

AGNIESZKA CHRISIDU-BUDNIK

Uniwersytet Wrocławski

ALEKSANDRA SUS

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

WSPÓŁCZESNE OBLCICZE PRZEDSIĘBIORCZOŚCI
W BRANŻY MEDYCZNEJ — STUDIUM PRZYPADKU*

WPROWADZENIE

Motorem każdej gospodarki są przedsiębiorcy. Za prekursorów tej kategorii uznaje się J.B. Saya i R. Cantillona. Pierwszy z nich koncentrował swoją uwagę na podkreśleniu czynników kapitału, pracy i działalności przedsiębiorczej w „kombinowaniu czynników produkcji”¹. Drugi z kolei zidentyfikował kupców, których nazywał przedsiębiorcami wykorzystującymi różnice pomiędzy ceną zakupu a sprzedaży towarów. To właśnie w jego badaniach pojawiają się kategoria szansy i teoria arbitrażu. Ich nieodłącznym elementem jest ryzyko związane z taką działalnością i niepewność wynikająca ze znalezienia nabywcy na dany produkt². Określił również przedsiębiorców jako te osoby, które utrzymują się z niepewnych dochodów — w odróżnieniu od pracowników mających stałe dochody³.

Kategoria przedsiębiorczości z klasycznego punktu widzenia jest skorelowana z innowacjami⁴, ryzykiem (F. Knight) i umiejętnością rozpoznawania okazji w otoczeniu (I.M. Kirzner). Współczesne postrzeganie przedsiębiorczości uległo niewielkim zmianom. Akcentowane są również związki przedsiębiorczości z indywidualnymi cechami przedsiębiorcy⁵, uwzględniające ekonomiczne funkcje

* Wkład autorów w przygotowanie artykułu wynosi po pięćdziesiąt procent.

¹ T. Piecuch, *Przedsiębiorczość. Podstawy teoretyczne*, Warszawa 2010, s. 18.

² A.K. Koźmiński, *Zarządzanie w warunkach niepewności*, Warszawa 2005, s. 162.

³ T. Kraśnicka, *Koncepcja rozwoju przedsiębiorczości ekonomicznej i pozaekonomicznej*, Katowice 2002, s. 25.

⁴ J. Schumpeter, *Teoria rozwoju gospodarczego*, Warszawa 1960, s. 104.

⁵ A. Gibb, *Entrepreneurship and Small Business Management: Can We Afford to Neglect Them in the Twenty-first Century Business School*, „British Journal of Management” 7, 1996, s. 309–321.

realizowane w wyniku działań przedsiębiorczych⁶ i behawioralne, związane z realizacją funkcji kierowniczych⁷. P.F. Drucker podsumowuje zarządzanie przedsiębiorcze w czterech głównych dziedzinach. Pierwsza z nich dotyczy nabycia przez organizację umiejętności wylapywania okazji, co zmienia sposób postrzegania innowacji — stają się one wymuszoną koniecznością, przedsiębiorstwa są bowiem *rerum novarum cupidus* (żądne rzeczy nowych)⁸. Druga narzuca systematyczny pomiar przedsiębiorczości, w kontekście oszacowania efektywności innowacyjnej przedsiębiorstwa w optyce pozycji na rynku i efektywności przedsiębiorstwa. Autor podkreśla także oparcie praktyki zarządzania na okazjach (trzecia dziedzina) oraz imperatyw stworzenia nowej, kreatywnej struktury w organizacji, odpowiedzialnej za przedsiębiorcze procesy (czwarta z dziedzin przedsiębiorczego zarządzania według P.F. Druckera)⁹.

Celem artykułu jest prezentacja działalności przedsiębiorczej w sektorze usług medycznych. W omawianym przykładzie przedsiębiorczość jest postrzegana nie tylko przez pryzmat cech opisywanego hinduskiego lekarza Deviego Praśada Śhetty'ego, ale również w optyce jego innowacyjnej działalności medycznej w procesie świadczenia profesjonalnych usług medycznych. Podkreślono miękki wymiar innowacji, których przyczyną aplikacji jest przede wszystkim polepszenie kondycji zdrowotnej klienta ostatecznego. Jest to dość nietypowy w praktyce zarządzania przykład przedsiębiorczości, jego przesłanie koncentruje się bowiem na aspektach o charakterze społecznym, dopiero w dalszej kolejności nawiązując do finansowych skutków.

WYMIARY PRZEDSIĘBIORCZOŚCI

Literatura tematu przedstawia dwa kluczowe wymiary przedsiębiorczości. Pierwszy z nich wiąże się z indywidualnymi wyróżnikami, takimi jak podejmowanie ryzyka, kreatywność, oryginalność czy zorientowanie na przyszłość. Drugi akcentuje wymiar procesowy, czyli zdolność do wprowadzania innowacyjnych zmian, wykorzystywania okazji i dzięki temu elastycznego reagowania na zmiany otoczenia. Pierwszy aspekt celnie scharakteryzowali A.K. Koźmiński i W. Piotrowski, według których przedsiębiorca¹⁰:

⁶ R.F. Hébert, A.N. Link, *The Entrepreneur: Mainstream Views & Radical Critiques*, New York 1988; R.D. Hisrich, M.P. Peters, *Entrepreneurship*, Boston 1992.

