Greta Kanownik¹

Znaczenie rankingów w kształtowaniu konkurencyjności szpitali – wyniki badań własnych

Streszczenie

Obecnie rankingi stanowią nieodzowny element informacji dostępnej dla klientów i właścicieli firm o pozycji konkurencyjnej danego przedsiębiorstwa, branży czy kraju. Do korzyści, wynikających z dokonywania porównań placówek medycznych między sobą, można zaliczyć m.in.: pomoc w uzyskaniu większego stopnia satysfakcji klientów, umożliwienie identyfikacji deficytów, zrozumienie przez zarządzających powstałych deficytów i dążenie do doskonalenia procesów w organizacji w celu zwiększenia ich skuteczności i konkurencyjności, zwiększenie potrzeby wdrażania zmian, umożliwienie wyznaczania trendów i kierunków rozwoju.

Rankingi odgrywają także dużą rolę w kształtowaniu konkurencyjności na rynku medycznym. Dzięki nim pacjent ma możliwość uzyskania wiarygodnych informacji o szpitalu i dokonania świadomego, opartego na rzetelnej wiedzy, wyboru szpitala, w którym chce być leczony. W części teoretycznej opracowania dokonano przeglądu rankingów szpitali realizowanych na świecie z rankingiem „Bezpieczny Szpital” realizowanym przez CMJ w Polsce. Przedstawiono mankamenty polskiego rankingu konkurencyjności szpitali oraz zaproponowano główne kierunki, rekomendacje pomiaru w oparciu o dokonaną analizę rankingu polskiego z rankingiem stosowanym w Szwecji oraz wyników uzyskanych z przeprowadzonego badania własnego.

Słowa kluczowe: konkurencja, konkurencyjność, ranking, Indywidualne Wywiady Pogłębione (IDI).

---

¹ Greta Kanownik – dr, kierownik Działu Dokumentacji Medycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku, ul. Tadeusza Kościuszki 68, 32-800 Brzesko, e-mail: g.kanownik@interia.pl.

The Role of Rankings in the Shaping of Hospital Competitiveness. Research Report

Abstract

Currently, rankings are an indispensable element of information about the competitive position of a given company, industry or country, available to customers and business owners. Benefits of comparisons of medical facilities include: assistance in achieving a greater degree of customer satisfaction, identification of deficits, managers' understanding of emerged deficits and attempts to improve processes in the organisation in order to increase their effectiveness and competitiveness, increased need to implement changes, possibility of setting trends and development paths. Rankings also play a considerable role in shaping competitiveness on the medical market. They allow patients to obtain well-founded information about hospitals and make a conscious choice of the hospital to treat them, based on reliable knowledge. The theoretical part reviews the rankings of hospitals in the world together with the ranking "Safe Hospital" prepared by the Polish Healthcare Quality Monitoring Centre. The shortcomings of the Polish ranking of hospital competitiveness are presented. Moreover, the main directions, measurement recommendations are proposed based on the analysis of the Polish ranking, the ranking used in Sweden and the results of my own research.

Keywords: competition, competitiveness, ranking, Individual In-depth Interviews (IDI).

Wprowadzenie

Konkurencja jest głównym elementem sprawnie funkcjonującego rynku, jest niezbędna do rozwoju oraz stanowi motywację do tego, aby osiągnąć zamierzony cel i sukces. Z praktyki gospodarowania w warunkach rynkowych wynika, że w najkorzystniejszej sytuacji znajdują się te podmioty, które systematycznie dążą do umacniania swojej pozycji na rynku, są elastyczne w działaniu i stosowaniu nowych metod zarządczych. Rozpatrując problematykę konkurencji w ochronie zdrowia, należy wziąć pod uwagę fakt, że sektor ten stanowi specyficzny dział gospodarki. Nie może być on w pełni regulowany mechanizmami rynkowej konkurencji, gdyż ochrona zdrowia realizuje cele społeczne, a mechanizm ten w takich przypadkach nierzadko zawodzi. Jednakże wyzwania, z jakimi obecnie musi się zmierzyć ochrona zdrowia na całym świecie, to wzrost populacji osób starszych, wzrost kosztów dotyczących technologii medycznych oraz wzrost oczekiwań pacjentów, z czym jest związane dążenie do efektywnej alokacji posiadanych środków finansowych oraz rzadkich zasobów w ochronie zdrowia. Placówki medyczne w Polsce mimo trudnej sytuacji gospodarczej podejmują działania inwestycyjne w rozwój infrastruktury, tj. budowę czy modernizację budynków, zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego czy komputerowego. Działania te w większości są finansowane z funduszy unijnych. Kolejny pozy-

tywny trend dotyczy dążenia przez placówki medyczne do uzyskania certyfikatów akredytacyjnych. Obecnie coraz większa liczba szpitali stara się uzyskać taki dokument, gdyż staje się on mocnym atutem w budowaniu korzystnego wizerunku placówki na rynku usług medycznych, nie tylko wobec swoich konkurentów, organów właścicielskich, lecz i pacjentów. Odbiór społeczny takiej placówki ze strony wszystkich interesariuszy jest bardzo pozytywny. Nie można jednak zapomnieć o tym, że to pacjent stanowi kluczowy element konkurencji, gdyż tak naprawdę to jego decyzja powinna wpływać na interakcje pomiędzy świadczeniodawcami, a w konsekwencji na decyzje podejmowane przez płatnika, co do np. wysokości finansowania danej placówki medycznej, w oparciu o uzyskane wyniki jakościowe, lecznicze czy finansowe, czego obecnie brak na polskim rynku usług zdrowotnych. Stąd tak ważne jest, aby został zainicjowany mechanizm zabiegania o pacjenta. Bardzo pozytywną rolę w dążeniu do usprawnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej upatruje się w realizacji rzetelnych badań konkurencyjności szpitali, które są potrzebne, gdyż pozwalają poznać swoją pozycję na rynku wobec konkurentów. Ponadto, pozwalają ocenić prestiż placówki, a pacjenci mogą na ich podstawie podjąć decyzję o tym, w którym szpitalu chcą być leczeni. Jednym z przykładów takich badań są organizowane w wielu krajach, w tym także i w Polsce, rankingi najlepszych placówek medycznych. Metoda porównywania się do najlepszych jest bardzo popularna w Stanach Zjednoczonych również w zakresie ochrony zdrowia, gdzie zastosowanie benchmarkingu może być skuteczne w stałym dążeniu do usprawnienia systemu zarządzania placówką medyczną. Aby benchmarking dobrze spełniał swoją rolę, musi uwzględniać specyfikę funkcjonowania placówki oraz zostać w odpowiedni sposób wdrożony. Pierwsze inicjatywy zastosowania tego procesu w jednostkach opieki zdrowotnej miały miejsce w Catholic Health Corporation oraz Voluntary Hospitals of America na terenie Stanów Zjednoczonych (Cygańska, 2013, s. 1; Kanownik, 2014, s. 563). Przykładem praktycznego zastosowania benchmarkingu jest raport opracowany przez światową firmę konsultingową Ernst & Young na zlecenie American Hospital Association za lata 2009 i 2010, w którym dokonuje się porównań szpitali. Raport ten przedstawia takie obszary działalności szpitali, jak: ponoszone koszty i osiągnięte przychody, liczbę leczonych pacjentów (*Results from 2009 & 2010 Tax*, 2013). Innym przykładem praktycznego zastosowania benchmarkingu jest raport opracowany przez Cristiano Codagnone i Francisco Lupianez-Villanueva na potrzeby Komisji Europejskiej w 2011 roku w zakresie przygotowania placówek medycznych Unii Europejskiej do realizacji świadczeń przy zastosowaniu technologii informatycznych, tzw. programy e-Zdrowie (Codagnone, Lupianez-Villanueva, 2011). Istotnym elementem w kształtowaniu konkuren-

cyjności szpitali są realizowane przez wiele krajów na świecie rankingi szpitali, będące formą benchmarkingu, w ramach których stosuje się różnorodne mierniki oceny działalności placówek. W tabeli 1 przedstawiono projekty powszechnie uznanych analiz wydajności szpitali, realizowanych w formie rankingów z wykorzystaniem metody benchmarkingu. W realizację wyżej wymienionych projektów zaangażowało się wielu interesariuszy. Każdy z wymienionych rankingów opiera się na różnych zestawach kryteriów pomiaru, bazujących przede wszystkim na ocenie medycznej wydajności leczenia danego rodzaju schorzenia. Daje to pacjentowi możliwość otrzymania informacji, w którym szpitalu najlepiej będzie prowadzona terapia lecznicza, np. cukrzycy, chorób krążenia czy też leczenia chorób krwi i podjęcia decyzji, w której placówce warto podjąć terapię leczniczą. Ocena szpitala pod kątem jego konkurencyjności powinna dążyć do tego, by obiektywnie określić, czy hospitalizacja realizowana w danym szpitalu będzie przebiegać w warunkach o najwyższej jakości, czy też leczenie będzie prowadzone z pominięciem elementarnych zasad i ogólnie przyjętych standardów postępowania.

Tabela. 1. Wykaz rankingów szpitali metodą benchmarkingu

Tytuł projektu	Kraj	Rok wdrożenia
CHKS Top Hospitals Program	Wielka Brytania	2001
Health Consumer Powerhouse	Kraje Unii Europejskiej	2005
HealthInsight National Rankings for Hospitals	Stany Zjednoczone	2004
Hospital Compare	Stany Zjednoczone	2003
IASIST Top 20 Hospitals	Hiszpania	2000
International Quality Indicator Program	Zasięg międzynarodowy	1997
Leapfrog Group	Stany Zjednoczone	2001
Michigan Manufacturing Technology Center (MMTC)	Stany Zjednoczone	2005
National Health Services (NHS) Choices Hospital Scorecard	Wielka Brytania	2008
Thomson & Reuters Top 100 Hospitals	Stany Zjednoczone	1994
US News & World Report	Stany Zjednoczone	1990
World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)	Zasięg międzynarodowy	2004

Źródło: Cercone, O'Brien, 2010, s. 5–6; Kanownik, 2014, s. 564.

Czy benchmarking szpitali może wpłynąć na poprawę ich działalności? Okazuje się, że tak. Przykładem na to jest stosowany w Stanach Zjednoczonych ranking Hospital Compare, którego efektem było ustanowienie i rozpowszechnienie najlepszych praktyk w leczeniu takich chorób, jak: ostry zawał mięśnia sercowego, zastoinowa niewydolność serca i zapalenie płuc. Ponadto, ranking ten otworzył pacjentom drogę do tego, by stali się oni aktywnymi uczestnikami rynku i świadomie podejmowali decyzję o tym, w jakim szpitalu chcą być leczeni (Ibidem).

W oparciu o kryteria medyczne są realizowane też rankingi w innych krajach. Przykładowo, w Holandii ranking najlepszych szpitali według portalu internetowego AD.nl bazuje na 36 kryteriach, z czego 29 stanowią kryteria medyczne. Szpitale są zobowiązane do ujawniania danych medycznych w zakresie liczby zabiegów operacyjnych, liczby leczonych z daną jednostką chorobową, liczby reoperacji, rehospitalizacji, zakażeń medycznych czy czasu oczekiwania na przyjęcie do placówki. Francuski magazyn *Le Point* opiera swój ranking na następującym zestawie kryteriów oceny: aktywność (chodzi o liczbę wykonanych procedur w roku przez dany szpital, im większa aktywność, tym szpital jest lepiej oceniany), renoma szpitala, możliwość leczenia ambulatoryjnego poszczególnych jednostek chorobowych, wykorzystanie najlepszej techniki medycznej do realizacji określonych procedur medycznych, stopień specjalizacji szpitala, możliwość leczenia operacyjnego metodami laparoskopowymi, zdolność placówki do leczenia pacjentów najbardziej obciążonych w danej specyfice działalności oraz długość pobytu. Wszystkie wymienione kryteria odnoszą się do oceny jakości leczenia chorych z poszczególnymi jednostkami chorobowymi. Czyli i tutaj pacjent z rankingu ma możliwość dowiedzieć się, w którym szpitalu najlepiej będzie prowadzona terapia lecznicza, np. cukrzycy, białaczki czy chorób krążenia. I ostatni przykład – ranking szpitali publikowany przez U.S. News & World Report, który analizuje dane z około 5000 ośrodków w Stanach Zjednoczonych i dokonuje oceny szpitali z podziałem na szpitale dla dorosłych i dzieci. Ranking ten, podobnie jak poprzednie, opiera się na ocenie kryteriów medycznych w 16 specjalnościach. Jeśli szpital jest uważany za jeden z najlepszych w co najmniej sześciu specjalnościach medycznych, to zyskuje prestiżowe miejsce w rankingu (Kanownik, 2013, s. 58–59).

