, Palgrave Macmillan, Nowy Jork.
- Skalik, J., 2009, *Wykorzystanie współczesnych metod organizacji i zarządzania w procesie restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej*, w: Zimmiewicz, K., (red.), *Instrumenty zarządzania we współczesnym przedsiębiorstwie – nowe kierunki*, Zeszyty Naukowe nr 129, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań.
- Słownik języka polskiego PWN. Tom A-K*, 2002, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Stępniewski, J. (red.), 2011, *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Stępniewski, J. (red.), 2008, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Styło, W., 2002, *Zasady kalkulacji kosztów indywidualnych leczenia pacjenta*, Kraków, <http://www.bpz.gov.pl/old/file/KOszty%20jednostkowe.pdf> [dostęp: 01.04.2013].
- Sudoł, S., 2006, *Przedsiębiorstwo. Podstawy nauki o przedsiębiorstwie. Zarządzanie przedsiębiorstwem*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Szpital Wojewódzki w Opolu, *Regulamin organizacyjny*, 2006, Opole, <http://nowawersja.szpital.opole.pl/sites/default/files/bip/Regulamin%20organizacyjny%20-%20czerwiec%202012%20r..pdf> [dostęp: 03.02.2013].
- The 2010 U.S. Hip & Knee Implant Market, 2011*, Orthopedic Network News, Vol. 22, No. 3, <http://recon.orthopedicnetworknews.com/archives/onn223page6.pdf> [dostęp: 14.04.2013].
- United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division. World Population Prospects: The 2010, Volume II: Demographic Profiles., <http://esa.un.org/wpp/country-profiles/pdf/616.pdf> [dostęp: 15.02.2013].
- United States Government Accountability Office, 2010, *Group Purchasing Organizations. Services Provided to Customers and Initiatives Regarding Their Business Practices. Report to the Ranking Member, Committee on Finance, U.S. Senate, Waszyngton*, <http://www.grassley.senate.gov/about/upload/d10738.pdf> [dostęp: 12.03.2013].
- United States Government Accountability Office, 2003, *Use of Contracting Processes and Strategies to Award Contracts for Medical-Surgical Products. Testimony Before the Subcommittee on Antitrust, Competition Policy and Consumer Rights, Committee on the Judiciary, U.S. Senate, Waszyngton*, <http://www.gao.gov/products/GAO-03-998T> [dostęp: 03.03.2013].
- Urbaniak, M., 2004, *Zarządzanie jakością*, Difin, Warszawa.
- Urbanowska-Sojkin, E., Banaszyk, P., Witczak, H., 2004, *Zarządzanie strategiczne przedsiębiorstwem*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Ustawa z dnia 29 stycznia 1948 r. o ratyfikacji konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, jak również porozumienia zawartego przez rządy reprezentowane na międzynarodowej konferencji zdrowia oraz protokołu dotyczącego Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisanych w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz. U., nr 10 poz. 72.

- Ustawa z 20 kwietnia 1948 r. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz. U., nr 1948 nr 61 poz. 477.
- Ustawa z 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U., nr 78 poz. 483.
- Ustawa z 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U., nr 126, poz. 1381.
- Ustawa z 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, Dz. U., nr 113, poz. 739.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U., nr 210, poz. 2135.
- Ustawa z 17 grudnia 2004 o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, Dz.U., z 2005 nr 14, poz. 114, ost. zm.: Dz.U. z 2011 r. nr 240, poz. 1429.
- Ustawa z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz.U., nr 107, poz. 679.
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U., nr 112, poz. 654.
- Vogel, L., 2009, *Macroeconomic effects of cost savings in public procurement*. Economic papers 389, European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Brussels.
- Weinstein, B. L., 2006, *The Role of Group Purchasing Organizations (GPOs) in the U.S. Medical Supply Chain*, Estudios de Economia Aplicada, vol. 24-3, s. 789-802.
- Wielka Encyklopedia PWN. Tom 12*, 2002, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Więckowska, B., 2010, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Ernst & Young Polska Sp. z o.o. sp. k., Polska, Warszawa.
- Wiśniewska, W., 2012, *Stosowanie praktyk ograniczających konkurencję w sektorze farmaceutycznym na tle prawa Unii Europejskiej*, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Warszawa.
- Włodarczyk, W. C., 1996, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Łódź – Kraków.
- Włodarczyk, W. C., Kowalska, I., Mokrzycka, A., 2012, *Szkice z polityki zdrowotnej Unii Europejskiej*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- World Population Prospects: The 2010, Volume II: Demographic Profiles.*, United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division, 2012, http://esa.un.org/wpp/country-profiles/country-profiles_1.htm.

