

## Znaczenie benchmarkingu w kształtowaniu konkurencyjności szpitali

Greta Kanownik\*

**Streszczenie:** W artykule omawia się zagadnienie konkurencyjności szpitali we współczesnym świecie i podkreśla się rolę, jaką pełni pomiar konkurencyjności podmiotów leczniczych w ich dążeniu do trwałego rozwoju. Turbulentne otoczenie, w którym funkcjonują szpitale wymusza na nich podejmowanie działań zmierzających do bycia bardziej konkurencyjnymi od swoich rywali. Jedną z metod umożliwiających szpitalom zdobycie i utrzymanie przewagi konkurencyjnej na rynku jest benchmarking. W artykule przedstawiono genezę, istotę i cechy benchmarkingu oraz jego znaczenie jako narzędzia usprawniającego system zarządzania w podmiotach leczniczych. Ponadto, w artykule ocenia się skuteczność rankingów szpitali wykorzystujących benchmarking w walce konkurencyjnej na rynku usług medycznych, a także wykazuje się słabość polskich rankingów na tle światowych praktyk. Istotę współczesnej konkurencji w ochronie zdrowia najlepiej charakteryzują prace badawcze M.E. Portera, a także zespołów badawczych analizujących zastosowanie metody benchmarkingu w światowych placówkach medycznych. Artykuł nawiązuje też do krajowych publikacji naukowych, m.in. M. Hass-Symotiuk, S. Kasiewicza czy B. Dobiegały-Korony.

**Słowa kluczowe:** konkurencja, konkurencyjność, benchmarking, rankingi

### Wprowadzenie

W realiach współczesnej globalnej gospodarki konkurencyjność staje się jednym z ważniejszych wyznaczników oceny funkcjonowania i pozycji rynkowej przedsiębiorstwa, a także jest postrzegana jako determinanta rozwoju (zob. Stankiewicz 2002; Lachiewicz, Matejun red. 2009). Obecnie przedsiębiorstwa, w celu zdobycia i utrzymania trwałej oraz trudnej do podważenia przez konkurentów przewagi konkurencyjnej, muszą poszukiwać nowych rozwiązań w zakresie zarządzania. Łączy się to z podejmowaniem nowatorskich i innowacyjnych przedsięwzięć, które będą wyróżniać je na tle rywali, a jednocześnie będą one trudne do naśladowania przez innych.

Konkurencyjność przedsiębiorstw należy zatem rozumieć jako zdolność do rozwoju, osiągnięcia korzyści i zysków oraz budowania przewagi konkurencyjnej (Dobiegała-Korona, Kasiewicz 2000: 89). Zrozumiałe jest, że nie ma gotowych rozwiązań czy też wzorcowych modeli postępowania, gwarantujących każdemu przedsiębiorstwu zdobycie trwałej przewagi konkurencyjnej oraz osiągnięcie sukcesu rynkowego. Jednakże, jednym ze sposobów

---

\* mgr Greta Kanownik, doktorantka Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, al. Niepodległości 162, 02-554 Warszawa, e-mail: g.kanownik@interia.pl.

w drodze do osiągnięcia sukcesu jest obserwacja i analiza działań podejmowanych przez bezpośrednich konkurentów oraz uczenie się od nich sprawdzonych i skutecznych metod działania. Powstaje pytanie, czy te mechanizmy funkcjonują także w sektorze opieki zdrowotnej? Usługi medyczne ze względu na swoją specyfikę związaną z ratowaniem życia i zdrowia człowieka, zdecydowanie różnią się od usług oferowanych w ramach „typowego wolnego rynku”. Jednak konkurencja musi funkcjonować również i w tym dziale gospodarki, chociażby z uwagi na wyzwania, z jakimi obecnie musi się zmierzyć ochrona zdrowia na całym świecie, jak: wzrost populacji osób starszych, wzrost kosztów dotyczących technologii medycznych oraz wzrost oczekiwań pacjentów. Wzywania te wymagają podejmowania efektywnej alokacji posiadanych środków finansowych oraz rzadkich zasobów w ochronie zdrowia.

Niezaprzeczną rolę konkurencji w ochronie zdrowia dostrzega w ostatnich latach M.E. Porter, który zajmuje się opieką zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem konkurencji i poprawy świadczenia usług w ramach opieki zdrowotnej, prezentując swoje spostrzeżenia w książce pt.: *Redefining Health Care Creating Value – Based Competition on Results* z 2006 roku.