Szpitale w Polsce nie uczestniczą w obowiązkowych publicznych systemach oceny, dających praktyczne wskazówki wszystkim interesariuszom systemu na temat ich słabych i mocnych stron. Instytucje regulujące i nadzorujące działalność szpitali, w większości dane o tych podmiotach zachowują dla siebie. Systematycznie natomiast pojawiają się informacje na temat zadłużenia szpitali. I tu rodzi się kolejna wątpliwość, czy taki ranking ma wartość praktyczną dla

bezpośrednio zainteresowanych, czyli pacjentów. Jak wiadomo, fakt posiadania płynności finansowej przez podmioty lecznicze nie musi być dowodem prawidłowego zarządzania, może natomiast świadczyć o podejmowanych niepokojących oszczędnościach kosztem infrastruktury, wyposażenia w sprzęt itp. W systemach opieki zdrowotnej, w których finansowanie jest adekwatne do wykonywanych zadań, zła kondycja finansowa świadczyłaby raczej o niskiej frekwencji lub olbrzymich kosztach odszkodowań, co jest sygnałem dla pacjentów, że nie warto powierzać własnego zdrowia takim podmiotom.

Należy podkreślić, że wszelkie rankingi nie mogą zastąpić precyzyjnych i wiarygodnych, informacji o jakości pracy szpitali publikowanych m.in. przez Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia czy organy właścicielskie szpitali. Zanim zaczną się one pojawiać regularnie, rankingi mogą spełniać funkcję doradczą, np. dla pacjentów. Krótko mówiąc, kiedy mamy świadomość pomiędzy czym wybieramy. W przypadku pacjenta ma to szczególne znaczenie, gdyż chodzi tu o jego zdrowie i życie. W Polsce teoretycznie prawo daje możliwość pacjentowi dokonać wyboru lekarza, czy też placówki, w której chce być leczony, jednak, aby mógł dokonać tego wyboru świadomie musi mieć dostęp do wiarygodnych informacji o placówkach medycznych.

Celem pracy jest przedstawienie kierunków praktycznego wykorzystania przez placówki medyczne benchmarkingu – metody pomiaru konkurencyjności, która może stanowić skuteczne narzędzie zarządcze, wspierające te placówki w ich dążeniu do uzyskania przewagi konkurencyjnej na rynku usług medycznym.

1. Istota rankingu „Bezpieczny Szpital” w Polsce i rankingu „Bästa Sjukhuset” w Szwecji

Obecnie opieka zdrowotna w wielu krajach podlega krytyce z uwagi na fakt, że nie spełnia ona wymagań, jakie są stawiane przed nią przez społeczeństwa, przede wszystkim w obszarach dotyczących niezadowolającej jakości świadczeń medycznych oraz ograniczonej dostępności do usług. Wyzwania, z jakimi obecnie musi się zmierzyć ochrona zdrowia na całym świecie, to wzrost populacji osób starszych, kosztów dotyczących technologii medycznych oraz oczekiwań pacjentów, z czym jest związane dążenie do efektywnej alokacji posiadanych środków finansowych oraz rzadkich zasobów materialnych i niematerialnych w ochronie zdrowia. W ocenie konkurencyjności szpitala przez poszczególnych interesariuszy mogą być pomocne publikowane i ogólnodostępne rankingi najlepszych placówek medycznych. W Polsce taką rolę pełni m.in. ogólnopolski

ranking szpitali, realizowany wspólnie przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i dziennik „Rzeczpospolita”, pod nazwą „Bezpieczny Szpital”. Ranking ten, opiera się na analizie ankiet nadesłanych dobrowolnie przez szpitale. Metodyka prowadzonych analiz pozostaje stała i nie wprowadza się radykalnych zmian co do treści i układu ankiet, po to, by wyniki z roku na rok były jak najbardziej porównywalne.

Poniżej zaprezentowano, jakie obszary podlegają analizie w wyżej wymienionym rankingu oraz jakie przypisano im wagi (http://www.cmj.org.pl/ranking/wyniki_2014/wagi.php, dostęp: 08.03.2015):

- Obszar A – budynki, bezpieczeństwo eksploatacji budynków, WAGA: 70.
- Obszar B – zarządzanie majątkiem, WAGA: 60.
- Obszar C – zasilanie w media i instalacje, WAGA: 70.
- Obszar D – sale operacyjne i blok operacyjny, WAGA: 80.
- Obszar E – system sterylizacji, WAGA: 50.
- Obszar F – możliwość leczenia pacjenta w stanie nagłym, dostęp do diagnostyki, WAGA: 130.
- Obszar G – systemy informatyczne, WAGA: 40.
- Obszar H – zarządzanie, WAGA: 60.
- Obszar I – polityka lekowa, WAGA: 40.
- Obszar J – jakość usług, WAGA: 80.
- Obszar K – certyfikaty, WAGA: 100.
- Obszar L – komfort pobytu pacjenta, WAGA: 30.
- Obszar M – skargi i zdarzenia niepożądane, WAGA: 40.
- Obszar N – personel i jego kwalifikacje, WAGA: 90.
- Obszar O – finanse, WAGA: 60.

W połączonych obszarach można uzyskać następującą liczbę punktów:

- Zarządzanie – obszary: A, B, C, G, H, O – maksymalnie 360 pkt.
- Jakość opieki – obszary: J, K, L, M – maksymalnie 250 pkt.
- Opieka medyczna – obszary: D, E, F, I, N – maksymalnie 390 pkt.

Ogółem szpital może uzyskać maksymalnie 1000 pkt.

Powstaje zatem pytanie: jakie dane szczegółowe zostały przekazane przez szpitale w ramach oceny poszczególnych obszarów ich działalności i czy zastosowane kryteria oceny są adekwatne i wystarczające do tego, by możliwe było wysuwanie na podstawie przeprowadzonych analiz wniosków w pełni obiektywnych?

Obszary A, C, E, które najczęściej wypadają najlepiej w rankingu, dotyczą typowo zagadnień związanych z posiadaną przez szpital infrastrukturą i sprzę-

tem diagnostycznym. Jak się okazuje, warto podjąć trud inwestowania, gdyż ma to przełożenie na pozyskanie wysokiej pozycji szpitala w rankingu, jednakże nietrudno zauważyć, że wśród szpitali wysuwających się na czoło rankingu znajdują się w większości placówki, które dokonały poważnych inwestycji budowlanych i technicznych, korzystając w dużej mierze z dofinansowania unijnego. Tego typu inwestycje wymagają sporych nakładów pieniężnych i sfinansowanie ich w ramach środków otrzymywanych z tytułu kontraktów, jakie szpital posiada z Narodowym Funduszem Zdrowia, jest praktycznie nierealne, zwłaszcza gdy placówka jest zadłużona.

Dla porównania spójrzmy, na podstawie jakich kryteriów następuje analiza potencjału konkurencyjnego szpitali w Szwecji, której system zdrowotny jest uważany za najlepszy na świecie. Wiele państw stawia go sobie za wzór godny naśladowania, a pacjenci niejednego kraju marzą o tym, by mieć możliwość korzystania z takiej opieki medycznej.

W Szwecji bardzo popularnym rankingiem analizującym konkurencyjność szpitali jest ranking organizowany przez uznany magazyn branżowy *Dagens Medicin*. Szpitale zostały, na potrzeby analizy rankingu, podzielone na trzy grupy: szpitale uniwersyteckie, szpitale średniej wielkości i szpitale małe.

Ranking powstał w oparciu o różnorodne kryteria. Każda z trzech wymienionych wcześniej grup szpitali jest oceniana m.in. według następujących kryteriów (załącznik 1 – „Bästa Sjukhuset”):

- Jakość medyczna.
- Analiza ankiet satysfakcji pacjentów.
- Dostępność do świadczeń.
- Finanse i posiadane zasoby.
- Warunki sanitarno-epidemiologiczne.
- Poziom opieki i leczenia związany z leczeniem chorób serca.
- Poziom opieki i leczenia związany z porodem.
- Poziom opieki i leczenia związany z leczeniem chorób ortopedycznych.
- Poziom opieki i leczenia związany z leczeniem urazów.
- Poziom opieki i leczenia związany z leczeniem chorób onkologicznych.
- Poziom opieki i leczenia związany z leczeniem chorób cukrzycy.
- Poziom opieki i leczenia związany z leczeniem chorób ginekologicznych.

Przyjęto, że szczególnym kryterium konkurencyjności dla szpitali średnich jest poziom opieki związany z porodem, a w przypadku szpitali małych szczególną uwagę przywiązuje się do leczenia ostrego, jako najważniejszego kryterium konkurencyjności dla szpitali zakwalifikowanych do tej grupy. Co

ciekawe, kryteria ekonomiczne są tylko mierzone w przypadku szpitali uniwersyteckich. W każdej z wyżej wymienionych kategorii znajdują się bardzo precyzyjne pytania dotyczące np.: czasu oczekiwania na leczenie w zakresie określonego schorzenia, śmiertelności w przypadku określonych schorzeń, reoperacji, powikłań, rehospitalizacji, zaufania pacjenta do personelu medycznego, stopnia uczestnictwa pacjenta w terapii leczniczej, a w przypadku kosztów porównanie polega na określeniu kosztów, jakie ponosi szpital w związku z realizacją określonej grupy JGP (DRG)², np. pęcherzyka żółciowego.

Jak widać z powyższego, w szwedzkich szpitalach przyjęta i realizowana zasada zarządzania kosztami poprzez jakość, zarówno w aspekcie makro, jak i mikro prowadzi do korzyści przede wszystkim dla pacjenta, ale też zarówno dla pracownika, jak i dla szpitala. Pacjent odczuwa w wyniku tych działań poprawę w postaci lepiej funkcjonującego systemu udzielania świadczeń, systematyczne poprawianie jakości i bezpieczeństwa opieki, szybkie dostosowywanie się szpitali do potrzeb i oczekiwań pacjenta, przestrzeganie praw pacjenta. Personel medyczny z kolei odczuwa poprawę organizacji pracy, uporządkowanie zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników, czy też wzrost zaangażowania pracowników w proces dążenia do poprawy jakości świadczonych usług medycznych. Szpital poprzez tego typu działania osiąga racjonalizację kosztów, podniesienie prestiżu placówki na zewnątrz, wzrost zaufania interesariuszy szpitala, stabilizację kadry medycznej.

Bycie efektywnym szpitalem wymaga analizowania informacji na temat nakładów, wydajności procesów oraz rezultatów, które są uzyskiwane. Zebranie informacji i zrozumienie, gdzie znajduje się szpital na tle rynku, może pomóc wskazać kierunek strategicznych inicjatyw, zidentyfikować potencjał rozwojowy i obrać realne cele. Proces systematycznego porównywania własnej jednostki z innymi oraz porównywania ze sobą różnych komórek organizacyjnych szpitala, aby ustalić, jaki jest jego stan obecny i czy potrzebna jest jakaś zmiana, pozwala na błyskawiczną interwencję w sytuacjach niepokojących.

² DRG (Diagnosis-Related Group) – sposób rozliczania usług zdrowotnych przez płatnika (w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia). Ideą tego rozwiązania jest stworzenie w miarę prostych i łatwych w stosowaniu metod kwalifikowania (już po wykonaniu) danego świadczenia do pewnej grupy ze ściśle zdefiniowanej listy w celu rozliczenia usługi przed płatnikiem. Praktyczna konstrukcja tego systemu wynika z obserwacji, że pewne grupy pacjentów, często znacznie różniących się, w zasadzie wymagają dość podobnego postępowania. Jednocześnie, ta sama choroba u pacjentów różniących się wiekiem i współistniejącymi problemami wymaga często całkiem innego podejścia. Kwalifikację do grupy wykonuje się albo na podstawie rozpoznania definiowanego międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 (dotyczy głównie leczenia niezabiegowego), albo procedurą leczniczą, wymienioną w liście JGP identyfikowaną kodem klasyfikacji ICD-9.

Wprowadzenie nawet najmniejszych zmian może w znaczny sposób usprawnić efektywność jednostki, by uzyskać większy przychód przy tym samym (bądź zredukowanym) nakładzie zasobów i środków.

2. Proponowane kierunki pomiaru konkurencyjności szpitali powiatowych – wyniki badań własnych

Pomiar konkurencyjności szpitali powiatowych powinien dotyczyć kluczowych determinant (czynników) konkurencyjności. Stąd też zrealizowane badania empiryczne, mają na celu skonstruowanie takich mierników pomiaru konkurencyjności, aby można było dokonywać pomiaru w sposób szybki, relatywnie tani i nieobciążający dodatkową pracą pracowników szpitali, którzy będą odpowiedzialni za zbieranie danych. Mierniki mają być zrozumiałe dla wszystkich odbiorców, do których trafi raport.

Przypomnijmy, że celem pracy jest przedstawienie kierunków praktycznego wykorzystania przez placówki medyczne benchmarkingu – metody pomiaru konkurencyjności, która może stanowić skuteczne narzędzie zarządcze, wspierające te placówki w ich dążeniu do uzyskania przewagi konkurencyjnej na rynku usług medycznym. W związku z powyższym, przeprowadzono badanie empiryczne, którego efektem jest przedstawienie rekomendacji służących do opracowania w dalszych badaniach naukowych modelu pomiaru przydatnego dla stymulowania efektywnego działania szpitali w ich dążeniu do budowania wartości dla pacjentów w długim okresie, uwzględniając ograniczenia wynikające z oczekiwań i wymagań ze strony kluczowych interesariuszy.