www.amerinet-gpo.com

www.cms.gov

www.gnyha.com

www.healthcare.gov

www.oecd.org

www.premierinc.com

Young, K., Garfield, R., Clemans-Cope, L., Lawton, E., Holahan, J., 2013, *Assessing the Effects of the Economy on the Recent Slowdown in Health Spending*, Kaiser Family Foundation, <http://kff.org/health-costs/issue-brief/assessing-the-effects-of-the-economy-on-the-recent-slowdown-in-health-spending-2/>, [dostęp: 25.05.2013].

Zespół do przygotowania raportu, 2008, *RAPORT Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce Zielona Księga II. Wersja trzecia*, Warszawa, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zielona_ksiega_06012009.pdf, [dostęp: 10.02.2013].

Spis rysunków, tabel i wykresów

Rysunek 1. Schemat rachunku kosztów dla zakładu opieki zdrowotnej.....	20
Rysunek 2. Zasady przyporządkowywania obiektów (nośników) kosztów.	21
Rysunek 3. Podział i klasyfikacja ośrodków kosztów szpitala.	23
Rysunek 4. Koncepcja pól zdrowia Marka Lalonda (Health Field Concept, 1974).	37
Rysunek 5. Obszary sektora zdrowotnego.	39
Rysunek 6. Schemat głównych agregatów wydatków w Narodowym Rachunku Zdrowia w 2010 roku (w mld zł).....	59
Rysunek 7. Piramida wieku ludności Polski. Porównanie danych za 1950 i 2010 rok oraz projekcja na lata 2050 i 2100.	65
Rysunek 8. Łóżka w publicznych i niepublicznych szpitalach ogólnych (bez szpitali MON, MSW i Ministerstwa Sprawiedliwości) według województw.	80
Rysunek 9. Struktura leczonych w trybie stacjonarnym oraz dziennym w publicznych szpitalach ogólnych.....	81
Rysunek 10. Rozwój sprzedaży z udziałem SGZ poszczególnych poziomów specjalizacji produktów.	97
Rysunek 11. Przepływy pieniężne związane z zamówieniami szpitalnymi realizowanymi za pośrednictwem Szpitalnej Grupy Zakupowej (GPO).....	100
Rysunek 12. Łańcuch powstawania wartości dodanej dla pacjenta w procesie leczenia szpitalnego.	111
Rysunek 13. Łańcuch tworzenia wartości na rynku usług szpitalnych – porównanie systemu polskiego i amerykańskiego.	113
Rysunek 14. Efekt erozji cen w konsekwencji konsolidacji zakupów.....	132
Rysunek 15. Zacieśnianie relacji i koncentracja funkcji w łańcuchu wartości.	190
Rysunek 16. Kierunki rozwoju i ewolucji modelu sprzedażowego dostawców.....	191