⁷ B. Piasecki, *Ekonomika i zarządzanie małą firmą*, Warszawa-Lódź 1999; H.H. Stevenson, J.C. Jarillo, *A Paradigm of Entrepreneurship: Entrepreneurial Management*, „Strategic Management Journal” 11, 1990, s. 17–27.

⁸ P.F. Drucker, *Innowacje i przedsiębiorczość. Praktyka i zasady*, Warszawa 1992, s. 163–168.

⁹ *Ibidem*, s. 163–190.

¹⁰ A.K. Koźmiński, W. Piotrowski, *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, Warszawa 1997, s. 68–70.

- jest pracowity, wytrwały i konsekwentny w osiąganiu celów, a niepowodzenia i trudności działają na niego motywująco;
- podejmuje ryzyko, którym kalkuluje podejmowane decyzje;
- jest promotorem zmian ponoszącym odpowiedzialność za ryzyko związane z ich wdrożeniem;
- nie jest zainteresowany władzą i rozgłosem, samorealizacja jest wystarczającym motywatorem działań.

T. Kraśnicka wyraźnie podkreśla, że działanie przedsiębiorcze jest konfiguracją określonych czynników psychologicznych i osobowych, które formują się w procesie wychowania, socjalizacji i kształcenia — niemożliwe zatem jest udowodnienie tak zwanej „osobowości przedsiębiorczej”¹¹. Na tej podstawie można raczej wnioskować o mnogości czynników determinujących przedsiębiorczość i ich subiektywizm. Z pewnością, atrybutowy wymiar przedsiębiorczości opisują cechy zarówno wrodzone, jak i nabyte. Ich suma czyni z przedsiębiorców elitę złożoną z jednostek¹², a Devi Praśad Śhetty, opisany w dalszych częściach niniejszego opracowania, jest przykładem praktycznej egzemplifikacji tych założeń.

Drugi z wymiarów przedsiębiorczości można określić mianem procesowym, a jego trzon umiejscowić w innowacyjności, poszukiwaniu okazji i ich aktywnym wykorzystywaniu. W analizowanym przypadku to te właśnie rozwiązania pozwoliły Śhetty’emu zająć kluczową pozycję rynkową w kraju, w którym średnie zarobki wynoszą 307 dolarów, a jedna trzecia mieszkańców żyje w skrajnym ubóstwie.

P.F. Drucker dokonując konceptualizacji kategorii „przedsiębiorczość”, skoncentrował się na kategorii okazji, podkreślając, iż kluczowe w tym procesie stają się umiejętności przenoszenia zasobów z obszarów o niskiej efektywności do obszarów, w których można je bardziej skutecznie wykorzystać¹³. Tego samego zdania są H.T. Keh, M.D. Foo i B.Ch. Lin¹⁴, a także R.D. Ireland, M.A. Hitt i D.G. Sirmon¹⁵, którzy dodatkowo akcentują konieczność uformowania odpowiedniej kultury organizacyjnej, nastawionej na kreatywność, innowacyjność i zmiany. Te działania z kolei, według R. Krupskiego, stanowią istotne źródła okazji o charakterze wewnętrznym. Eksperymenty rynkowe, pojawianie się nowych podmiotów rynkowych czy kreowanie mody na dany produkt lub usługę — to

¹¹ T. Kraśnicka, *Uwarunkowania rozwoju przedsiębiorczości — podejście wielowymiarowe*, [w:] *Przedsiębiorstwo w procesie przemian strukturalnych w Europie Środkowo-Wschodniej*, red. K. Jaremczuk, Rzeszów 1999, s. 592.

¹² T. Sztucki, *Marketing przedsiębiorcy i menedżera*, Warszawa 1996, s. 26.

¹³ P.F. Drucker, *op. cit.*

¹⁴ H.T. Keh, M.D. Foo, B.Ch. Lin, *Opportunity evaluation under risky conditions: the cognitive processes of entrepreneurs*, „Entrepreneurship Theory and Practice” 27, 2002, s. 125–148.

¹⁵ R.D. Ireland, M.A. Hitt, D.G. Sirmon, *A model of strategic entrepreneurship: the construct and its dimensions*, „Journal Management” 29, 2003.

przykłady zdarzeń generujących okazje w wymiarze egzogenicznym¹⁶. Relatywny charakter okazji stanowi o ich unikatowości, zwłaszcza z punktu widzenia indywidualnych cech przedsiębiorców i subiektywizmu postrzegania tych zjawisk (zależnych od m.in. wieku przedsiębiorcy, wiedzy o rynku, w tym przede wszystkim znajomości potrzeb odbiorców).