2.1. Koncepcja metodyczna badania

Badanie przygotowano w ramach własnego projektu badawczego pt. „Mierniki i metody pomiaru konkurencyjności szpitali powiatowych – instrumenty wspierające rozwój konkurencji w publicznym i niepublicznym sektorze ochrony zdrowia z punktu widzenia interesariuszy”, finansowanego w ramach badań naukowych i prac rozwojowych młodych naukowców Szkoły Głównej Handlowej w 2014 roku. Badanie było realizowane osobiście przez autorkę. Z uwagi na ograniczenia kadrowe, finansowe oraz czasowe pole badawcze ograniczono do szpitali powiatowych. Próba badawcza była próbą celową. Wywiady prowadzono od 1 lipca do 10 października 2014 roku. Łącznie zrealizowano 39 wywiadów. Badania jakościowe, czyli Indywidualne Wywiady Pogłębione (*Individual In-Depth Interviews* – IDI), zostały przeprowadzone przy wykorzystaniu kwestionariusza pytań, z którymi osoby badane zapoznały się wcze-

śniej przed przeprowadzeniem badania. Przebieg badania był rejestrowany za pomocą rejestratora rozmów (dyktafon).

Przed przeprowadzeniem wywiadu każdemu z wybranych rozmówców przedstawiono kwestionariusz pytań badawczych wraz z przyjętą na potrzeby prowadzonego badania naukowego definicją konkurencji i konkurencyjności. Dobór respondentów do wywiadów był celowy z uwagi na istotę badanego problemu – badanie miało charakter sondażowy. Respondenci przedmiotowego badania reprezentowali następujące funkcje: dyrektorzy, zastępcy dyrektora naczelnego, prezesi, starostowie, dyrektorzy lub zastępcy dyrektora określonych wydziałów bądź departamentów, urzędów, które reprezentowali. Dużą zaletą był fakt, iż respondenci pełnili wcześniej inne funkcje, związane z ochroną zdrowia, np. wykonywali obowiązki dyrektora szpitala, pracowali w NFZ, są lekarzami, co wniosło dodatkową wartość dodaną do badania z uwagi na szerokie doświadczenie praktyczne osób biorących udział w wywiadach.

Badanie przeprowadzono w następujących instytucjach państwowych: Ministerstwo Zdrowia – Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu – Wydział Polityki Społecznej, Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy – Wydział Zdrowia, Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim – Wydział Zdrowia, Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie – Wydział Polityki Społecznej, Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie – Wydział Zdrowia, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie – Departament Analiz Rynku.

Badanie przeprowadzono w następujących powiatach: buskim, jarocińskim, kluczborskim, opolskim, ostródzkim, otwockim, piskim, prudnickim, rawickim, sochaczewskim, toruńskim, wolsztyńskim i tczewskim.

Badanie przeprowadzono w szpitalach powiatowych:

- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej: Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Pisz, Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie;
- szpitale powiatowe działające w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością: Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Chełmży, „Szpital Powiatowy w Jaro-

cinie” Spółka z o.o., Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Otwocku, Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.;

- szpitale powiatowe działające w formie spółki akcyjnej: Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku, Szpital Św. Rocha w Ozimku EMC Instytut Medyczny S.A., Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostródzie S.A., Prudnickie Centrum Medyczne S.A. w Prudniku, Szpitale Tczewskie S.A.

Podczas analizy otrzymanych danych jakościowych z przeprowadzonych wywiadów dokonano podziału uzyskanych wyników na grupy, tzn. dokonano oceny opinii interesariuszy, do których zaliczono: regulatorów i decydentów systemu zdrowotnego. Do tej grupy zaliczono: Ministerstwo Zdrowia oraz Urzędy Wojewódzkie. Narodowy Fundusz Zdrowia reprezentuje rolę płatnika, czyli nabywcy usług zdrowotnych, natomiast przedstawiciele starostw powiatowych, to decydenci lokalni, a szpitale powiatowe zostały zaliczone do grupy interesariuszy jako dostarczyciele świadczeń usług medycznych. Ponadto, dokonano podziału opinii na szpitale, które działają w ramach określonej formy prawnej, czyli: samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, szpitali powiatowych działających w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, szpitali powiatowych działających w formie spółki akcyjnej.

W przypadku szpitali powiatowych dokonano wyboru próby celowej w oparciu o następujące kryteria:

- szpitale o I stopniu referencyjności, tj. szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii oraz anestezjologii i intensywnej terapii;
- ze względu na zasięg terytorialny wyodrębniono szpitale powiatowe (lub miejskie w miastach na prawach powiatu);
- ze względu na formę organizacyjno-prawną, badanie obejmowało trzy rodzaje szpitali powiatowych:
  - a) szpital powiatowy działający w formie samodzielnego publicznego zespołu opieki zdrowotnej,
  - b) szpital powiatowy działający w formie spółki prawa handlowego, w którym udziały większościowe posiada podmiot tworzący, w tym przypadku jest to powiat,
  - c) szpital powiatowy działający w formie spółki prawa handlowego, którego udziały należą wyłącznie do prywatnych inwestorów.

Realizacja Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (IDI) została przeprowadzona według schematu przedstawionego na rysunku 1.

Rysunek 1. Schemat realizacji Indywidualnych Wywiadów Pogłębionych (IDI)

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu z realizacji badania pogłębionego „Diagnoza potrzeb uczelni, studentów i absolwentów w zakresie budowania trwałych relacji uczelnia – student – absolwent opartych na wzajemnej wymianie wiedzy i doświadczenia”, zrealizowanego w ramach projektu prowadzonego przez Collegium Mazovia – Innowacyjna Szkoła Wyższa w 2013 roku, s. 104.

Pytania dotyczące tej części bloku badawczego w zakresie pomiaru konkurencyjności szpitali powiatowych brzmiały:

1. Jakie obecnie mierniki konkurencyjności bądź metody pomiaru są wykorzystywane przez Panią/Pana do oceny i porównania konkurencyjności szpitali powiatowych między sobą i dlaczego?
2. Czy według Pani/Pana mierniki i metody pomiaru powinny być:
  - a) jednakowe dla szpitali publicznych – SPZOZ, szpitali samorządowych i szpitali prywatnych?
  - b) powinny się różnić (proszę o uzasadnienie odpowiedzi)?
3. Według Pani/Pana opinii, jakie korzyści bądź zagrożenia mogą wynikać z systematycznego dokonywanego pomiaru konkurencyjności szpitali powiatowych?

W przypadku pytania pierwszego (tego bloku badawczego), respondenci z grupy **Ministerstwa Zdrowia i Urzędu Wojewódzkiego** wyrazili opinię, że nie posiadają narzuconych metod lub mierników pomiaru konkurencyjności szpitali powiatowych. Obecnie nie mają one też ustawowego obowiązku oceny tych podmiotów. W większości oceny szpitali opierają się na szerokiej ocenie działalności finansowej szpitala, badaniu jego zadłużenia itp. Jeden z respondentów wskazał na ocenę dostępności do świadczeń i ich jakość, natomiast inny badany wskazał na dokonywanie analizy, ale raczej o charakterze systemowym, które mają służyć wypracowaniu określonych rozwiązań, dotyczących np. poszczególnych segmentów rynku. W większości rozmówcy wskazują na brak istnienia wzorcowego modelu pomiaru konkurencyjności, co zapewne byłoby niezmiernie wskazane i jest oczekiwane przez regulatorów systemu zdrowotnego. Rozmówcy zauważyli, że brak takiego narzędzia wynika z braku określenia wzorcowej definicji modelu konkurencyjności w polskiej służbie zdrowia.

Oto wypowiedź jednego z respondentów:

tęsknimy za takim narzędziem, które by nam dawało możliwość analitycznego podejścia do zagadnienia [...], ale w tej kwestii musielibyśmy na nowo zdefiniować zagadnienie konkurencyjności [...], ponieważ te kategorie konkurencyjności, które są właściwe wolnemu rynkowi, nie zawsze są trafne dla rynku zdrowotnego. Czyli należałoby się zastanowić nad teoretycznym modelem konkurencyjności w ochronie zdrowia, jak powinien on wzorcowo wyglądać i wtedy dopiero próbować przybliżyć się do zobiektywizowania tego problemu. Wówczas z korzyścią taką analizę można by było prowadzić. Na dzień dzisiejszy wydaje mi się, że brakuje nam analitycznego i racjonalnego podejścia do problemu.

Z kolei rozmówca z **Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów** poinformował, iż ta instytucja nie dokonuje porównań konkurencyjności między szpitalami. Jednak respondent ten wskazał, iż ta problematyka dotycząca mierników konkurencyjności jest bardzo ważna; chodzi o to, aby oceny konkurencyjności były adekwatne do rzeczywistości i by kryteria oceny były logiczne, racjonalne i przemyślane. Przy tym zwrócił też uwagę na fakt, by wybrane mierniki oceny nie straciły swojej wartości informacyjnej, czyli gdy coś staje się benchmarkiem, nie stało się w pewnym sensie paradoksem oceny samej w sobie i w ostateczności nie służyło szpitalom, zamiast pacjentom.

Rozmówcy z grupy reprezentującej płatnika, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia, wskazywali, że istnieją odgórne przepisy ustawowe względem wszystkich świadczeniodawców, odnoszące się do realizowanych procedur, np. dotyczących przyjęć, kolejek oczekujących itd. Przepisy te również odnoszą się do konkursu ofert na świadczenia medyczne, gdzie są zawarte określone kryteria oceny dla poszczególnych rodzajów umów, za które świadczeniodawcy otrzymują odpowiednią punktację. W zależności od rankingu oceny wszystkich oferentów otrzymują określone fundusze na realizację świadczeń. Oceny, które dokonuje płatnik, opierają się na przepisach ustawowych. Każdy wojewódzki oddział posiada własną wypracowaną metodę oceny i porównań, opracowaną przez własnych pracowników.

Jeden z respondentów zauważył, że ocena szpitali pod kątem bazy łóżkowej obecnie nie jest już wykonywana, gdyż bardziej istotne jest porównanie szpitali z perspektywy ich efektywności. Chodzi o to, co potrafi wykonać personel medyczny i jakie uzyskuje efekty leczenia, ponieważ bardzo istotne jest, by pacjent był hospitalizowany w szpitalu tylko wtedy, gdy jest taka konieczność. Unika się w ten sposób wykonywania zbędnych hospitalizacji, a leczenie mniej obciążających przypadków następuje podczas leczenia ambulatoryjnego.

Oto przedstawione według rozmówców kryteria oceny szpitali, jakie stosuje płatnik: ciągłość świadczeń, kompleksowość świadczeń, jakość świadczeń potwierdzona certyfikatem ISO i certyfikatem akredytacyjnym, dostępność do świadczeń, struktura wykonywanych świadczeń, tryby przyjęcia (czy są to przyjęcia planowe, których leczenie zazwyczaj jest mniej kosztochłonne czy przyjęcia bardziej kosztochłonne, czyli tzw. ostre, nagłe, ratujące życie), struktura przychodów szpitali.

Starostwa powiatowe, na terenie których działają szpitale powiatowe w formie SPZOZ, w tej grupie interesariuszy, respondenci wskazali, że nie dysponują bazą danych o szpitalach w poszczególnych powiatach, dlatego porównanie działalności szpitali między sobą jest właściwie niemożliwe. Zazwyczaj porów-

nanie, jeżeli już jest dokonywane to przez Związek Powiatów Polskich, a wtedy bardziej jest nakierowane na wyniki finansowe placówek medycznych.

Jedna osoba wskazała, że śledzi ogólnopolskie rankingi oceny szpitali, np. „Bezpieczny Szpital”, co pozwala w pewnym sensie ocenić swoją placówkę – w którym miejscu się znajduje i co ewentualnie powinno być w niej wykonane. Brany jest też pod uwagę stan epidemiologiczny powiatu. Jeden z rozmówców stwierdził, iż trudno jest pozyskać informację od dyrektorów szpitali z innych powiatów. Inny respondent wskazał natomiast, że zwraca też uwagę na zakres świadczeń realizowanych w swoim szpitalu w porównaniu do innych placówek, po to, by baza oferowanych usług dla mieszkańców powiatu była dość szeroka.

Z punktu widzenia szpitali powiatowych SPZOZ, jeden z rozmówców wskazał, że w jego przypadku brana jest pod uwagę migracja pacjentów za daną usługą medyczną do innych szpitali, oferta usługowa innych szpitali. Respondent chciał w ten sposób poznać przyczyny tego, dlaczego pacjenci wybierają inny szpital, a nie jego. Inny z respondentów wskazał na obserwację pod kątem, jak konkurencja zarządza kosztami, czy te koszty są większe niż w jego szpitalu. Ważny jest element rozwojowy, jakościowy i kosztowy. Inny z badanych stwierdził, iż obserwuje wskaźniki zachorowalności na terenie, w którym działa szpital, by w ten sposób określić zapotrzebowanie na określone procedury medyczne, które mógłby świadczyć ten szpital. W przypadku swojego szpitala zarządzający oceniają, także pod kątem konkurentów, jeśli to możliwe: stopień realizacji kontraktu od płatnika oraz czy jest on wystarczający w stosunku do zapotrzebowania, przychody i koszty, liczbę hospitalizacji, liczbę rehospitalizacji, przestrzeganie procedur jakościowych określonych standardami akredytacyjnymi, obsługę pacjenta (analiza ankiet satysfakcji pacjenta), wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, efektywność postępowania terapeutyczno-leczniczego (skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu, zadowolenie pacjenta, szybkość powrotu do zdrowia w okresie po hospitalizacji, w okresie rekonwalescencji).