Tabela 1. Świadczenie opieki zdrowotnej – definicja, części składowe i relacje pojęć.....	16
Tabela 2. Przegląd definicji i interpretacji pojęcia jakość.....	29
Tabela 3. Przegląd definicji pojęcia system ochrony zdrowia.	41
Tabela 4. Najważniejsze cechy charakterystyczne w modelowych systemach ochrony zdrowia.....	43
Tabela 5. Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2000-2007 według danych KCH/NFZ w wartościach nominalnych i w wartościach realnych (w mln PLN).	49
Tabela 6. Dynamika realnych i nominalnych przychodów ze składek brutto w latach 2000-2007 (rok poprzedni = 100).	49
Tabela 7. Dynamika realnych i nominalnych przychodów ze składek brutto w latach 2000-2007 (rok 2000 = 100).	50
Tabela 8. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w 2009 i 2010 roku.	58
Tabela 9. Ludność według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach (stan w dniu 31 grudnia).....	68
Tabela 10. Szpitale i łóżka według rodzajów, stan w dniu 31.12.2011 roku.	77
Tabela 11. Stacjonarna opieka zdrowotna.....	78
Tabela 12. Szpitale ogólne według regionów i województw w 2011 roku.....	79
Tabela 13. TOP 20 – ranking największych szpitalnych grup zakupowych (GPOs) w USA, pod względem ilości członków – zrzeszonych szpitali.....	88
Tabela 14. Wolumen zakupów siedmiu największych grup zakupowych, spośród łącznej kwoty kontraktów w ramach zakupów skonsolidowanych w branży medycznej na rynku amerykańskim w 2002 roku.....	89
Tabela 15. Wolumen zakupów w mln \$ i wynikające z tego udziały w rynku amerykańskim dziesięciu największych Szpitalnych Grup Zakupowych (GPOs) w latach 2005-2007.....	91
Tabela 16. Możliwe warianty udziału pośredników w kontraktowaniu oraz dostawach w zależności od kategorii produktów.....	96
Tabela 17. Usługi oferowane w 2008 roku przez sześć największych SGZ na rynku amerykańskim.	103
Tabela 18. Zestawienie wybranych interpretacji zarządzania łańcuchem dostaw.	110
Tabela 19. Potencjalny rynek dla działań SGZ - Analizy Locus Systems na podstawie CMS National Health Expenditure Accounts dla 2007. Kwoty wyrażone w mld \$.	116

Tabela 20. Penetracja rynku przez SGZ - Analizy Locus Systems na podstawie CMS national Health Expenditure Accounts dla 2007. Kwoty wyrażone w mld \$.	117
Tabela 21. Penetracja rynku przez Szpitalne Grupy Zakupowe podzielonego w układzie klasyfikacji programów zdrowotnych. Kwoty wyrażone w mld \$.	118
Tabela 22. Oszczędności na poziomie: 10%, 15% i 18%, w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej uzyskane w efekcie redukcji kosztów zaopatrzenia medycznego poprzez działania Szpitalnych Grup Zakupowych, w dwóch wariantach penetracji rynku: 72% i 80%. Kwoty wyrażone w mld \$.	120
Tabela 23. Charakterystyki szpitali, systemów i wzorcowych asortymentów zamówień oraz oszczędności i satysfakcji ze współpracy z Szpitalnymi Grupami Zakupowymi w USA.	122
Tabela 24. Strategia zaopatrzeniowa deklarowana przez szpitale i systemy w jakich działają.	125
Tabela 25. Podział zakresu odpowiedzialności za zaopatrzenie pomiędzy SGZ i szpital.	127
Tabela 26. Znaczenie SGZ i stopień spełniania przez nie oczekiwań członków/klientów w zakresie ich tradycyjnych aktywności.	128
Tabela 27. Znaczenie SGZ i stopień spełniania przez nie oczekiwań członków/klientów w zakresie ich dodatkowych aktywności.	129
Tabela 28. Średnie oraz odchylenia standardowe, dla procentowych wydatków na poszczególne grupy asortymentowe, w relacji do całości wydatków na zużywalne materiały i wyroby medyczne, w czterech badanych latach, we wszystkich trzech kategoriach szpitali.	157
Tabela 29. Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego oraz opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej, według planów finansowych, w latach 2010-2013.	174
Tabela 30. Szacowane koszty rzeczowe zaopatrzenia medycznego szpitali i domów opieki w Polsce, w roku 2013.	175
Tabela 31. Szacowane oszczędności na poziomie: 10%, 15% i 18%, w polskim systemie opieki zdrowotnej, uzyskane w efekcie redukcji kosztów zaopatrzenia medycznego poprzez działania Szpitalnych Grup Zakupowych, w pięciu wariantach penetracji rynku: 15%, 35%, 50%, 72% i 80%. Kwoty wyrażone w mld zł.	176