Charakterystycznym narzędziem przedsiębiorczości są innowacje, które można określić jako każde celowe działanie prowadzące do zmiany dotychczasowego stanu obiektów i/lub relacji pomiędzy nimi¹⁷. W klasycznym ujęciu dotyczyły one nowych kombinacji czynników produkcji: nowych produktów, metod produkcji, zastosowania nowych surowców, otwarcia nowych rynków i pionierskiej organizacji przemysłu¹⁸. Współcześnie przyjmują jednak różne formy, a coraz częściej akcentowanymi w literaturze tematu są te o miękkim charakterze, które po raz pierwszy dostrzegł P.F. Drucker (rozszerzając pojęcie innowacji o nowości m.in. w relacjach między uczestnikami rynku, i wartości reprezentowane przez klientów wewnętrznych i zewnętrznych przedsiębiorstw¹⁹). Do współczesnych ujęć innowacji można również zakwalifikować innowacje wartości, otwarte i zakłócające.

Innowacja wartości jest nowym sposobem myślenia o ogólnej strategii organizacji, której podstawowym celem staje się kreowanie przewagi konkurencyjnej i dodatkowej wartości dla klientów. Jej realizacja następuje na obszarze, gdzie działania firmy koncentrują się na minimalizacji kosztów przy spełnieniu warunku dostarczania nowej wartości klientom. Jest to możliwe poprzez oferowanie konsumentom takich produktów czy usług, których dana branża wcześniej im nie zapewniała. Ograniczenia kosztów są natomiast osiągnane poprzez eliminację czynników generujących konkurencję. Towarzysząca nowemu podejściu do konkurencji redukcja kosztów następuje w wyniku ekonomii skali, co w rzeczywistości jest kolejnym źródłem wartości — tym razem już dla samej organizacji, a nie tylko dla jej klientów. Stąd innowacja wartości stała się podstawowym elementem strategii błękitnego oceanu²⁰.

Koncepcją, która zmieniła podejście do działalności innowacyjnej firm i która może się stać fundamentem innowacji wartości, jest innowacja otwarta. Termin ten został wprowadzony w 2003 roku przez H. Chesbrougha, który zdefiniował ją jako celowe wykorzystywanie wpływów i wpływów wiedzy²¹ do przyspiesze-

¹⁶ R. Krupski, *O okazjach raz jeszcze. Trochę teorii i raportu z badań*, „Przegląd Organizacji” 2012, nr 11, s. 4.

¹⁷ I. Bielski, *Przebieg i uwarunkowania procesów innowacyjnych*, Bydgoszcz 2000, s. 14.

¹⁸ J. Schumpeter, *op. cit.*, Warszawa 1960, s. 104.

¹⁹ P.F. Drucker, *op. cit.*, s. 44.

²⁰ W.Ch. Kim, R. Mauborgne, *Strategia błękitnego oceanu*, Warszawa 2005, *passim*.

²¹ Należy podkreślić, że W. Czakon celnie umiejscowił wpływy i wypływy wiedzy w strukturach sieciowych. Wykorzystując metaforę hydrologiczną, autor podejmuje zagadnienie intencjonalnych przepływów wiedzy, określając je skanalizowanymi, oraz niezamierzonych jej wypływów/rozlewania (*spillovers*), jednak nie w kontekście działalności innowacyjnej: W. Czakon, *Paradygmat sieciowy w naukach o zarządzaniu*, „Przegląd Organizacji” 2011, nr 11.

nia wewnętrznych innowacji, w wyniku wykorzystania zasobów rynkowych²². Zmiana orientacji ze środka organizacji na jej otoczenie nie oznacza rezygnacji z tworzenia innowacji wewnątrz firmy, co w konsekwencji prowadzi do powstania dwóch rodzajów otwartych innowacji: z zewnątrz do środka (*outside — in*) oraz z wewnątrz na zewnątrz (*inside — out*). Pierwsza z nich polega na wykorzystaniu zewnętrznych źródeł wiedzy — użytkowników, konkurencji, dostawców, partnerów, lokalnych społeczności (*crowdsourcing*); druga — na dzieleniu się istniejącą wewnętrzną wiedzą z innymi podmiotami, które mogą ją spożytkować w swojej działalności²³.