Starostowie, na których terenie działają szpitale powiatowe o formie prawnej Sp. z o.o., z większościowym udziałem podmiotu tworzącego, za kryteria oceny wykorzystywane do porównywania szpitali powiatowych, wskazali: liczbę leczonych pacjentów, efektywność kosztową, przychody, wskaźniki finansowe. Najczęściej oceny są dokonywane za pośrednictwem konwentu starostów, przy czym są to raczej analizy finansowe, a nie jakościowe. Jakościowe oceny wykonuje płatnik, który na spotkaniach z nami, jak twierdzi jeden z respondentów, przedstawia je nam, ale:

często po to, żeby coś na nas wymusić. Wiadomo, że te dane są przygotowane po to, żeby pomóc płatnikowi, a nie nam.

Dwóch rozmówców z tej grupy wskazało, że nie ma żadnych ocen szpitali. Jeden z nich stwierdził, że jest to niepotrzebne, gdyż szpitale powiatowe nie konkurują ze sobą. Natomiast drugi z tych rozmówców stwierdził, że taka ocena byłaby wskazana; choćby po to, by możliwa była racjonalna ocena potrzeb zdrowotnych na danym obszarze.

Szpitale powiatowe działające w formie prawnej Sp. z o.o., z większościowym udziałem podmiotu tworzącego – w tej grupie respondentów jedna osoba wskazała, że obecnie trwają prace nad opracowaniem kryteriów oceny grupy szpitali powiatowych dla danego regionu. W wyniku porozumienia szpitale te będą udostępniały pewne dane, aby takie oceny porównawcze przygotowywać, które dalej będą wykorzystywane na użytek tych szpitali. Będą to jednak przede wszystkim oceny opierające się na porównaniu aspektów ekonomicznych działalności szpitali. Dwóch respondentów wskazało, że korzysta z benchmarkingu prowadzonego przez prywatne firmy usługowe, przy czym dane, jakie są tu zbierane, mają typowy charakter i sprowadzają się raczej do typowych wskaźników ekonomicznych. Do oceny własnego szpitala i poszczególnych oddziałów czy poradni ci sami respondenci również wykorzystują analizę ekonomiczną. Jeden rozmówca wskazał, że benchmark niestety nie pomaga mu w podejmowaniu decyzji zarządczych, ponieważ obecny rynek zdrowotny, z uwagi na swoje ograniczenia, nie pozwala mu na podejmowanie swobodnych decyzji zarządczych. Kolejny z respondentów wskazał, iż w aspekcie jakości usług realizowanych w swoim szpitalu ocenia liczbę skarg, analizuje ankiety satysfakcji pacjenta, prowadzi wrywkowe rozmowy z pacjentami i te aspekty stara się porównywać do danych historycznych, co pozwala mu ocenić, jak oraz czy jakość usług poprawia się. Ważnym kryterium jest także renoma szpitala i uzyskany efekt terapeutyczny.

Starostwie, na terenie których działają szpitale powiatowe o formie prawnej S.A., z większościowym udziałem podmiotu tworzącego. Jeden ze szpitali jest szpitalem mającym w 100% inwestora prywatnego. Jeden z respondentów wyraził opinię, że dokonuje oceny potencjału kadrowego, oferty usługowej oraz zabezpieczenia sprzętowego, gdyż szpital, który posiada te trzy elementy jest w stanie najbardziej zagrozić mojej placówce. Kolejny z respondentów wskazał, iż korzystał z usług prywatnej firmy benchmarkingowej, która dokonywała oceny szpitali, gdzie jego szpital był usytuowany na tle województwa, kraju, a także w aspekcie pewnych usług. Jednak ta ocena mogła być niezbyt wiarygodna, gdyż były porównywane ze sobą różne szpitale i pojawiły się wątpliwości odnoszące się do adekwatności stosowanych mierników oceny. Dla tego rozmówcy ważna jest kwestia ekonomiczna, ale także migracja pacjentów. Kolejny z respondentów również wskazał, iż najbardziej istotne w jego oce-

nie szpitala są zagadnienia ekonomiczne. Dwóch respondentów nie dokonuje oceny szpitali. Jeden z nich uzasadniał, iż nie jest to dla nich istotne. Natomiast drugi wskazywał, że z uwagi na fakt, iż nie posiada udziałów większościowych w żadnym szpitalu powiatowym nie dokonuje takiej oceny szpitali.

Szpitala powiatowe działające w formie prawnej S.A., z większościovym udziałem podmiotu tworzącego. Jeden ze szpitali jest szpitalem, mającym w 100% inwestora prywatnego. W tej grupie dwóch respondentów wskazało, iż ocenia szpitale pod kątem zasobów technicznych i kadrowych oraz oferty usługowej, skierowanej do pacjentów. W przypadku swojego szpitala oceniają przede wszystkim koszty, liczbę przyjętych pacjentów i realizację kontraktu. Dwóch rozmówców korzysta z usług zewnętrznej firmy benchmarkingowej, jednakże na własne potrzeby dokonuje oceny migracji pacjentów, realizacji kontraktu, analizy skarg, a drugi rozmówca ocenia koszty, realizację kontraktu i stopień realizacji przez poszczególne oddziały przydzielonego budżetu. Kolejny rozmówca wskazał, że nie dokonuje porównań z innymi szpitalami. Nie są one wykonywalne, ponieważ inne placówki traktują te informacje jako dane handlowe, dlatego najczęściej korzysta z dostępnych publikacji o działalności innych placówek, gdzie może uzyskać pewne interesujące go informacje. Do oceny własnej placówki wykorzystuje dane ściśle ekonomiczne, stopień realizacji budżetu przez poszczególne komórki szpitala, a pod kątem jakościowym dokonuje pomiaru wskaźników określonych standardami akredytacyjnymi, które porównuje z danymi historycznymi. Na tej podstawie wysuwa określone wnioski i ocenia działalność szpitala.

W przypadku pytania drugiego (tego bloku badawczego), respondenci z grupy **Ministerstwa Zdrowia i Urzędu Wojewódzkiego** opowiedzieli się za jednolitym sposobem pomiaru konkurencyjności w szpitalach powiatowych. Przy czym dwóch z nich zaznaczyło, że kwestia jednolitego pomiaru jest ważna przede wszystkim dla pacjentów, ponieważ pacjent jest najbardziej zainteresowany efektem leczenia, a nie rodzajem szpitala, do którego trafił na terapię. Natomiast z punktu widzenia województwa i powiatu, pomiar na pewno powinien uwzględniać pewne aspekty, wpływające na zróżnicowanie działalności tych szpitali, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w odpowiednio dobranych kryteriach pomiaru konkurencyjności.

Rozmówca **Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów** wskazał na fakt, że pomiar powinien być dostosowany do rodzaju interesariuszy, którzy go dokonują, ponieważ jednak każda grupa dąży do oceny szpitali w zależności od stopnia wzajemnych relacji na rynku.

Narodowy Fundusz Zdrowia – w tej grupie respondenci wyrazili opinię, że mierniki pomiaru powinny być równe i takie same dla szpitali, niezależnie od

tę, jaką formę prawną posiadają. Dwóch rozmówców stwierdziło, że wskazane jest, aby tego typu oceny różniły się z punktu widzenia tzw. referencyjności. Jeden z nich uzasadniał swoją opinię następująco:

z całą pewnością należy inaczej spoglądać na szpitale kliniczne, inaczej na szpitale wysokospecjalistyczne, inaczej na szpitale, które w pewnym sensie są szpitalami monopolistycznymi, na przykład zajmującymi się tylko okulistyką, a inaczej na te podstawowe. I to jest jedyna różnica i jedyna kategoria, w której chcielibyśmy inaczej spoglądać na poszczególne grupy, ale tylko dlatego, że są to szpitale, które spełniają zupełnie inną funkcję.

Starostwie, na których terenie działają szpitale powiatowe w formie SPZOZ – w tej grupie trzech rozmówców wskazało, że pomiar konkurencyjności szpitali powiatowych powinien być jednakowy i opierać się na jednakowych kryteriach oceny, niezależnie od formy prawnej szpitala. Jeden z respondentów wskazał, że pomiar konkurencyjności powinien opierać się na odmiennych kryteriach oceny, uwzględniających odmienne uwarunkowania, w których działają poszczególne szpitale, czyli: demografia, infrastruktura, zasoby itd., a w ślad za taką oceną powinno iść odpowiednie finansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z punktu widzenia **szpitali powiatowych SPZOZ**, dwóch respondentów zdecydowanie wyraziło opinię, że pomiar oceny powinien być jednakowy. Trzeci rozmówca wskazał, że forma prawna nie ma tu żadnego znaczenia i nie powinna wpływać na różnicowanie szpitali, natomiast pomiar powinien uwzględniać i być jednolity dla szpitali o podobnym potencjale, tzn. tak samo powinniśmy oceniać szpitale należące do poszczególnych grup, np. jednoimienne, wieloprofilowe, gdyż jest inna skala trudności w prowadzeniu tego typu szpitali. Następny rozmówca wskazał na fakt, że pomiar powinien być jednakowy dla szpitali publicznych niezależnie od formy prawnej. Natomiast w tej grupie szpitali nie powinno się ujmować szpitali prywatnych z uwagi na aspekt przychodowy. W tym przypadku różnica pomiędzy szpitalami jest znaczna, gdyż prywatna placówka może pozyskiwać środki finansowe w nieco odmienny sposób niż szpital publiczny, w pozostałych kwestiach pomiar powinien być jednakowy.

Starostwie, na terenie których działają szpitale powiatowe o formie prawnej Sp. z o.o., z większościowym udziałem podmiotu tworzącego, w tej grupie rozmówców jeden respondent zdecydowanie wyraził opinię, że ocena konkurencyjności szpitali powiatowych powinna być taka sama. Dwóch respondentów wskazało, że w przypadku publicznych szpitali niezależnie od formy prawnej mierniki oceny powinny być jednakowe, natomiast szpitale prywatne powinny być porównywane oddzielnie według innych mierników. Następny rozmówca wskazał, że mierniki oceny konkurencyjności szpitali powiatowych powinny

się różnić, ponieważ z uwagi na brak stabilizacji gospodarczej oraz polskiego systemu zdrowotnego, gdzie nie dopracowano się nadal gruntownych filarów regulacyjnych, otrzymane wyniki z takiej oceny mogłyby nie być adekwatne do rzeczywistości i mogłyby być zrozumiane opacznie przez odbiorców.

Szpitala powiatowe działające w formie prawnej Sp. z o.o., z większościovym udziałem podmiotu tworzącego, w tej grupie rozmówców jeden z nich wskazał, że mierniki pomiaru konkurencyjności powinny być jednakowe dla wszystkich szpitali. Trzej pozostali respondenci wskazali, że metody pomiaru powinny być jednakowe. Przy czym jeden z nich stwierdził, że raczej pomiar powinien obejmować poszczególne grupy szpitali, np. powiatowe, wojewódzkie, specjalistyczne. Kolejny zaznaczył, że różnica w pomiarze powinna dotyczyć podatku i dzierżawy, bo one nie występują w SPZOZ. W podobnym tonie wypowiedział się trzeci respondent, który uznał, że różnica w pomiarze powinna uwzględniać sposób traktowania amortyzacji, co uzasadniał w następujący sposób:

w spółce amortyzacja, oczywiście w dużym uproszczeniu, bo pomijając różnicę między amortyzacją bilansową i podatkową, jest brana pod uwagę przy ustalaniu wyniku, a jednocześnie jest generatorem wolnych środków i płynności w szpitalu. W SPZOZ jako jednostka finansów publicznych amortyzacja nie ma takiego znaczenia.