Wykres 1. Dynamika wzrostu PKB i przychodów ze składek w latach 2000-2007 (rok poprzedni =100).	51
Wykres 2. Wydatki na ochronę zdrowia w relacji do PKB, kraje OECD, 2010.....	52
Wykres 3. Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia per capita, kraje OECD, 2010.....	53
Wykres 4. Średnia roczna stopa wzrostu (%) wydatków na ochronę zdrowia per capita, w latach 2000-2010.	54
Wykres 5. Średni roczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia i PKB per capita w latach 2000-2010.....	55
Wykres 6. Wydatki na opiekę według funkcji ochrony zdrowia, 2010. Kraje są uszeregowane według wydatków na hospitalizację jako części łącznych wydatków na ochronę zdrowia.	56
Wykres 7. Wzrost wydatków na hospitalizację i leczenie ambulatoryjne per capita, w latach 2000-2010.	57
Wykres 8. Wydatki na ochronę zdrowia w 2010 roku według funkcji.....	60
Wykres 9. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia według funkcji w 2010 roku.....	61
Wykres 10. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2010 roku. Źródło: [GUS 2012].....	61
Wykres 11. Struktura wydatków na ochronę zdrowia według dostawców w latach 2003 i 2010.	62
Wykres 12. Przeciętne trwanie życia w latach 1960-2011.....	66
Wykres 13. Trendy w spodziewanej długości życia w chwili urodzenia w wybranych krajach.....	66
Wykres 14. Urodzenia i zgony w latach 1990-2012 oraz prognoza do 2035 roku.....	67
Wykres 15. Ludność według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach.	68
Wykres 16. Średnie wartości współczynników: spodziewana długość życia (LE) i lata zdrowego życia (HLY) w chwili urodzenia, według płci, obliczone za lata 2008-2010.	70
Wykres 17. Średnie wartości współczynników: lata zdrowego życia (HLY) w chwili urodzenia i produkt krajowy brutto (z ang. GDP) per capita, obliczone za lata 2008-2010.	71
Wykres 18. Średnie wartości współczynników: lata zdrowego życia (HLY) w chwili urodzenia i wydatki na ochronę zdrowia per capita, obliczone za lata 2008-2010.	71

Wykres 19. Szpitale ogólne publiczne i niepubliczne w latach 2005-2011.....	76
Wykres 20. Wydatki publiczne na długoterminową opiekę zdrowotną w 2009 roku, w relacji do PKB w wybranych krajach.	78
Wykres 21. Rezonans magnetyczny (MRI) – liczba urządzeń w 2010 roku	82
Wykres 22. Tomograf komputerowy (CT) – liczba urządzeń w 2010 roku	82
Wykres 23. Liczba zabiegów angioplastyki naczyń wieńcowych na 100 000 populacji, w 2010 roku i zmiana pomiędzy rokiem 2000 i 2010.	82
Wykres 24. Liczba zabiegów wszczepu protezy biodra – na 100 000 populacji w 2010 roku.	83
Wykres 25. Liczba zabiegów wszczepu protezy kolana – na 100 000 populacji w 2010 roku.	83
Wykres 26. Udziały w rynku amerykańskim dziesięciu największych Szpitalnych Grup Zakupowych (GPOs) w latach 2005-2007.....	91
Wykres 27. Liczba ankietowanych szpitali ogółem w podziale na kategorie według liczby łóżek, ujęcie procentowe.	135
Wykres 28. Średnia ilość łóżek w poszczególnych kategoriach badanych szpitali.	136
Wykres 29. Średnia wielkość bloku operacyjnego w poszczególnych kategoriach badanych szpitali, mierzona ilością sal operacyjnych.	136
Wykres 30. Kwota bezwzględna na leczenie szpitalne – wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.	138
Wykres 31. Wartość kontraktu na działalność zabiegową – wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.	138
Wykres 32. Porównanie sumy wydatków na <i>Zużywalne materiały i wyroby medyczne</i> (punkt III.I. w ankiecie) oraz na <i>Leki</i> (odpowiednio III.II.) do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> , to jest wartości kontraktu z NFZ. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.	141
Wykres 33. Porównanie kwoty wydatków na <i>Materiały ortopedyczne</i> do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.....	142
Wykres 34. Porównanie kwoty wydatków na <i>Opatrunki</i> do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.	143
Wykres 35. Porównanie kwoty wydatków na <i>Obłożenia</i> do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.	144