Innowacje zakłócające polegają z kolei na monitoringu nowo powstających rynków, produktów czy usług lub nowych zastosowań istniejących już produktów/usług. Dotyczą one firm, które zdobyły przewagę konkurencyjną, ale nie były w stanie jej utrzymać w długim okresie. Firmy, takie jak: IBM, Xerox, Bucyrus-Erie czy Sears pozwoliły swoim największym konkurentom na zajęcie nowych rynków, podczas gdy same koncentrowały się na ulepszaniu swoich produktów. Skorzystał na tym chociażby Dell Computer, wdrażając nowy sposób sprzedaży komputerów osobistych — bezpośrednio do klienta (1983 rok), Amazon.com, wykorzystując system dystrybucji online (w 1995 roku — książki, w 1998 roku — muzyka) czy Ryanair, świadcząc tanie usługi przewozowe (od 1991 roku)²⁴. Paradoksalnie, zasadniczym źródłem porażki okazało się doskonalenie istniejących produktów i ich trajektorii wydajności (*performance trajectories*), które J.L. Bower i C.M. Christensen traktują jako tempo poprawy wydajności produktu/usługi. Organizacje, skupiając swoją uwagę na ulepszaniu tego, co już istnieje i w co zainwestowały znaczne zasoby finansowe, ignorują inne wartości, które mogą mieć znaczenie dla klientów. W ten sposób powstają okazje wykorzystywane przez konkurencję, tak zwane technologie zakłócające (*disruptive technologies*)²⁵.

Praktyczne egzemplifikacje innowacji wartości, otwartych i zakłócających, w połączeniu z cechami nabytymi i wrodzonymi przedsiębiorcy — doktora Shetty'ego, zaprezentowano w dalszych częściach niniejszego opracowania, w formie studium przypadku²⁶.

²² H. Chesbrough, *Open Innovation. Where we're been and where we're going*, „Research-Technology Management” 2012, nr 55, s. 20.

²³ *Ibidem*, s. 21.

²⁴ C.D. Charitou, C.C. Markides, *Responses to disruptive strategic innovation*, „Sloan Management Review” 2003, s. 56.

²⁵ J.L. Bower, C.M. Christensen, *Disruptive technologies: catching the wave*, „Harvard Business Review” 1995, s. 43–45.

²⁶ Procedurą badawczą zastosowaną w niniejszym artykule jest istotne studium przypadku. Wybór tego narzędzia został podyktowany tym, że w przeciwieństwie do instrumentalnego i wielokrotnego *case study*, pozwala ono na lepsze zrozumienie istoty i charakteru określonego problemu lub określonej cechy. Analizowany przypadek jest unikatowy w skali światowej, a celu badania nie stanowi budowanie teorii, lecz przedstawienie konkretnej osoby i jej innowacyjnej działalności. Ów przypadek jest spójnym zbiorem zachowań proaktywnych, innowacyjnych i podejmujących skalkulowane ryzyko (M. Bratnicki, *Strategia przedsiębiorczości jako przestankowana ekstaza*

SPOŁECZNE POBUDKI DZIAŁALNOŚCI PRZEDSIĘBIORCZEJ ŚHETTY'EGO

Od odzyskania w 1947 roku niepodległości przez Indie długość życia w tym kraju wydłużyła się z 32 do 65 lat, a śmiertelność noworodków zmniejszyła prawie o 70%. Choroby, takie jak: czarna ospa, polio, drakunkuloza, zostały wyeliminowane, a rozprzestrzenianie się HIV znacznie ograniczone²⁷. Mimo to system opieki zdrowotnej w Indiach — największej demokracji na świecie i jednej z największych gospodarek świata — nie jest w stanie zapewnić obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, powszechnego i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Indie są krajem o bardzo gęstym zaludnieniu, wynoszącym 1,2 mld mieszkańców. Do 2050 roku liczba ta prawdopodobnie wzrośnie o 400 mln. Obecnie 350 mln mieszkańców tego subkontynentu musi przeżyć za mniej niż 2 dolary dziennie. W indyjskim systemie opieki zdrowotnej, podobnie jak w innych sferach życia w tym kraju, wyraźnie ujawnia się cechująca to państwo dwoistość. Teoretycznie, obywatele Indii mogą dokonywać wyboru między publicznym a prywatnym sektorem ochrony zdrowia. W praktyce zaś dostęp do publicznej, bezpłatnej ochrony zdrowia jest trudno osiągalny, ponieważ podaż świadczeń medycznych jest niższa niż popyt na nie, a poziom i standardy świadczenia usług medycznych pozostają na bardzo niskim poziomie²⁸. Współczynnik umieralności na chorobę wieńcową jest wśród Hindusów dwa, trzy razy wyższy niż wśród ludzi rasy białej. Jedna na cztery osoby umiera z powodu chorób serca. W Indiach wykonuje się rocznie około 120 tys. różnego rodzaju operacji kardiologicznych, podczas gdy rzeczywisty popyt wymaga wykonywania ich przynajmniej na poziomie 2 mln²⁹.