Starostwie, na terenie których działają szpitale powiatowe o formie prawnej S.A., z większościovym udziałem podmiotu tworzącego. Jeden ze szpitali jest szpitalem, mającym w 100% inwestora prywatnego. W tej grupie respondentów dwie osoby zdecydowanie wskazały, że pomiar konkurencyjności powinien być dokonywany jednakowymi metodami. Dwóch wskazało, że metody pomiaru powinny się różnić. Jeden z badanych wyraził opinię, że część mierników powinna dotyczyć szpitali publicznych, część prywatnych, a pozostałe powinny być jednakowe dla wszystkich. Oto uzasadnienie tej opinii:

uważam, że powinny być wypracowane obiektywne mierniki i metody pomiaru, na przykład przez Ministerstwo Zdrowia, które pozwoliłoby porównać szpitale między sobą. Część z tych mierników dotyczyłaby na przykład tylko SPZOZ, część z nich szpitali skomercjalizowanych, część szpitali prywatnych, ale niewątpliwie większość dotyczyłaby wszystkich szpitali na poziomie powiatowym. To znaczy, wydaje się, że możliwe jest stworzenie systemu mierników i metod pomiaru pozwalającego na realne i uczciwe obiektywne oceny. I chciałbym, żeby coś takiego było wypracowane, chociażby w kontekście kontraktów z NFZ i nawet oceny zarządów tych szpitali. Bo gdyby był realny, naprawdę bardzo rzetelny ranking, pokazujący, gdzie punkty z oceny ofert są pogubione, a gdzie

są uzyskane dodatkowo, ten ranking byłby metodycznie trudny do podważenia, to niewątpliwie ułatwiłoby to nam kontrolę zarządczą i kierowanie funkcjonowaniem szpitala z tego poziomu najwyższego, czyli walnego zgromadzenia akcjonariuszy.

Szpitala powiatowe działające w formie prawnej S.A., z większościovym udziałem podmiotu tworzącego. Jeden ze szpitali jest szpitalem mającym w 100% inwestora prywatnego. W tej grupie respondentów zdecydowanie opowiedziano się za tym, aby pomiar konkurencyjności opierał się na jednakowych zasadach. Kolejny rozmówca również uznał, że pomiar nie powinien się różnić, z zastrzeżeniem, że jeśli do zadań szpitala włączymy to, co wynika z tzw. interesu społecznego, to wówczas niektóre dziedziny działania nie powinny być oceniane podobnie jak ocenia się prywatne szpitale, ponieważ ten tzw. interes społeczny zakłóca porównanie i różni te szpitale od szpitali nastawionych typowo na realizację procedur przynoszących zysk. Ostatni respondent w tej grupie uważał, że pomiar powinien się różnić, ponieważ, jak twierdził, szpitale publiczne działają na rynku po to, by być transparentne i ich zadaniem tak naprawdę jest ujawniać wszystkie swoje aspekty działalności, natomiast prywatne szpitale bardziej muszą skrywać informacje, które mogą być wykorzystane przez konkurencję, zwłaszcza w aspekcie możliwości przejęcia takiej placówki przez inną, co jest zdecydowanie łatwiejsze wobec prywatnych szpitali niż publicznych.

W przypadku pytania trzeciego (tego bloku badawczego), respondenci z grupy **Ministerstwa Zdrowia i Urzędu Wojewódzkiego**, wyrazili opinię, że dokonywany systematycznie pomiar konkurencyjności szpitali wpłynie korzystnie na ten sektor rynku i nie wiąże się zasadniczo z zagrożeniem, pod warunkiem jednak, że wybrane kryteria pomiaru będą adekwatne do rzeczywistości. Jeden z respondentów uzasadniał swoją opinię w następujący sposób:

wydaje się, że z punktu widzenia centralnego nie widzę żadnych zagrożeń. Są to tylko i wyłącznie korzyści. Tylko tutaj znowu, pomiar konkurencyjności w tym aspekcie, o którym mówimy, czyli pewnego dostępu do świadczeń, w tym momencie na pewno jest bardzo ważną, systemową informacją dla ministra zdrowia, ale również wyobrażam sobie, dla ministra finansów czy nawet ministra rozwoju regionalnego, określenie, jak wygląda struktura dostaw na tym rynku. Możemy się zgodzić oczywiście i to już wielokrotnie stwierdzono i opisywano, że krótkie, najczęściej jednodniowe pobyty w szpitalu są absolutnie przyszłością, tylko że poza tą formą świadczeń, są również inne świadczenia. Jeżeli z ocen wyniknie, że struktura rynku jest taka, że bardzo mocne mamy inwestowanie we wszystkie jednodniowe jednostki, to nie jest zupełnie bez wpływu na szpitale publiczne. Ponieważ to są ci sami lekarze, którzy będą mieli

takie a nie inne presje płacowe, które będą z kolei przekładały się na presje na Narodowy Fundusz Zdrowia odnośnie odpowiednich kontraktów. To jest system naczyń połączonych. I tego się absolutnie nie da ominąć. [...] wracając do tezy o konkurencyjności nieokiełznanej, w szeregu krajów, na przykład w Niemczech, nie można łączyć rynku publicznego z prywatnym. U nas te sektory się przenikają ze wszystkimi plusami i minusami tej sytuacji. Dlatego wydaje mi się, że takie systemowe analizy są jak najbardziej konieczne, jak najbardziej potrzebne, ponieważ, nie jest to stricte wolny rynek [...], dlatego interwencja państwa zakłada, że musimy mieć pewne systemowe narzędzia, które pomogą stymulować konkurencję [...], w sektorze zdrowotnym odbywa się to poprzez odpowiednie taryfy, odpowiednie polityki kontraktowania i wówczas określone segmenty rynku są promowane [...], dlatego wydaje się, że taki jednolity zestaw wskaźników, który by jasno i transparentnie pokazywał, jakie są potrzebne kierunki interwencji, na pewno jest bardzo wskazany.

Natomiast rozmówca **Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów** wskazał na korzyści płynące z dokonywania pomiaru, ponieważ ma on generalnie przysłużyć się pacjentom, aby placówki medyczne za pomocą takiego pomiaru dążyły do poprawy wadliwych elementów oceny. Zagrożenie, jakie może płynąć z takiego pomiaru konkurencyjności, to sytuacja, w której okaże się, że pomiar będzie wadliwy, nie będzie mierzył tego, co powinien mierzyć i jeżeli jeszcze na tak wadliwym pomiarze opierać ma się ocena szpitali przez pacjentów, będzie to sytuacja najbardziej niepożądana.

Narodowy Fundusz Zdrowia, również jak respondenci z poprzednich grup interesariuszy, wyraził opinię, że systematyczny pomiar konkurencyjności szpitali powiatowych przyniesie korzyści, natomiast zagrożenia, jakie mogą powstać, to te, że w którymś momencie może się okazać, że pewne placówki po prostu wypadną z rynku. Okażą się być bardzo słabymi podmiotami, co może wiązać się z koniecznością podjęcia bardzo niepopularnych społecznie decyzji o likwidacji takich szpitali. Dlatego nie każdemu takie rozwiązanie może się podobać.

Starostwie, na terenie których działają szpitale powiatowe w formie SPZOZ – w tej grupie respondenci dostrzegają korzyści płynące z dokonywania w sposób systematyczny pomiaru konkurencyjności, jednakże, podobnie jak poprzednie grupy, wskazali na fakt, aby mierniki były adekwatne do rzeczywistości i pomiar był dokonywany jak najbardziej uczciwie, aby można było mieć do tego narzędzia pełne zaufanie. Zagrożenie, jakie się tu wyłania, to fakt, że po dokonywaniu tego typu ocen okaże się, że niektóre szpitale są niepotrzebne, co z punktu widzenia racjonalizacji potrzeb zdrowotnych jest na pewno wskazane.

Z punktu widzenia **szpitali powiatowych SPZOZ**, wyrażono opinię, że systematyczne dokonywanie pomiaru konkurencyjności przynosi korzyści. Ważne jest, aby był on dokonywany uczciwie, należałoby takie narzędzie spopularyzować nie tylko wśród zarządzających szpitalami, ale przede wszystkim wśród organów założycielskich i pozostałych interesariuszy systemu zdrowotnego i wprowadzić do powszechnego użytku. Ważne jest to, aby zastanowić się nad tym, jaka instytucja godna zaufania publicznego prowadziła tego typu pomiary i w jaki sposób weryfikować ich poprawność.

Starostwie, na których terenie działają szpitale powiatowe o formie prawnej Sp. z o.o., z większościowym udziałem podmiotu tworzącego, w tej grupie respondencji wyrazili dość ciekawą opinię, że systematyczny pomiar konkurencyjności przyniesie korzyści w postaci swojego rodzaju nauki od innych, co w ostateczności wpłynie na poprawę działalności szpitala, gdyż będzie dążył on do dorównania najlepszym. Ważne jest, by mierniki pomiaru były przemyślane i dostosowane do rzeczywistości. Jeden z rozmówców wskazał, że nie widzi żadnych zagrożeń tego pomiaru, gdyż uważa, że szpitale ze sobą nie konkurują w obecnie funkcjonującym systemie zdrowotnym.

Szpitale powiatowe działające w formie prawnej Sp. z o.o., z większościowym udziałem podmiotu tworzącego, w tej grupie rozmówców, również wskazano na korzyści płynące z dokonywania systematycznie pomiaru konkurencyjności, przy czym pojawiły się głosy, że ważnym jest, kto i do czego tę wiedzę będzie wykorzystywał. Dlatego należałoby najpierw ustalić bardzo transparentne zasady pomiaru i oceny uzyskanych wyników dla poszczególnych zainteresowanych, aby pomiar był jak najbardziej uczciwy. Jeden z rozmówców wskazał, że taki pomiar będzie bardzo pomocny dla pacjentów, gdyż pomoże na podstawie merytorycznych informacji uzyskać sprawdzoną wiedzę, a nie oceniać dany szpital na temat niesprawdzonych informacji bądź też doniesień medialnych. Inny rozmówca wskazał, że:

zagrożenia na pewno z tego nie wynikają. Oczywiście zależy to od tego, jak ta wiedza będzie wykorzystywana. Ja mocno obawiam się tego, że NFZ przygotowuje się w tej chwili do prowadzenia zdalnej oceny efektywności szpitali, bo problem nie polega nawet na tym, że te dane będą zbierane tylko na tym, że te dane będą oceniane bez pełnej wiedzy na temat warunków funkcjonowania konkretnych szpitali. Bo inne koszty funkcjonowania będzie miał szpital świeżo wybudowany, ze środków unijnych, w którym nic się nie psuje i niczego nie trzeba odtwarzać. A zupełnie inne koszty funkcjonowania będzie miał szpital, który mieści się w kilkusetletnich budynkach. I tego nie widać w analizie efektywności kosztowej, a ma to ogromne znaczenie z punktu widzenia funkcjonowania szpitali.

Starostwie, na których terenie działają szpitale powiatowe o formie prawnej S.A., z większościowym udziałem podmiotu tworzącego. Jeden ze szpitali jest szpitalem mającym w 100% inwestora prywatnego. Respondenci z tej grupy wyrazili opinię, że pomiar konkurencyjności szpitali przyniesie korzyści. Ważne jednak, aby uzyskane wyniki miały wpływ i przełożenie na konkretne podejmowane decyzje odpowiednich grup interesariuszy co do kierunków dalszych działań szpitali. Jeden z rozmówców wskazał, że w przypadku opublikowania takich danych dla pacjentów, może to wywołać nieprzewidziane efekty:

to wszystko będzie zależeć od tego, czy to będzie dokument jawny dla każdego pacjenta, czy to będzie informacja ukryta dla sfer tylko zarządczych. Jeżeli będzie to informacja ukryta, to bardzo dobrze, gdyż pozwoli to podejmować optymalne decyzje inwestycyjne, właścicielskie, w zależności od propozycji składanych przez zarząd spółki szpitalnej. Jeżeli natomiast te dane byłyby opublikowane dla szarego grona interesariuszy, to jest to swego rodzaju bomba z opóźnionym zapłonem, ponieważ odbiorcy tych informacji będą kierować się na leczenie do tych szpitali, które będą miały najlepsze wskaźniki, jak: najkrótsze czasy oczekiwania, więc należy liczyć się z tym, że może to wpływać w sposób sztuczny na wzmocnienie pozycji tych placówek, których wskaźniki są w tym momencie korzystniejsze od konkurencji. Co niekoniecznie musi być dobre dla właściciela.

Szpitale powiatowe działające w formie prawnej S.A., z większościowym udziałem podmiotu tworzącego. Jeden ze szpitali jest szpitalem mającym w 100% inwestora prywatnego. W tej grupie rozmówców również została wyrażona opinia, że systematyczny pomiar konkurencyjności szpitali wpłynie korzystnie na ich działalność pod warunkiem, że zmienią się uwarunkowania, przede wszystkim prawne, sprzyjające racjonalnemu rozwojowi sektora zdrowotnego w Polsce. Oto jedna z opinii respondenta tej grupy uzasadniająca te poglądy:

zagrożenia płynące z pomiaru na pewno będą takie, że bardzo łatwo jest wtedy ulokować się na rynku, wiedząc na jakim poziomie jest inny szpital. Doskonale możemy przewidzieć, jakie może mieć kłopoty, co możemy wykorzystać w swojej strategii i za określony czas, możemy wejść na dany rynek zdrowotny, a nasz konkurent może mieć z tego tytułu kłopoty. Takie trochę mądre podglądanie. I to jest w mojej opinii zagrożenie. Sądzę jednak, że jeszcze wiele lat upłynie, zanim będziemy mogli otwarcie o tym rozmawiać. Korzyści? To na pewno to, że im wyżej będzie postawiona poprzeczka, czyli jeżeli dla danego obszaru działania szpitale potrafią uporządkować i poprawić bezpieczeństwo i jakość tego pacjenta, to ja również do tego dążę. Konkurencyjność wpływa pozytywnie na jakość świadczonych usług i bezpieczeństwo, a to jeszcze w polskim systemie

zdrowotnym jest na najniższym poziomie. Biorąc pod uwagę analizy szpitali światowych, europejskich, my jesteśmy jeszcze bardzo, bardzo daleko, jeśli chodzi o rejestrowanie na przykład zdarzeń niepożądanych. To jest jeszcze temat nieznany niektórym szpitalom, gdzie uważa się, że to jest odkrywanie swoich błędów, nieprawidłowości. Jest wiele w tym względzie do zrobienia. A zatem uważam, że są i zagrożenia, i korzyści. Ale musimy nauczyć się rozmawiać o tym otwarcie. Może będzie to bardziej możliwe w przyszłości, jeżeli będzie uwolniony rynek, jeśli chodzi o płatnika. Jeżeli na rynek wejdą jeszcze ubezpieczenia dodatkowe, nie będzie to jeden płatnik, tak jak obecnie. Wówczas zapewne będziemy rozmawiać na zupełnie innych poziomach. I tego oczekujemy w przyszłości.