M.E. Porter, amerykański ekonomista i ekspert światowej sławy w dziedzinie opracowania strategii i zwiększania konkurencyjności przedsiębiorstw uważa, że o skutecznej konkurencji i efektywności w ochronie zdrowia w każdym kraju możemy mówić wówczas, gdy posiadają one m.in. następujące właściwości (Porter 2007: 1–33):

- placówki służby zdrowia koncentrują się na tworzeniu wartości dla pacjentów, a nie tylko na obniżaniu kosztów,
- wykorzystuje się uniwersalną metodę pomiaru efektów i kosztów leczenia dla każdego pacjenta,
- placówki służby zdrowia uwzględniają cały cykl opieki nad pacjentem (długoterminowe podejście),
- konkurencja nie tylko w wymiarze lokalnym, lecz regionalnym i krajowym,
- pomiar i raportowanie efektów leczenia oraz działalności placówek medycznych; jednocześnie zapewnia się powszechną dostępność informacji dla wszystkich interesariuszy systemu opieki zdrowotnej,
- nagradza się te działania innowacyjne, które zmierzają do zwiększenia wartości dla pacjentów,
- następuje proces integrowania opieki medycznej.

M.E. Porter zwraca szczególną uwagę, na fakt, że niezmiernie ważnym aspektem w budowaniu konkurencji jest pomiar i raportowanie efektów leczenia oraz działalności placówek medycznych pod kątem powszechnej dostępności informacji dla wszystkich interesariuszy systemu opieki zdrowotnej. Bardzo istotne jest dążenie do tego, aby otrzymane wyniki były odpowiednio interpretowane przez wszystkich interesariuszy systemu oraz, by na ich podstawie podejmować trafne decyzje w zakresie regulacji systemu opieki zdrowotnej. Regulowane podmioty lecznicze uzyskują dzięki temu solidne podstawy

do podejmowania decyzji, w szczególności związanych z preferencjami pacjentów w zakresie wyboru leczenia w tym lub innym szpitalu. Stąd rola adekwatnych mierników i metod pomiaru konkurencyjności w ochronie zdrowia stanowi wciąż temat otwartej dyskusji i ważne pole do eksploracji badawczej.

Zdaniem Marii Hass-Symotiuk dokonania szpitala powinny być sprzężone z potrzebami i wymaganiami społeczeństwa oraz zintegrowane z całym systemem opieki zdrowotnej. Monitoring stopnia realizacji wyznaczonych celów jest jednym z warunków racjonalnego działania. Jest on podstawą całego systemu pomiaru i oceny dokonań szpitali.

Zatem dokonania to cele postawione szpitalowi określone w formie wymiernych efektów, które następnie pełnią rolę miernika sukcesu, umożliwiają dokonywanie kontroli i oceny, tworzą warunki do porównań w czasie i w przestrzeni (to, co mierzalne, może być porównywalne), wskazują dokąd zmierza szpital, są konkretnymi prezentowanymi różnym odbiorcom (zob. Hass-Symotiuk 2011).

Celem artykułu 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 medycznych.

## 1. Geneza, istota i cechy benchmarkingu

Benchmarking opiera się na regule Sun Tzu, dotyczącej sztuki wojennej: „Poznać siebie i swojego wroga”. Połączono ją ze starożytnym słowem japońskim DANTOTSU, oznaczającym dążenie do stania się najlepszym z najlepszych. Połączenie tych dwóch idei tworzy istotę benchmarkingu. Wynika to z następującej definicji, sformułowanej przez Davida Kearnsa, szefa Xeroxa: „benchmarking jest ciągłym procesem mierzenia wyrobów, usług i procedur względem najsilniejszych konkurentów lub tych firm, które uznawane są za liderów przemysłu” (Dahlgard 2000: 208).

Procedura benchmarkingu opiera się na następujących etapach:

- określenia, co będzie przedmiotem porównań, tj.: potencjał, usługi, produkty, a może klienci,
- wybranie tych konkurentów, którzy są najlepsi w zakresie tych elementów analizy, które będą przedmiotem porównania,
- dokonanie wyboru mierników, które będą przedmiotem analizy w wybranym zakresie z wybranymi konkurentami,
- określenie mocnych stron konkurencji i odniesienie ich do wyników uzyskanych przez analizowany (badany) podmiot,
- opracowanie planu działań w oparciu o uzyskane wyniki benchmarku zmierzającego do zwiększenia przewagi na rynku badanego przedsiębiorstwa.