„The Wall Street Journal” nazwał Deviego Praśada Śhetty'ego — kardiochirurga i biznesmena — „Henrym Fordem chirurgii serca”, ponieważ stosuje w me-

organizacyjna, [w:] *Zarządzanie strategiczne. Badania i koncepcje*, red. R. Krupski, Wałbrzych 2002, s. 139). To dodatkowe argumenty przemawiające za wybranym postępowaniem badawczym (R. Stake, *Case studies*, [w:] *Handbook of Qualitative Research*, red. N. Denzin, Y. Lincoln, London-New Delhi 1994). Przyjętą metodą badawczą była analiza treści pochodzących z różnych środków przekazu, w tym z literatury przedmiotu i Internetu, koncentrująca się na odpowiedzi na pytanie: Jakie konkretne działania podjął doktor Śhetty w obszarze zarządzania siecią prywatnych klinik, by móc mówić o pewnych przedsiębiorczych i innowacyjnych prawidłowościach? Nie wykorzystano tu jednak procedury triangulacji, nie było bowiem możliwe zastosowanie różnych technik zbierania i analizy danych, a tym samym wzmocnienie mocy porównawczej danych. Takie badania z pewnością nie mogą zostać uznane za spójne i rzetelne, choć można je potraktować jako eksploracyjne, stanowiące wstęp do badań eksplanacyjnych.

²⁷ A.K. Shiva Kumar, *Confronting health challenges*, [w:] *Getting India Back on Track: An Action Agenda for Reform*, red. B. Debroy, A.J. Tellis, R. Trevor, Washington 2014, s. 122.

²⁸ R. Subhashini, *National health policy, the need of the hour: an analysis in Indian perspective*, „Leadership in Health Services” 25, 2012, nr 3, s. 233.

²⁹ K. Gokhale, *Heart Surgery in India for \$1,583 Costs \$106,385 in U.S.*, „Bloomberg” 28.06.2013.

dycynie zasady masowej produkcji, aby drastycznie obniżyć wydatki³⁰. Jego celem jest, podobna do przemysłowej, rewolucja w służbie zdrowia — obniżenie kosztów opieki zdrowotnej przy jednoczesnym zwiększeniu jej jakości i wydajności³¹.

Shetty zbudował system świadczenia usług medycznych, który daje pacjentowi wyjątkowy zestaw korzyści za niższą cenę. U podstaw jego systemu tkwi kartezjańska teoria dualizmu ciała i duszy. Tymczasem druga połowa XX wieku to w medycynie czas odwracania się od tej teorii i tym samym powrót do całościowego spojrzenia na kondycję człowieka³². Współczesny lekarz powinien zajmować się nie tylko ciałem pacjenta, ale również jego nastrojami i przekonaniami dotyczącymi zdrowia. Jedną z konsekwencji odejścia w medycynie od teorii dualistycznej jest rozwój innowacji medycznych (technologicznych i farmakologicznych), zbiegający się w czasie ze wzmożoną presją na innowacyjność i przedsiębiorczość organizacji, która najwcześniej pojawiła się w Stanach Zjednoczonych. Zmiana ta przebiegała w USA bardzo naturalnie ze względu na wysoką skłonność Amerykanów do ryzyka, ich indywidualizm i ducha *self-reliance*³³. Jej wynikiem było wykształcenie holistycznej koncepcji opieki zdrowotnej, która generowała popyt na innowacje. Szczególnie aktywny stał się wówczas przemysł farmaceutyczny, mający oczywisty interes materialny w prowokowaniu jak najczęstszego wypisywania recept na swoje produkty. Nie ulega wątpliwości, że innowacje przyczyniają się do wzrostu jakości opieki zdrowotnej, jednocześnie coraz częściej dostrzegają się, że to właśnie innowacje medyczne zwiększają potrzeby, których zaspokajanie jest podstawową przyczyną olbrzymiego wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną³⁴.

ZASTOSOWANE ROZWIĄZANIA PRZEDSIĘBIORCZE DEWIEGO PRAŚADA ŚHETTY'EGO

W 2001 roku w Bangalore, w stanie Karnataka, Śhetty otworzył pierwszą klinikę, w której podjął próbę wdrożenia rozwiązań, z jakimi zetknął się podczas swojej pracy w prestiżowym i niezwykle nowoczesnym londyńskim Guy's Hospital. Celem tych rozwiązań było osiągnięcie wyjątkowej wartości (zwiększenia jakości oraz dostępności usług medycznych) przy jednoczesnym utrzymaniu na tyle niskich cen,

³⁰ G. Anand, *The Henry Ford of heart surgery in India*, „Wall Street Journal” 25.11.2009.

³¹ J.H. Lubowitz, M.T. Provencher, G.G. Poehling, *Lower price high volume better outcome maximum efficiency minimally invasive: a developing model for health care delivery*, „Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery” 2011, nr 27, s. 599.

³² B. Płonka-Syroka, *Relacje lekarz–pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym*, Wrocław 2005.

³³ J. Niemczyk, *Strategia. Od planu do sieci*, Wrocław 2013, s. 127.