Jak widać z przedstawionych powyżej opinii, zarówno temat konkurencyjności szpitali powiatowych, jak i jej pomiaru jest tematem postrzeganym przez każdą grupę interesariuszy jako ważny. Wielu z rozmówców widzi, iż mierniki konkurencyjności mogą przyczynić się do rozwiązania wielu problemów polskich pacjentów i polskiego systemu zdrowotnego, jeśli zostaną wprowadzone do tego systemu przemyślane regulacje prawne, wprowadzające pewne mechanizmy rynkowe, które umożliwią rozwój i optymalne wykorzystanie potencjału tego działu gospodarki.

3. Proponowane kierunki pomiaru konkurencyjności szpitali powiatowych – rekomendacje w oparciu o analizę rankingów oraz wyników uzyskanych z przeprowadzonego badania własnego

W oparciu o przeprowadzoną analizę porównawczą rankingu polskich szpitali z rankingiem szpitali w Szwecji na pierwszy plan wysuwa się podstawowa różnica w podejściu do pomiaru. Dotyczy ona tego, że w Szwecji dokonuje się pomiaru przede wszystkim w oparciu o uzyskiwane efekty leczenia. Jedyne kwestie ekonomiczne są rozpatrywane w szpitalach uniwersyteckich. Przy czym bardziej chodzi tu o porównanie kosztów w zakresie realizacji poszczególnych grup JGP (DRG). Ponadto, szpitale w Szwecji są podzielone na trzy grupy: uniwersyteckie, średnie i małe. W Polsce dokonuje się oceny szpitali, dzieląc je również na trzy grupy, ale pod kątem szpitali zabiegowych wielospecjalistycznych, zabiegowych monospecjalistycznych i niezabiegowych. Już ten podział budzi wątpliwości, czy jest on prawidłowy, gdyż wśród szpitali zabiegowych wielospecjalistycznych znajdują się zarówno szpitale kliniczne, wojewódzkie, jak i powiatowe. Czy porównywanie tych trzech typów szpitali ze sobą jest miarodajne? Zapewne nie, już chociażby biorąc pod uwagę wysokość posiadanych

kontraktów tych szpitali, widać znaczącą różnicę w ich przychodach, co ma wpływ na koszty i zadłużenie poszczególnych placówek. Ponadto, każdy z tych szpitali ma swoją specyfikę i swoje problemy, z którymi boryka się w codziennej działalności, co nie jest bez znaczenia w aspekcie dokonywania rzetelnych porównań.

W polskim rankingu, co wskazano w analizie rankingów, główną uwagę zwraca się na infrastrukturę szpitali, wyposażenie, posiadany sprzęt itp. Obszary A, C, E, które wypadły najlepiej w przeprowadzonym rankingu w 2013 roku dotyczą typowo zagadnień związanych z posiadaną przez szpital infrastrukturą i sprzętem diagnostycznym. Jak się okazuje, warto podjąć trud inwestowania, gdyż przekłada się to na pozyskanie wysokiej pozycji szpitala w rankingu. Jednakże nietrudno zauważyć, że wśród szpitali wysuwających się na czoło rankingu znajdują się w większości placówki, które dokonały poważnych inwestycji budowlanych i technicznych, korzystając w dużej mierze z dofinansowania unijnego. Tego typu inwestycje wymagają sporych nakładów pieniężnych i sfinansowanie ich w ramach środków otrzymywanych z tytułu kontraktów, jakie szpital posiada z Narodowym Funduszem Zdrowia, jest właściwie nierealne, zwłaszcza gdy placówka jest zadłużona.

Nasuwa się zatem pytanie o to, czy np. szpital, który posiada nowoczesny blok operacyjny, czy też nowoczesną centralną sterylizację, albo kosztowny sprzęt diagnostyczny, np. rezonans magnetyczny, efektywnie wykorzystuje dane pomieszczenia i urządzenia, czy liczba dwóch lub nawet trzech bloków operacyjnych nie okazuje się być infrastrukturą na wyrost, która generuje tylko koszty, gdyż jest nieumiejętnie wykorzystana i zarządzana, gdyż zupełnie nie odpowiada potrzebom danego szpitala, regionu itp.

Stąd też rodzi się pewna obawa, że szpital odpowiadający pozytywnie na pytania dotyczące poszczególnych obszarów ujętych w ankiecie będzie wprawdzie prezentował się w rankingu jako placówka nowoczesna pod względem technicznym i diagnostycznym, spełniająca wszelkie wymogi prawne, ale niestety nie uzyskamy odpowiedzi na to, czy infrastruktura i wyposażenie diagnostyczne szpitala zostało dostosowane także, oprócz wymogów ustawowych, do aktualnych wymogów i potrzeb demograficznych i rodzaju prowadzonej działalności placówki w regionie. Co ważne, nie dowiemy się także, czy środki finansowe, poniesione na przeprowadzenie przebudowy i modernizację infrastruktury i zakupu sprzętu, nie zostały po prostu zmarnotrawione, gdyż mogły zostać przeznaczone na rozwój innych, bardziej konkurencyjnych względem rywali obszarów działalności szpitala.

Nie bez znaczenia jest też fakt, że wymogi techniczne i sprzętowe, o których mowa w poszczególnych obszarach oceny, w większości stanowią podsta-

wę istnienia każdej placówki medycznej. Decydują one o tym, czy dany szpital będzie mógł realizować w ogóle działalność leczniczą, ponieważ są elementarnym wymogiem prawnym, nałożonym przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Stąd tak ważne jest, by ocenić, czy wymagania stawiane przed szpitalami są dostosowane do realiów i faktycznych potrzeb, a zasoby posiadane przez placówki medyczne są prawidłowo rozlokowane.

W 2013 roku w rankingu uczestniczyło 243 szpitale, a co działo się z pozostałymi placówkami?

Szpitale, które nie zdecydowały się przystąpić do badania, podjęły taką decyzję zapewne z uwagi na niespełnienie przez nie wszystkich wymogów, które są przedmiotem analizy tegoż rankingu, a które stanowią podstawowe standardy, jakie powinna spełniać współczesna placówka medyczna. Główną przyczyną rezygnacji szpitali z uczestnictwa w rankingu będzie ich niezbyt dobra sytuacja finansowa. Obszar O – w którym szpital podaje podstawowe wskaźniki ekonomiczne, m.in. wielkość zadłużenia placówki i jej płynność, w wielu przypadkach nie przedstawia się optymistycznie. Analiza kosztów utrzymania placówek medycznych wskazuje, że rosną one nieproporcjonalnie do wartości kontraktów, jakie podmioty te podpisują z Narodowym Funduszem Zdrowia. Obciążenia nakładane na szpitale są coraz wyższe, chociażby z racji nowych obowiązkowych ubezpieczeń, stawek VAT itp. Z roku na rok zmniejsza się liczba szpitali, które mogą się pochwalić dodatnim wynikiem finansowym. Ponadto, szpitale mają problemy z uzyskaniem płatności z Narodowego Funduszu Zdrowia za świadczenia wykonane ponad limit oraz, nierzadko, z wynegocjowaniem korzystnego kontraktu. Trzeba też pamiętać, że wzrost finansowania świadczeń medycznych mógłby się wiązać z potrzebą wzrostu składki zdrowotnej. Dlatego należałoby spojrzeć na ten aspekt także od strony skutecznego zarządzania placówką nie tylko przez samego dyrektora, ale także poszczególnych ordynatorów i kierowników komórek organizacyjnych szpitala.

Wskaźniki prezentowane przez szpitale w ramach obszaru O są zależne od wielu czynników, dlatego też i tutaj należałoby poszerzyć ilość informacji, np. o dane dotyczące wielkości przyznanego kontraktu, wielkości świadczeń zapłaconych i świadczeń niezapłaconych przez płatnika w poszczególnych rodzajach umów, bądź też wyników pozyskiwanych przez poszczególne komórki szpitala.

W przypadku danych jakościowych, związanych z obsługą pacjenta, kryteria, według których są oceniane szpitale, skupiają się bardziej na tym, czy szpital posiada i czy realizuje określone działania, jednakże brak jest w nim odniesienia do tego, jakie wyniki uzyskał w związku z realizacją tych czynności. Przykładowo, w ramach obszaru J – zadano pytanie, czy szpital prowadzi

wśród pacjentów i personelu szpitala badanie satysfakcji. Załóżmy, że szpital prowadzi tego typu badanie i odpowie pozytywnie na pytanie ankietowe, ale co wynika z tego faktu, że je wykonuje? Oprócz tego, że szpital je realizuje, interesuje nas także to, jakie wyniki uzyskał z przeprowadzonego badania satysfakcji pacjentów czy personelu i jakie kroki podjęli zarządzający szpitalem, aby dokonać poprawy w zakresach, które tego wymagają.

Podobnie w przypadku obszaru M – skargi i zdarzenia niepożądane, pacjenci zapewne byliby zainteresowani nie tylko tym, czy w szpitalu działa rzecznik praw pacjenta i czy prowadzi się analizę przyczynowo-skutkową zdarzeń niepożądanych. Pacjenci będą też zainteresowani tym, jakie działania, zmierzające do tego, by ograniczyć tego typu przypadki oraz efekty tych działań, są podejmowane, a wszystko po to, aby pacjent miał zaufanie do personelu medycznego, co znacznie wpływa na poprawę komfortu jego leczenia.

Dane jakościowe są z reguły danymi trudno mierzalnymi, jednakże w tym aspekcie należy opracować takie mierniki, które pozwolą ocenić szpital pod kątem jego konkurencyjności w zakresie jakości świadczeń. O jakie dane należałoby uzupełnić analizy potencjału konkurencyjności szpitali?

Otóż, jak wspomniano powyżej, szpital nie może się tylko ograniczać do stwierdzenia suchych faktów typu: posiadam bądź nie posiadam certyfikatu akredytacyjnego. Może należałoby raczej zapytać o wyniki, jakie uzyskały szpitale podczas akredytacji, czy też: posiadam lekarzy specjalistów. A może należałoby zapytać o doświadczenie tych lekarzy itp. Niezmiernie istotne jest też branie pod uwagę preferencji pacjentów, renomę szpitali, osiągnięte wyniki leczenia i rzeczywiste umiejętności personelu medycznego.

Bo jak wiadomo, szpital będzie postrzegany jako konkurencyjny, gdy skupi się na tym, by dążyć do poprawy osiąganych wyników, i to w każdym wymiarze swojej działalności, oraz stosunkowo wcześniej zapobiegać wszelkim zagrożeniom, jakie pojawiają na drodze w dążeniu do osiągnięcia zrównoważonego rozwoju. Dlatego niezmiernie ważna jest ocena osiąganych wyników przez szpital, obok tego czy i jakie placówka posiada wyposażenie techniczne, sprzętowe i informatyczne.

W przypadku rankingu szwedzkich szpitali w pierwszym momencie wydawać by się mogło, że ograniczenie kryteriów oceny do danych medycznych i związanych z nimi uzyskiwanych efektów leczenia, ogranicza poznawczo dany ranking. Jednak okazuje się, że przyjęty sposób oceny szwedzkich szpitali jest jak najbardziej prawidłowy, gdyż porównywanie wyżej wymienionych kryteriów pozwoli szpitalowi na:

- dokonanie wyboru i zaplanowanie projektów poprawy wydajności opartych na efektach leczniczych,

- uniknięcie błędów, które już zostały popełnione,
- poznanie mocnych i słabych stron prowadzonej działalności,
- zdiagnozowanie obszarów, które wymagają pilnej poprawy,
- zoptymalizowanie produktywności i efektywności wykorzystania zasobów.

A to wszystko w oparciu o uzyskane efekty lecznicze, które w przypadku szpitala mówią najwięcej o jego efektywności, wydajności, optymalizacji kosztów i trafnym wykorzystaniu zasobów. Ranking „Dagens Medicine” prezentuje placówki, zapewniające najlepszą opiekę medyczną poprzez legitymowanie się najlepszymi efektami w leczeniu poszczególnych schorzeń. Interesariusze szpitali, a zwłaszcza pacjenci, na podstawie przeprowadzonego rankingu wiedzą, gdzie najbezpieczniej mogą się leczyć i komu można powierzyć los najbliższych z pełną odpowiedzialnością. Do oceny placówek i ich usług posłużyła metoda opracowana przez specjalistów z poszczególnych dziedzin medycznych. Wybrano te zabiegi i schorzenia, których leczenie najlepiej świadczy o profesjonalizmie danego rodzaju szpitala.