Jak każda metoda, również benchmarking ma swoje ograniczenia, do których możemy zaliczyć m.in.: nie w pełni zasadny wybór dobrego partnera benchmarkingu, barierę

informacyjną, korzystanie z niepełnych i niewiarygodnych danych w porównaniach, zbyt subiektywny charakter mierników stosowanych w ocenie benchmarkingowej. Ponadto może się okazać, że pomiar osiągniętych wyników nie pozwala poznać prawdziwych różnic występujących między działalnością badanego podmiotu a działalnością konkurentów z braku wiedzy o przyczynach i skutkach oddziaływania różnych czynników na firmy uczestniczące w benchmarku. Inną barierą benchmarkingu jest fakt angażowania dużych zasobów i ponoszenie wysokich kosztów w związku z uzyskaną analizą, które tworzą informacje i przesłanki do wprowadzenia koniecznych zmian w badanej firmie, a nie zawsze muszą przynieść spodziewane efekty. Do ograniczeń możemy zaliczyć również: naśladownictwo polegające na kurczowym trzymaniu się stereotypów oraz brak obiektywizmu przy dokonywaniu porównań. Niezależnie jednak od przytoczonych powyżej ograniczeń, w praktyce koncepcja benchmarkingu posiada także wiele zalet, które warto wykorzystać w budowaniu konkurencyjnej pozycji przedsiębiorstwa na rynku.

Benchmarking (Kuczevska 2007: 11–12) bardzo często mylony jest z analizą pozycji konkurencyjnej przedsiębiorstwa. *Analiza pozycji konkurencyjnej* zwykle zawiera poważne zestawienia: faktów i liczb, danych o dywersyfikacji produktu, zadań strategicznych, celów i misji strategicznej firmy. Jest metodą oceny stanu, a więc należy do metod statycznych. *Benchmarking* jest zaś procesem i drogą do wprowadzenia zmiany. Pozwala na poprawę procesów zarządzania, które „tworzą” konkurencyjność. Jest więc metodą dynamiczną. Analiza pozycji konkurencyjnej wykonywana jest po wdrożeniu zmiany w przedsiębiorstwie, odzwierciedla efekt tej zmiany w postaci zmian w konkurencyjności produktu czy w zadowoleniu klienta. Dopiero ten mierzalny efekt jest wykorzystywany we wdrażaniu kolejnych zmian strategicznych. Benchmarking natomiast pojawia się przed wprowadzeniem zmiany w firmie, on bowiem ją określa i dostarcza nowych rozwiązań (lepszych od poprzednich). Daje możliwość nieustannego polepszania, bez oczekiwania na rezultaty (Kuczevska 2007: 11–12).

Proces benchmarkingu zaczyna się wewnątrz firmy, która najpierw musi zrozumieć swoje działania, zanim zacznie analizować działania najlepszych w grupie. Rozpoczyna się więc od analizy najbliższego otoczenia i dopiero wraz z ekspansją firmy oraz zdobywanym doświadczeniem rozwijany jest na szerszą skalę.

## **2. Benchmarking jako narzędzie usprawniające system zarządzania w podmiotach leczniczych**

Metoda porównywania się do najlepszych jest bardzo popularna w Stanach Zjednoczonych również w zakresie ochrony zdrowia, gdzie zastosowanie benchmarkingu może być skuteczne w usprawnieniu 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).

W zależności od celów, jakie postawili zarządzający przed benchmarkingiem, można zastosować jedną albo kilka równocześnie wyodrębnionych metod benchmarkingu, w praktyce nie są one jednak stosowane pojedynczo, gdyż w szpitalach, które korzystają z tej metody zarządzania, najczęściej funkcjonuje cały system stosowanych metod benchmarkingu wykorzystywanych w różnym stopniu, w zależności od potrzeb i możliwości szpitala (Cygańska):