Wykres 36. Porównanie kwoty wydatków na <i>Sprzęt jednorazowy z zakresu kardiologii inwazyjnej</i> do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.	145
Wykres 37. Porównanie kwoty wydatków na <i>Sprzęt jednorazowy ogólnomedyczny</i> do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.	146
Wykres 38. Porównanie kwoty wydatków na <i>Materiały szewne</i> do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.	147
Wykres 39. Porównanie kwoty wydatków na <i>Dezynfekcję medyczną</i> do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali.	148
Wykres 40. Porównanie sumy wydatków na <i>Zużywalne materiały i wyroby medyczne</i> (punkt III.I. w ankiecie) oraz na <i>Leki</i> (odpowiednio III.II.) do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> , to jest wartości kontraktu z NFZ. Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.	149
Wykres 41. Porównanie kwoty wydatków na <i>Zużywalne materiały i wyroby medyczne</i> (III.I.) do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.	151
Wykres 42. Porównanie kwoty wydatków na <i>Leki</i> (III.II.) do <i>Kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.	152
Wykres 43. Porównanie kwoty wydatków na <i>Materiały ortopedyczne</i> do kwoty wydatków na <i>Zużywalne materiały i wyroby medyczne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.	153
Wykres 44. Porównanie kwoty wydatków na <i>Opatrunki</i> do kwoty wydatków na <i>Zużywalne materiały i wyroby medyczne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.	154
Wykres 45. Porównanie kwoty wydatków na <i>Obłożenia</i> do kwoty wydatków na <i>Zużywalne materiały i wyroby medyczne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.	154
Wykres 46. Porównanie kwoty wydatków na <i>Sprzęt jednorazowy z zakresu kardiologii inwazyjnej</i> do kwoty wydatków na <i>Zużywalne materiały i wyroby</i>	

<i>medyczne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.	155
Wykres 47. Porównanie kwoty wydatków na <i>Sprzęt jednorazowy ogólnomedyczny</i> do kwoty wydatków na <i>Zużywalne materiały i wyroby medyczne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.	155
Wykres 48. Porównanie kwoty wydatków na <i>Materiały szewne</i> do kwoty wydatków na <i>Zużywalne materiały i wyroby medyczne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.	156
Wykres 49. Porównanie kwoty wydatków na <i>Dezynfekcję medyczną</i> do kwoty wydatków na <i>Zużywalne materiały i wyroby medyczne</i> . Wartości średnie dla poszczególnych kategorii szpitali w latach 2008-2011, objętych badaniem.	156
Wykres 50. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od długości obowiązywania przetargu.	162
Wykres 51. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od ilości postępowań.	163
Wykres 52. Struktura ilości postępowań organizowanych przez typy szpitali, klasyfikowane pod względem wielkości.	164
Wykres 53. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od średniego czasu trwania postępowania.	165
Wykres 54. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od ilości osób zaangażowanych z działu Zamówień Publicznych.	166
Wykres 55. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od ilości osób zaangażowanych spoza działów zamówień publicznych.	167
Wykres 56. Podział wartości wydatków na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym, w zależności od ilości dostawców.	168
Wykres 57. Korelacja kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne do ilości łóżek.	169
Wykres 58. Korelacja wydatków na leki do ilości łóżek.	170
Wykres 59. Korelacja kwoty zużywalnych materiałów i wyrobów medycznych do ilości łóżek.	171
Wykres 60. Korelacja kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne do kwoty zużywalnych materiałów i wyrobów medycznych.	171