Dużą zaletą tak przeprowadzonego rankingu jest fakt, iż wszystkie określone w nim kryteria oceny są łatwe do zweryfikowania przez osoby postronne, gdyż wszystkie tego typu informacje znajdują się na stronach internetowych poszczególnych np. powiatów, gdzie pacjenci mogą sprawdzić i dowiedzieć się, jaki jest np. w danym momencie czas oczekiwania na leczenie określonego schorzenia. Ponadto, są publikowane raporty z przeprowadzanych kontroli w szpitalach oraz raporty jakości publikowane przez szpitale, co było już przedmiotem rozważań w rozdziale poświęconym modelom biznesowym poszczególnych szpitali. Taka analiza działalności szpitala jest oceną skuteczną nie tylko pod względem medycznym i ekonomicznym, ale również pod względem oceny konkurencyjności szpitala.

Jak widać, ocena konkurencyjności szpitali w Szwecji zawiera elementy oceny nakierowane na osiągnięte przez szpitale wyniki, czego, jak wskazano wcześniej, brak w analogicznym rankingu „Bezpieczny Szpital” przeprowadzanym w Polsce.

Ocena szpitala pod kątem jego konkurencyjności powinna dążyć do tego, by obiektywnie określić, czy hospitalizacja realizowana w danym szpitalu będzie przebiegać w warunkach co najmniej optymalnych, czy też leczenie będzie prowadzone z pominięciem elementarnych zasad i ogólnie przyjętych standardów postępowania.

Należy podkreślić, że wszelkie rankingi nie mogą zastąpić precyzyjnych i wiarygodnych, informacji o jakości pracy szpitali, publikowanych m.in. przez Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy właścicielskie

szpitali itp., ale zanim zaczną się one pojawiać regularnie, rankingi mogą spełniać funkcję doradczą, gdyż prawo do dokonywania wyborów pomiędzy konkurencyjnymi szpitalami, tylko wtedy ma wartość, kiedy istnieją jasne i precyzyjnie określone kryteria wyboru. Krótko mówiąc, kiedy mamy świadomość pomiędzy czym wybieramy. W przypadku pacjenta ma to szczególne znaczenie, gdyż chodzi tu o jego zdrowie i życie.

Z przeprowadzonego badania wynika, że ocena działalności szpitali jest bardzo niejednorodna. Każda z instytucji skupia swoją ocenę raczej na tym, co uważa dla siebie za bardziej istotne niż np. dla pacjenta. Taka sytuacja wynika stąd, że obecnie nie ma jasno sprecyzowanego jednego modelu pomiaru działalności szpitali. Ministerstwo Zdrowia i urzędy wojewódzkie w swoich ocenach szpitali skupiają się przede wszystkim na szerokiej ocenie działalności finansowej placówki czy też badaniu jej zadłużenia. Rozmówcy reprezentujący te instytucje dostrzegają brak istnienia wzorcowego teoretycznego modelu konkurencyjności w polskiej służbie zdrowia. Jak zauważają, jeśli będą mieli taki teoretyczny, gruntownie przemyślany model konkurencyjności, wówczas możliwe będzie zobiektywizowanie problemu i dokonywanie korzystnych i sensownych analiz działalności szpitali.

UOKiK również nie dokonuje pomiarów i porównań szpitali pod kątem konkurencyjności ani nie przeprowadza żadnych tego typu analiz. Jednakże rozmówca również słusznie zauważył, że mierniki pomiaru konkurencyjności szpitali powinny być tak dobrane i skonstruowane, by służyły przede wszystkim pacjentowi, a nie szpitalom czy innym grupom interesariuszy systemu. Z kolei w przypadku NFZ – rozmówcy wskazali, że płatnik ocenia szpitale zgodnie z wytycznymi i wymogami wynikającymi z rozporządzeń ministra zdrowia i innych aktów prawnych, które jasno określają, jakie warunki (np. lokalowe, sprzętowe czy kadrowe) muszą spełnić szpitale, aby móc udzielać świadczeń medycznych. A zatem ocena szpitala jest tu bardzo zbliżona do oceny placówki w rankingu „Bezpieczny Szpital”, o czym dokładniej pisano powyżej. Ważne jest, że szpitale przekazują do płatnika swoją sprawozdawczość z wykonanych świadczeń medycznych, co jest podstawą do rozliczenia się placówki z NFZ. Przekazane dane medyczne są też wykorzystywane przez płatnika podczas negocjacji wysokości kontraktów. NFZ dokładnie wie, jakie świadczenia, jakie schorzenia, a także jaki odsetek rehospitalizacji czy reoperacji był wykonany u danego świadczeniodawcy. Niestety, informacje te pozostają tylko do wiadomości płatnika, a tak zachowuje się na rynku typowy monopolista, który dąży do pozyskiwania jak największej ilości informacji i w konsekwencji do kontrolowania tego rynku. Tego typu działania zupełnie nie służą transparentności działania tej instytucji. Obecnie mamy jednego płatnika, Narodowy Fun-

dusz Zdrowia. Jego struktura i działalność nie są do końca transparentne, co potwierdza ostatni raport Najwyższej Izby Kontroli (*Informacja o wynikach kontroli*, 2014, s. 1–47). Jest to podstawowa cecha każdego monopolisty, który będzie rezerwował informację tylko dla siebie i działał tak, by tego monopolu nikt nie był w stanie regulować i kontrolować. W przypadku przedstawicieli starostw z wykonanego badania uzyskano informację, iż starostowie nie korzystają z żadnych jednolitych systemów oceny szpitali, a jeśli takie powstają, to głównie z ich inicjatywy. Wówczas porównywanie szpitali jest dokonywane za pośrednictwem Konwentu Starostów czy Związku Powiatów Polskich, przy czym pomiar dotyczy raczej analizy finansowej, a nie jakościowej. W tej grupie pytanych znajdowały się też osoby, które nie były zainteresowane oceną szpitali, gdyż, jak twierdziły, nie była to dla nich istotna kwestia. Dość niepokojący jest fakt, iż zarówno urzędy centralne, jak i lokalne nie dokonują systematycznych pomiarów działalności szpitali, a jeżeli już są one realizowane to tylko wrywkowo i w zdecydowany sposób nakierowane na analizę finansową, z pominięciem analizy jakościowej. Jak zatem i na jakiej podstawie mogą być podejmowane przez decydentów poszczególnych szczebli trafne decyzje zarządcze. Przecież, nie mając konkretnych i weryfikowalnych danych o działalności poszczególnych szpitali, najczęściej decyzje te są podejmowane intuicyjnie. Równie niepokojący jest fakt, że właściwie starostowie, którzy są odpowiedzialni za zapewnienie opieki mieszkańcom ich powiatu, nie do końca są zainteresowani tym, jak działa szpital na ich terenie. Jest to o tyle interesujące, że wraz z wejściem w życie ustawy z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, podmiot tworzący ponosi koszty strat swoich szpitali. Jeśli nie jest w stanie tego zrealizować wówczas następuje przekształcenie szpitala w spółkę prawa handlowego.

Jak zatem jest dokonywana ocena działalności szpitali przez zarządzających tymi placówkami? W tym przypadku kadra zarządzająca nie korzysta z sformalizowanych modeli pomiaru, większość z nich dokonuje oceny szpitala w oparciu o takie kryteria finansowe, jak: analiza kontaktów, jego wykonanie, analiza kosztów. Niektórzy zarządzający korzystają z benchmarkingów prowadzonych przez prywatne firmy, przy czym zakres danych, jakie są analizowane, ma charakter typowy i sprowadzają się one raczej do typowych wskaźników ekonomicznych. Jeden z rozmówców wskazał, że benchmark niestety nie pomaga mu w podejmowaniu decyzji zarządczych, ponieważ obecny rynek zdrowotny, z uwagi na swoje ograniczenia, nie pozwala mu na podejmowanie swobodnych decyzji zarządczych. Większość zarządzających ocenę jakościową szpitala ogranicza do analizy wskaźników ściśle określonych standardami akredytacyjnymi.

Jeśli chodzi o fakt, czy pomiar powinien być jednolity, czy różny dla poszczególnych rodzajów szpitali, to generalnie rozmówcy opowiadali się za jednolitym sposobem pomiaru konkurencyjności w szpitalach powiatowych, gdyż – jak argumentowali – forma prawna nie ma większego znaczenia dla pacjenta. Dla pacjenta ważny jest efekt leczenia, a nie rodzaj szpitala, do którego trafi na terapię.

Jakie pojawiły się w tym względzie inne propozycje? Otóż respondenci ponadto zwrócili uwagę na dość istotny aspekt dotyczący uwarunkowań, w jakich działają szpitale wojewódzkie czy powiatowe, dlatego z tej perspektywy na pewno pomiar powinien uwzględniać pewne aspekty wpływające na zróżnicowanie działalności tych szpitali, co powinno znaleźć odzwierciedlenie w odpowiednio dobranych kryteriach pomiaru konkurencyjności. Wskazano również, że na różnicowanie pomiarów szpitali może wpływać stopień ich „referencyjności”, gdyż nieco inaczej może działać szpital wielospecjalistyczny zabiegowy, a inaczej szpital monospecjalistyczny zabiegowy lub niezabiegowy. Zauważono, że w przypadku publicznych szpitali, niezależnie od formy prawnej, mierniki oceny powinny być jednakowe, natomiast szpitale prywatne powinny być porównywane oddzielnie, według innych mierników. Inny rozmówca wskazał, że mierniki oceny konkurencyjności szpitali powiatowych powinny się różnić między sobą, ponieważ z uwagi na brak stabilizacji gospodarczej oraz polskiego systemu zdrowotnego, gdzie nie dopracowano się nadal gruntownych filarów regulacyjnych, wyniki otrzymane z takiej oceny mogłyby nie być adekwatne do rzeczywistości i mogłyby być zrozumiane opacznie przez odbiorców. Kolejny rozmówca zaznaczył, że różnica w pomiarze powinna dotyczyć podatku i dzierżawy, ponieważ one nie występują w SPZOZ. W podobnym tonie wypowiedział się inny respondent, który uznał, że różnica w pomiarze powinna uwzględniać sposób traktowania amortyzacji; nieco odmienny w spółkach i nieco odmienny w szpitalach publicznych. Dość ciekawy pogląd wskazał następny rozmówca, który uznał, że pomiar nie powinien się różnić, z zastrzeżeniem, że jeśli do zadań szpitala włączymy to, co wynika z tzw. interesu społecznego, to wówczas niektóre dziedziny działania nie powinny być oceniane podobnie jak ocenia się prywatne szpitale. Ten tzw. interes społeczny zakłóca bowiem porównanie i różni te szpitale od szpitali nastawionych typowo na realizację procedur przynoszących zysk. Jeden z rozmówców uważał, że pomiar powinien się różnić, ponieważ, jak twierdził, szpitale publiczne działają na rynku po to, by być transparentne i ich zadaniem tak naprawdę jest ujawnianie wszystkich aspektów działalności. Natomiast prywatne szpitale bardziej muszą skrywać informacje, które mogą być wykorzystane przez konkurencję, zwłaszcza w aspekcie możliwości przejęcia

takiej placówki przez inną, co jest zdecydowanie łatwiejsze wobec prywatnych szpitali niż publicznych.

Jak widać, zdecydowana większość rozmówców wyrażała opinię, iż pomiar szpitali powinien być jednakowy (forma prawna nie ma znaczenia). Do rozważenia zapewne jest propozycja dokonywania pomiaru z podziałem na szpitale powiatowe, wojewódzkie czy kliniczne oraz z punktu widzenia referencyjności tych placówek. Inne propozycje, jakie przedstawiali respondenci, np. odmienny pomiar dla szpitali publicznych i odmienny dla szpitali prywatnych oraz argumenty, jakie podawali, wyraźnie wskazuje na fakt, iż brak jest stabilizacji w zakresie polskiego systemu zdrowotnego, gdzie nie dopracowano się nadal gruntownych filarów regulacyjnych. Dlatego wskazane jest dalsze dążenie do tworzenia jasnych i właściwych ram prawnych w zakresie funkcjonowania całego systemu zdrowotnego w Polsce.