³⁴ E. Ginzberg, *High-tech medicine and rising health care costs*, „The Journal of the American Medical Association” 1990, nr 263, s. 1820–1822.

aby zaspokoić popyt. Kardiochirurg nie powielił jednak brytyjskiego przykładu. Przeciwnie, funkcjonowanie kliniki w Bangalore oparł na negacji i eliminacji procedur zgłębionych przez siebie w Wielkiej Brytanii, które uznał za zbędne w procesie produkcji usług zdrowotnych. Śhetty nie stworzył konsumenta usługi (ten już był), ale powołał do życia od podstaw system, który zwiększył dostęp do usług medycznych nie tylko wśród Hindusów, ale także wśród ludzi z różnych stron świata. Pod nazwą Narayana Health w ciągu 13 lat w Indiach powstała sieć 21 klinik, których wzorcem biznesowym uczynił Śhetty wspomnianą linię produkcyjną Forda, tanie linie lotnicze Ryanair i Air Asia, sieć Walmart oraz japoński przemysł samochodowy (*just in time*). Stało się to możliwe dzięki zainicjowaniu nieformalnej współpracy z wieloma partnerami z powyższych branż w celu identyfikacji wiedzy dotychczas praktycznie niewykorzystywanej w wykonywaniu zabiegów medycznych. W lutym 2014 roku Śhetty otworzył pierwszą klinikę poza granicami Indii — Health City Cayman Islands (104 łóżka, koszt przedsięwzięcia — 70 mln dolarów)³⁵. Wybór Kajmanów nie był przypadkowy. Zdecydowały dwie przesłanki — bliskość klienta amerykańskiego i regulacje prawne.

Specyfika sektora medycznego ujawnia się m.in. w percepcji podejmowanych w nim innowacji. Kontrowersje dotyczą zwłaszcza innowacji otwartych. Nie dziwi zatem, że pojawiły się głosy sceptyczne wobec idei i praktyk stosowanych w Narayana Health. Porównywanie placówek medycznych (prywatnych lub publicznych) do przedsiębiorstw, nawet w Stanach Zjednoczonych, gdzie wykrytalizowało się powyższe podejście, jest traktowane z wyraźną rezerwą. Poglądy C. Phelps'a, który nie widzi różnicy między produkcją samochodów w fabryce a produkcją świadczeń medycznych w szpitalu³⁶, traktuje się jako złamanie etosu hipokratesowskiego. Wzorce osobowe z przeszłości łączy się z deontologią — od czasu przysięgi Hipokratesa deontologia na czele powinności lekarza stawia troskę o dobro chorego, zachowanie tajemnicy lekarskiej i dbałość o autorytet zawodu. Śhetty nie sprzeniewierzył się żadnej z tych zasad. Dysponując jednak tymi samymi informacjami co inni w jego branży, przetworzył je inaczej i wystąpił z odmienną strategią, dając swoim klientom nowe wartości. Innowacja w jego klinikach polega na wyborze idei, które nie są nowe i powstały w branży samochodowej, lotniczej, a następnie znalezieniu takiego sposobu ich konfiguracji, aby stworzyć z nich nowy rynek. Zdając sobie sprawę z różnic między branżą medyczną a lotniczą, celnie wskazał ich podobieństwa. Obydwie branże rozwijają się poprzez zmianę. Każdy wypadek powietrzny, nawet najdrobniejszy, przyczynia się do poprawy jakości i bezpieczeństwa kolejnych lotów. Każdy błąd medyczny, nawet najdrobniejszy, przyczynia się do poprawy jakości i bezpieczeństwa kolejnych operacji. Funkcjonowanie w obydwu branżach wymaga świadomości wyzwań,

³⁵ S. Das, *Devi Shetty opens low-cost healthcare venture in Cayman Islands outside US regulatory reach*, „The Economic Times” 24.02.2014.

³⁶ C. Phelps, *Health Economics*, New York 1992, s. 559.

zagrożeń i ryzyka. Pojęcie ryzyka i w jednej, i w drugiej dziedzinie rynku odnosi się do alokacji środków finansowych oraz do jakości wykonywania zawodu.

Śhetty zastosował w swoich klinikach kombinację trzech czynników — efektów skali, standaryzacji i redukcji kosztów. Dostrzegł, że w medycynie efekt skali i standaryzacja przekładają się na jakość zabiegów medycznych. Tylko liczba wykonywanych zabiegów chirurgicznych pozwala lekarzowi na zdobycie doświadczenia i uzyskanie wąskiej specjalizacji. Lekarze w Narayana Health dzięki dużej sumie przebadanych przypadków medycznych i wykonanych operacji rozwijają umiejętności trudno dostępne dla lekarzy z Zachodu. Nie dziwi zatem, że w klinikach Śhetty'ego chcą pracować i asystować medycy z całego świata. Jeden z najbardziej cenionych kardiochirurgów dziecięcych, o międzynarodowej sławie, Colin John w Narayana Health wykonuje około 75–80 operacji miesięcznie, a rocznie około 900.