Wykres 61. Korelacja kwoty bezwzględnej na leczenie szpitalne do kwoty przeznaczanej na leki.	172
Wykres 62. Struktura próby badawczej w badaniu Communications Service Sp. z o. o., dotyczących możliwości prowadzenia zakupów grupowych przez szpitale w Polsce.	179
Wykres 63. Badanie opinii praktyków na temat zagadnień dotyczących możliwości prowadzenia zakupów grupowych przez szpitale w Polsce.	179

Załącznik: Wzór ankiety badawczej

Jakub Domański

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

tel. 602 414 874

jt.domanski@gmail.com

Ankieta badawcza dotycząca konsolidacji zakupów na rynku medycznym w Polsce

Badania ankietowe w wybranych szpitalach publicznych w Polsce, poziomu i struktury kosztów zakupów wybranych grup asortymentowych z zakresu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w celu ustalenia stopnia zróżnicowania tego poziomu kosztów, w relacji do ogółu wydatków na cele zaopatrzenia w leki i sprzęt.

I. Metryka placówki

- Nazwa i adres szpitala:
- Ilość łóżek:
- Wielkość bloku operacyjnego - ilość sal:
- Wielkość kontraktu z NFZ:
 - Kwota bezwzględna na leczenie szpitalne:.....
 - Wartość kontraktu na działalność zabiegową:.....

II. Dane osobowe osoby ankietowanej:

- Imię i nazwisko:
- Stanowisko:
- Kontakt:
 - Tel.:
 - Adres e-mail:

III. Wydatki na materiały medyczne i leki w leczeniu szpitalnym

Lp	Nazwa kategorii	Wartość zakupów w latach			
		2011	2010	2009	2008
1	Zużywalne materiały i wyroby medyczne (sprzęt jednorazowy)				
2	Leki				

IV. Wydatki na poszczególne grupy asortymentowe materiałów i wyrobów medycznych

Lp	Nazwa grupy asortymentowej materiałów i wyrobów medycznych – asortymentu jednorazowego	Wartość zakupów w latach			
		2011	2010	2009	2008
1	Materiały ortopedyczne				
2	Opatrunki				
3	Obłożenia				
4	Sprzęt jednorazowy z zakresu kardiologii inwazyjnej				
5	Sprzęt jednorazowy ogólnomedyczny				
6	Materiały szewne				
7	Dezynfekcja medyczna (nie “czystościówka”)				

V. Organizacja i przebieg postępowań przetargowych:

1. Wyżej wymienione grupy asortymentowe są kupowane w ramach postępowań przetargowych:

rocznych dwuletnich dłuższych

2. Ile postępowań na ww. zakresy asortymentowe jest organizowanych w ciągu roku?

mniej niż 10 10 – 20 powyżej 20

3. Jaki jest średni czas trwania postępowania (od merytorycznego przygotowania specyfikacji do podpisania umowy z wyłonionym dostawcą)?

do 1mies. 1 – 3 mies. 3 – 6 m. powyżej 6 mies.

4. Ile osób jest zaangażowanych w postępowanie?

- 4.1. z Działu Zamówień Publicznych (lub odpowiednika w strukturze odpowiedzialnego za organizację postępowań przetargowych):

mniej niż 3 3 – 5 powyżej 5

- 4.2. z innych obszarów funkcjonalnych szpitala (oddziały, apteka, inne):

mniej niż 3 3 – 5 powyżej 5

5. Ilu dostawców ma szpital na ww. zakresy asortymentowe (łącznie na wszystkie)?

mniej niż 10 10 – 20 20 – 30 powyżej 30