W odniesieniu do korzyści lub ryzyka z dokonywanego pomiaru konkurencyjności szpitali, respondenci w większości wyrazili opinię, że dokonywany systematycznie pomiar konkurencyjności szpitali wpłynie korzystnie na ten sektor rynku i nie wiąże się zasadniczo z zagrożeniem, pod warunkiem jednak, że wybrane kryteria pomiaru będą adekwatne do rzeczywistości. Główne zagrożenie, jakie może płynąć z takiego pomiaru konkurencyjności według respondentów, to sytuacja, w której okaże się, że pomiar będzie wadliwy, ponieważ nie będzie mierzył tego, co powinien mierzyć. Jeżeli jeszcze na tak wadliwym pomiarze opierać się ma ocena szpitali przez pacjentów, będzie to sytuacja jak najbardziej niepożądana. Do innych ewentualnych zagrożeń respondenci zaliczyli fakt, że w wyniku dokonywanych pomiarów może się okazać, że pewne placówki po prostu wypadną z rynku, bo okażą się być bardzo nieefektywnymi podmiotami. To może wiązać się z koniecznością podjęcia bardzo niepopularnych społecznie decyzji, np. o likwidacji takich szpitali. Dlatego nie każdemu takie rozwiązanie może się podobać.

Konkludując, z powyższego można wysnuć wniosek, iż systematyczny pomiar konkurencyjności szpitali wpłynie korzystnie na ich działalność, ale pod warunkiem, że zmienią się uwarunkowania przede wszystkim prawne i będą sprzyjały racjonalnemu rozwojowi sektora zdrowotnego w Polsce. Poza tym ważne jest, by pomiar był dokonywany uczciwie. Należałoby takie narzędzie spopularyzować nie tylko wśród zarządzających szpitalami, ale przede wszystkim wśród organów założycielskich i pozostałych interesariuszy systemu zdrowotnego i wprowadzić do powszechnego użytku. Ważne jest, aby zastanowić się, jaka instytucja godna zaufania publicznego prowadziłaby tego typu pomiary i w jaki sposób weryfikować ich poprawność, by była przestrzegana zasada przejrzystości i transparentności informacji.

Podsumowując powyższe, poniżej przedstawiono diagnozę obecnego stanu w zakresie pomiaru konkurencyjności szpitali, będącą zarazem rekomendacją w zakresie konieczności podejmowania działań w kierunku uzyskania rzetelnej informacji o działalności poszczególnych placówek szpitalnych w Polsce:

- brak ujednoliconego systemu pomiaru konkurencyjności szpitali;
- brak wiarygodnych, łatwo weryfikowalnych, adekwatnych do rzeczywistości mierników pomiaru konkurencyjności szpitali;
- w przypadku już realizowanego w Polsce rankingu „Bezpieczny Szpital” brak oceny szpitali pod kątem uzyskanych efektów leczenia, co jest najistotniejsze z punktu widzenia pacjenta, a zbytnia koncentracja oceny na mniej istotnych wymogach, np. infrastrukturalnych, budynkach czy posiadanym sprzęcie;
- brak informacji o efektach działalności szpitali powszechnie dostępnej dla wszystkich interesariuszy systemu, szczególnie dla pacjentów; w chwili obecnej najwięcej informacji o szpitalach gromadzi płatnik, co jest typowe dla monopolistycznej pozycji NFZ w polskim systemie zdrowotnym,
- zarządzający szpitalem oraz przedstawiciele urzędów zarówno lokalnych, jak i centralnych najczęściej dokonują oceny szpitali w aspekcie osiągniętych wyników finansowych i zadłużenia placówki;
- kadra zarządzająca, pomimo że wyraża potrzebę dokonywania systematycznego pomiaru konkurencyjności szpitali, nie odczuwa motywacji, aby taki pomiar realizować;
- interesariusze jako zagrożenie dla dokonywania systematycznego pomiaru konkurencyjności dostrzegają aspekt pojawienia się groźby likwidacji szpitali, które w wyniku oceny okażą się zbyt słabe, aby nadal funkcjonować, a to może pociągnąć za sobą implikacje zarówno społeczne, jak i polityczne;
- brak systematycznych i wiarygodnych pomiarów konkurencyjności szpitali uniemożliwia podejmowanie racjonalnych decyzji zarządczych zarówno na szczeblu lokalnym, jak i centralnym, co powoduje, iż obecnie większość decyzji jest podejmowana intuicyjnie;
- brak powszechnie dostępnej informacji o wynikach pomiaru poszczególnych szpitali uniemożliwia pacjentom (klientom) rynku medycznego dokonanie świadomego wyboru szpitala, w którym chcą być leczeni, a swobodny wybór placówki przez pacjenta jest przez tego typu działanie ograniczony;
- brak jasno sprecyzowanego teoretycznego modelu konkurencyjności szpitali, który stanowiłby podwaliny do określenia wiarygodnych mierników pomiaru.

Jak zatem widać, aby przedstawione mankamenty mogły zostać zniwelowane, koniecznym jest przede wszystkim określenie teoretycznego modelu kon-

kurencyjności szpitali (w tym przypadku szpitali powiatowych), co pozwoli na precyzyjne wskazanie adekwatnych i wiarygodnych mierników pomiaru konkurencyjności szpitali.

Wnioski

Szpital stanie się konkurencyjny, gdy zarządzający nim będą dokonywali analizy danych na temat nakładów, uzyskanych wyników, efektywności prowadzonych procesów poprzez porównania swoich wyników względem istniejących i potencjalnych konkurentów na rynku. Benchmarking daje menedżerom ochrony zdrowia narzędzia zarządcze służące poprawie jakości świadczonych usług i poziomu konkurencyjności. Benchmarking pozwala zrozumieć aktualną pozycję konkurencyjną szpitala na tle innych placówek, wskazuje kierunki działań strategicznych, umożliwia też zidentyfikować potencjał rozwojowy i wybrać bądź skorygować realne cele, do którego dąży szpital.

Pacjentom natomiast benchmarking daje możliwość aktywnego włączenia się w kształtowanie rynku usług medycznych, poprzez dokonywanie wyboru szpitala, w którym chce być leczony, bo to właśnie pacjent stanowi kluczowy element konkurencji. Jego decyzja wpływa na interakcje pomiędzy świadczeniodawcami i w konsekwencji na decyzje podejmowane przez płatnika, czego obecnie jest brak na polskim rynku usług zdrowotnych. Stąd tak jest ważne, aby został zainicjowany mechanizm zabiegania o pacjenta – benchmarking daje taką możliwość.

To właśnie czynniki rynkowe, m.in. konkurencja, stają się przyczynkiem do zmiany stylu kierowania jednostkami służby zdrowia z administracyjnego na zarządczy. Nie ulega wątpliwości, że dalsze doskonalenie i upowszechnianie zintegrowanych i kompleksowych metod pomiaru konkurencyjności staje się ważnym zadaniem dla placówek służby zdrowia w Polsce.

Z wypowiedzi uzyskanych podczas przeprowadzania wywiadów z głównymi interesariuszami systemu wyłania się obraz ułomnej (nieefektywnej, niezdrowej) w wielu aspektach konkurencji, funkcjonującej na rynku usług medycznych. Gdyby konkurencja na tym rynku była silna i efektywna, a podejmowane decyzje w tym aspekcie nie budziłyby zastrzeżeń i wątpliwości, zapewne nie byłoby powodów przemawiających za tym, aby wprowadzić nowe mierniki konkurencyjności.

Przyczyną przedstawionego powyżej stanu jest brak konkurencji w polskim systemie ochrony zdrowia. Konkurencja jest w tej sferze całkowicie niepraktyczną i zamrożoną kategorią, gdyż nie chcą jej kluczowi interesariusze, pacjenci, co jest zaskakującym wynikiem uzyskanego badania, środowisko lekarskie,

regulatorzy, o czym świadczą istniejące regulacje prawne. Konkurencyjność nie może narodzić się bez efektywnej konkurencji. Trzeba szukać takiego kompromisu pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemu zdrowotnego, który stopniowo może przełamać sytuację patową i przekonać, że możliwy jest istotny wzrost konkurencyjności szpitali. Niestety, bez wspólnego porozumienia i zrozumienia problematyki nadal będzie następowało stopniowe marnotrawienie środków finansowych i zasobów sektora zdrowotnego.

W pracy wskazano na znaczenie rankingów szpitali w kształtowaniu ich konkurencyjności, po dokonaniu analizy porównawczej rankingu polskiego „Bezpieczny Szpital” z rankingiem „Bästa Sjukhuset” szpitali w Szwecji oraz innych rankingów w krajach zachodnich, a także w oparciu o przeprowadzone badanie jakościowe (IDI) wśród interesariuszy systemu, zdiagnozowano obecny stan w zakresie pomiaru konkurencyjności szpitali, będący zarazem rekomendacją dotyczącą konieczności podejmowania działań służących uzyskaniu rzetelnej informacji o działalności poszczególnych placówek szpitalnych w Polsce.

Niedosyt budzi wciąż brak jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, jaki ostatecznie powinien być wzorcowy model polskiego systemu zdrowotnego, ponieważ praca skupiła się na jednym rodzaju szpitali powiatowych. Koniecznym jest spojrzenie na problematykę konkurencji i konkurencyjności z perspektywy wszystkich podmiotów leczniczych działających na rynku medycznym, zarówno na szczeblu krajowym, wojewódzkim, powiatowym, jak i gminnym. Pozwoli to określić w sposób kompleksowy docelowy model systemu zdrowotnego po to, aby uzyskać oczekiwane korzyści i budować trwałą wartość nie tylko dla podmiotów leczniczych, ale przede wszystkim dla pacjentów. W tym zakresie interesujących wniosków mogłaby dostarczyć analiza wyników badań, przeprowadzonych w podobny sposób jak w niniejszej pracy, wśród głównych interesariuszy systemu i pacjentów także na szczeblu wojewódzkim i krajowym. Ponadto, wskazuje się na konieczność przeprowadzenia badań na większych próbach badawczych w dłuższym okresie, a realizatorem badania powinien być kilkusobowy zespół badawczy.

Bibliografia

- Barney, J.B., Hestery, W.S. (2005). *Strategic Management & Competitive Advantage Concepts & Cases*. New York: Prentice Hall.
- Cercone, J., O'Brien, L. (2010). Benchmarking Hospital Performance in Health, *Sanigest International*, 3.
- Codagnone, C., Lupianez-Villanueva, F. (2011). *A Composite Index for Benchmarking eHealth Deployment in European Acute Hospitals*. European Commission – EUR 24825 EN – 2011.

- Cooper, Z. (2011). In brief: *Competition in the public sector: good for the goose, good for the gander?* London: School of Economics and Political Science.
- Cygańska, M. (2013). *Benchmarking w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business, <http://www.zdrowie.abc.com.pl/ko/czytaj/-/artykul/benchmarking-w-zarzadzaniu-zakladem-opieki-zdrowotnej> (dostęp: 16.09.2013).
- Gaynor, M., Town, R.J. (2012). *Competition in Health Care Markets*. Bristol: University of Bristol.
- Goddard, J. (2014). The Fatal Bias: the Prevailing Managerial Bias Towards Cost Efficiency is Seriously Harmful to Corporate Performance. W: *Winning Ideas. The Management Articles of the Year*. London: Chartered Management Institute.
- Hamel, G., Prahalad, C.K. (1999). *Przewaga konkurencyjna jutra*. Warszawa: Business Press. http://www.cmj.org.pl/ranking/wyniki_2014/wagi.php (dostęp: 8.03.2015). http://www.cmj.org.pl/ranking/wyniki_2014/wyniki_koncowe.php (dostęp: 17.03.2015). <http://www.dagensmedicin.se> (dostęp: 12.02.2015). <http://www.ltkalmar.se/politik/landstingets-reglemente> (dostęp: 20.02.2015).
- Informacja o wynikach kontroli (2014). *Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, nr. ewid. 15/2014/P12145/LKR, NIK – Delegatura w Krakowie. Kraków (luty).
- Kanownik, G. (2013). Porównujemy. *Menedżer Zdrowia* (8).
- Kanownik, G. (2014). Znaczenie benchmarkingu w kształtowaniu konkurencyjności szpitali. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego* (802): „Finanse. Rynki Finansowe. Ubezpieczenia”, nr 65. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Kanownik, G. (2015). *SOS dla chorej ochrony zdrowia*, www.serwisoz.pl (dostęp: 15.04.2015).
- Mierniki pomiaru konkurencyjności szpitali szwedzkich w oparciu o ranking „Bästa Sjukhuset 2014” (2015), <http://www.dagensmedicin.se> (dostęp: 12.02.2015).
- Obłój, K. (2015). *Model innowacyjny aż do bólu*, www.ceo.cxo.pl/artykuly/25308_1/Model.innowacyjny.do.bolu.html, (dostęp: 25.04.2015).
- Porter, M.E. (1985). *The Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: Free Press.
- Porter, M.E. (2013). *Winning Competitive Strategies In Today's Shifting Global Marketplace*. Prezentacja: Nyenrode Business Universiteit, Amsterdam, 25.01.2007, http://www.isc.hbs.edu/pdf/20070125_Nyenrode_Health_Care_FINAL.pdf (dostęp: 31.07.2013).
- Porter, M.E., Teisberg, E. (2005). Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej. *Harvard Business Review Polska* 10(32).
- Results from 2009 & 2010 Tax (2013). *Exempt Hospitals' Schedule H Community Benefit Reporting*, Ernst & Young, April.
- Stankiewicz, J.M. (2000). Istota i sposoby oceny konkurencyjności przedsiębiorstwa. *Gospodarka Narodowa* 8(7).