W klinice w Bangalore jest 1000 łóżek, podczas gdy zgodnie z danymi American Hospital Association, średnia liczba łóżek w szpitalu amerykańskim wynosi 160. Tylko w klinice w Bangalore 42 kardiologów w 2008 roku przeprowadziło 3174 wszczepienia bajpasów w operacji pomostowania aortalno-wieńcowego, której koszt udało się zredukować do 95 tys. rupii (około 5 tys. zł). W ciągu najbliższych lat cenę tę Śhetty chce jeszcze zmniejszyć o połowę. W tym samym roku w Cleveland Clinic w amerykańskim stanie Ohio, w placówce, która specjalizuje się w tego typu zabiegach, podobnych operacji wykonano 1367, a cena zabiegu wynosiła 106 385 dolarów (około 340 tys. zł).

Obecnie klinika kardiologiczna Śhetty'ego jest częścią Narayana Health City w Bangalore. Na powierzchni 100 tys. m² znajdują się szpitale, w których leczą się nie tylko choroby serca, ale także dotkniętych rakiem czy chorobami oczu. Łącznie jest tam 3200 łóżek. Jeden ze sposobów utrzymania niskich cen to optymalna eksploatacja infrastruktury. Podobnie jak samoloty tanich linii lotniczych, które stoją na ziemi możliwie krótko, sale operacyjne są maksymalnie wykorzystane przez sześć dni w tygodniu. Lekarze codziennie wykonują przeciętnie 2–3 operacje, przyjmują 50–70 pacjentów, a ich tygodniowy czas pracy wynosi około 70 godzin.

Sieć szpitali używa oprogramowania webowego do zarządzania logistyką, dzięki czemu nie trzeba wykupywać licencji ani tworzyć oddzielnego systemu dla każdego szpitala. Śhetty początkowo nabywał nici chirurgiczne od koncernu Johnson & Johnson, obecnie ich dostawcą jest Centennial Surgical Ltd., mający siedzibę w Bombaju. Przed zmianą dostawcy roczny koszt nici chirurgicznych wynosił 100 tys. dolarów i rósł około 5% rocznie. Po wyborze krajowej firmy zredukowano te wydatki do 50 tys. dolarów. Kiedy nie udało się wynegocjować u europejskiego producenta satysfakcjonującej ceny za jednorazowe fartuchy, Śhetty przekonał grupę młodych przedsiębiorców z Bangalore do ich produkcji, w wyniku czego uzyskał cenę niższą o 60%. Głównym dostawcą sprzętu medycznego jest koncern General Electric. Kardiochirurg chciał zastąpić go tańszymi,

chińskimi producentami. Chińczycy nie dysponują jednak takim potencjałem, aby móc zapewnić ciągłość dostaw dla klinik, które poza Bangalore, funkcjonują także na przykład w Kalkucie, Mysore czy Jaipur i wykonują 12% operacji chirurgicznych w Indiach, a sprzęt jest wykorzystywany 15–20 razy dziennie. Skala działania Narayana Health jest dużą siłą przetargową w procesie negocjacji z General Electric, dzięki czemu daje możliwość uzyskania znacznej redukcji cen. Ponadto, kardiochirurg wyeliminował niepotrzebne badania przedoperacyjne. Przykładem jest tu rezygnacja z pobierania próbki moczu przed zabiegiem, bo niewiele z tych analiz dawało pozytywny wynik na obecność szkodliwych bakterii.

Śhetty najbardziej radykalnie wdrożył strategię niskich cen w szpitalu w Mysore. Budynek zaprojektowano jako jednopiętrowy, dzięki czemu zaoszczędzono na fundamentach i windach. Zbudowano go w ciągu sześciu miesięcy z prefabrykatów, a inwestycja wyniosła 6 mln dolarów. Ceny zabiegów są tam jeszcze niższe niż w innych klinikach Śhetty’ego. Nieskomplikowana operacja serca kosztuje 1000 dolarów, ale kardiochirurg chce ją jeszcze zredukować o połowę. Pacjenci leżą w 50-osobowych salach. Klimatyzacja jest tylko w salach operacyjnych i na oddziałach intensywnej terapii. Polityka oszczędnościowa jest tak radykalna, że krewni pacjentów przechodzą kilkunastogodzinne szkolenie z opieki medycznej, aby mogli wyręczać pielęgniarki w prostych czynnościach. To pozwoliło na redukcję personelu medycznego o 10%. Taki model funkcjonowania szpitala Śhetty chce w ciągu najbliższych 5 lat wprowadzić w indyjskich prowincjach, budując podobne placówki, aby zapewnić opiekę medyczną najuboższym mieszkańcom.

Oprócz zrewolucjonizowania systemu szpitalnego, Śhetty stworzył również Yeshasvini, czyli system najtańszych na świecie ubezpieczeń zdrowotnych. Jest on wzorowany na rozwiązaniu Grameen Bank, którego twórcą jest laureat Pokojowej Nagrody Nobla M. Yunus. Za 10 rupii (około 15 eurocentów) najbiedniejsi rolnicy mogą korzystać z opieki zdrowotnej. W samym stanie Karnataka ponad 3,5 mld ludzi korzysta z tego typu ubezpieczenia.

PODSUMOWANIE

Devi Praśad Śhetty stworzył rynek, niwelując kolizję dwóch typów wartości, mianowicie biznesowych i społecznych. Owa niwelacja była możliwa dzięki synergii trzech elementów. Po pierwsze, *benchmarkingu* — dostrzeżenia źródła innowacji w branżach, których logika funkcjonowania zdaje się nie przystawać do branży medycznej. Po drugie, odwagi zanegowania paradygmatu potrzeb w branży medycznej, czyli istotnego atrybutu osoby przedsiębiorczej. Po trzecie, umiejętności budowania korzystnej sieci kooperacji z różnymi dostawcami produktów i usług. Replikacja modelu Narayana Health poza granicami Indii jest problematyczna. Bariery stanowią regulacje prawne i uwarunkowania kulturowe. Władze publiczne, zwłaszcza w Europie, bacznie przyglądają się jednak hinduskim

rozwiązaniom. David Cameron zainicjował projekt Dishaa, którego celem jest redukcja kosztów operacji kardiochirurgicznych, a w którym istotną rolę odgrywa Śhetty, prowadzący jednocześnie rozmowy z Gruzją i Maltą na temat utworzenia filii jego modelu biznesowego w tych krajach.

Ponadto, Śhetty ma *stricte* innowacyjne podejście do zarządzania klinikami, oparte na koncepcji *lean management*, stosowanej dotychczas w zarządzaniu produkcją (tab. 1).

Tabela 1. Innowacje Narayana Health w perspektywie teorii

Rodzaj innowacji	Strategiczna funkcja	Narayana Health
Wartości	wyjście poza istniejącą konkurencję; zaproponowanie takich nowych wartości odbiorcom, które nie są oferowane przez żaden inny podmiot rynkowy	rezygnacja z holistycznego podejścia do leczenia na rzecz funkcjonalnego
Otwarte	czerpanie informacji z zewnętrznych źródeł jako wejście do procesu oraz przekazywanie wiedzy ze środka firmy jako źródła innowacyjnych zmian dla innych podmiotów	skorzystanie z modeli zarządzania Forda, Ryanair, Air Asia, sieci Walmart, Toyoty
Zakłócające	narzędzie innowacji wartości, sposób na znalezienie nowej przestrzeni rynkowej	koncentracja na obniżeniu kosztów, a nie na poprawie istniejących usług — doskonalenie minimalizacji kosztów zamiast doskonalenia procesów leczenia
Odchudzające	minimalizacja kosztów poprzez maksymalne zredukowanie procesów, a w konsekwencji kosztów; analogia do <i>lean management</i>	<i>lean services</i> , przykład: 59-letni Amerykanin przyjechał w 2011 roku do Bangalore, ponieważ kilku lekarzy w USA powiedziało mu, że operacja w jego przypadku będzie zbyt ryzykowna; jeden z nich dał mu 5 lat życia, a klinika zażyczyła sobie 200 tys. dolarów za wykonanie zabiegu; szukał więc innych możliwości; spodobało mu się, że hinduski kardiochirurg wykonuje takie operacje 3 razy dziennie, a nie 3 razy do roku jak wielu amerykańskich lekarzy; na indyjskim rachunku za jego życie widnieje kwota 19 tys. dolarów ³⁷
Społeczne	działania na rzecz lokalnych społeczności — CSR (<i>Corporate Social Responsibility</i>)	kliniki oferujące dostęp do swoich usług najuboższym

Źródło: opracowanie własne.

Czerpiąc ze wzorców strategii wspomnianych organizacji, Śhetty wykorzystał narzędzia innowacji i posłużył się nimi w celu odchudzenia usług w branży medycznej, która na świecie funkcjonuje według paradygmatu potrzeb, a nie paradygmatu kosztów. Przedsiębiorczość w tym kontekście nabiera wyraźnego charakteru procesowego, którego implementacja nie byłaby jednak możliwa, gdyby nie atrybutowe charakterystyki Śhetty'ego.

ENTREPRENEURSHIP IN THE HEALTH CARE INDUSTRY — A CASE STUDY

Summary

In the article, the problems of entrepreneurship in the health care industry are presented. The main goal was to identify and analyze the character of entrepreneurship and its main tools which are: value innovation, open innovation and disruptive technologies. A case study method was used in the analysis. The focus of this study was Devi Śhetty, the Indian cardiac surgeon renowned for making cutting-edge medical care affordable to the masses. Cutting costs is especially vital in India, where more than two-thirds of the population lives on less than \$2 a day, but his strategies may also be of use in developed countries which are facing the problem of how to finance medical services.

³⁷ G. Mingels, *Zdrowie za grosz. Budżet Hipokratesa*, „Der Spiegel”, tłum. „Forum” 11.10.2013.