1. **Benchmarking wewnętrzny** jest podstawą analizy i porównania działalności poszczególnych jednostek organizacyjnych w obrębie jednej organizacji. W szpitalu porównania te mogą być dokonywane na poziomie poszczególnych oddziałów i dotyczyć takich wskaźników, jak: udział kosztów usług pomocniczych w kosztach całkowitych oddziałów, liczba lekarzy i pielęgniarek przypadająca na jednego hospitalizowanego, liczba osobodni, procent obłożenia łóżek w ciągu roku, itp.
2. **Benchmarking odnoszący się do konkurencji** polega na szukaniu organizacji wzorcowych należących do tej samej branży, a następnie przenoszeniu i adaptowaniu nowych rozwiązań do działań własnych jednostki. W ramach tego rodzaju benchmarkingu można porównywać szpitale o podobnym profilu, wielkości, referencyjności. Analizie poddawane mogą być zasady funkcjonowania apteki przyszpitalnej, laboratorium lub działów technicznych, a także rozwiązania w zakresie transportu wewnętrznego, systemów wynagrodzeń, systemów motywacyjnych.
3. **Benchmarking funkcjonalny** wiąże się z analizowaniem i porównywaniem własnych rozwiązań z rozwiązaniami przedsiębiorstw spoza branży. W przypadku działalności szpitala ten rodzaj benchmarkingu można zastosować do takich obszarów działalności, jak zasady funkcjonowania działu żywienia oraz stołówki przyszpitalnej, działalność pionu technicznego czy działalność laboratorium. Analizie można poddać również zasady magazynowania materiałów, zasady zapewniania bezpieczeństwa, utrzymanie czystości czy zasady współpracy szpitala np. z organizacjami opieki socjalnej.
4. **Benchmarking strategiczny** może polegać na porównaniu wizji, misji oraz strategii innych szpitali w celu identyfikacji kluczowych czynników ich powodzenia. Misja szpitala powinna być punktem wyjścia do określenia celów na poziomie strategicznym, taktycznym i operacyjnym. Zestawienie misji szpitala z poszczególnymi celami oraz oczekiwanymi efektami pozwala na jasną i prostą analizę ogólnych założeń działalności szpitala oraz na porównanie parametrów, za pomocą których przykładowy szpital zamierza realizować swoje założenia.
5. **Benchmarking procesów** polega na analizie efektywności kosztowej podstawowej działalności jednostki. W przypadku szpitali analiza taka może dotyczyć wysokości kosztów ponoszonych na leczenie jednego pacjenta, określonej jednostki chorobowej czy kosztu wykonywania określonych procedur medycznych.

6. **Benchmarking usług** – w przypadku szpitali, których podstawowym rodzajem działalności jest świadczenie usług medycznych, ten rodzaj benchmarkingu wydaje się być tożsamy z omówionym wcześniej benchmarkingiem procesów.
7. **Benchmarking metod zarządzania** polega na porównywaniu stosowanych metod zarządzania, narzędzi wspomagających ten proces, polityki dotyczącej zarządzania zasobami ludzkimi, systemów motywacyjnych, a także zasad gospodarki materiałami, urządzeniami i aparaturą medyczną.

Przykładem praktycznego zastosowania benchmarku jest realizowany przez międzynarodowy koncern Ernst & Young, świadczący usługi doradcze i audytorskie na potrzeby American Hospital Association, raport za lata 2009 i 2010, w którym dokonuje się porównań szpitali m.in.: pod kątem ponoszonych kosztów i przychodów, ilości leczonych, inwestycji, kosztów leczenia na pacjenta i inne (*Results from 2009... 2013*), czy też inny przykład realizacji podobnego projektu przez firmę Ernst & Young pod nazwą „Nordic FM Hospital Benchmarking Program Official Report”, gdzie przedmiotem prowadzonych analiz są szpitale szwedzkie, duńskie i norweskie. 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 konkurencyjności szpitali są realizowane przez wiele krajów na świecie rankingi szpitali, będące formą benchmarkingu, w ramach których stosuje się różnorodne mierniki oceny działalności placówek. Poniżej, w zestawieniu tabelarycznym przedstawiono projekty powszechnie uznanych analiz wydajności szpitali realizowanych w formie rankingów z wykorzystaniem metody benchmarkingu.

**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): 5–6.

W realizację wymienionych projektów zaangażowało się wielu interesariuszy. Każdy z wymienionych rankingów opiera się na różnych zestawach kryteriów pomiaru, opierających się na przede wszystkim na ocenie medycznej wydajności leczenia danego rodzaju schorzenia, co daje pacjentowi możliwość otrzymania informacji, w którym szpitalu najlepiej będzie prowadzona terapia lecznicza np.: cukrzyca, chorób krążenia czy też leczenia chorób krwi i podjęcia decyzji, w której placówce zechce 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.

Czy benchmarking szpitali może wpłynąć na poprawę ich działalności? Okazuje się, że tak. Przykładem na to jest obserwacja, jaką uzyskano w kontekście stosowania w Stanach Zjednoczonych rankingu Hospital Compare, którego efektem było ustanowienie i rozpowszechnienie najlepszych praktyk w leczeniu takich chorób, jak: ostry zawał mięśnia sercowego, zastoinowa niewydolność serca i zapalenia 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 (Codagnone, Lupianez-Villanueva 2011).

Szpitaly w Polsce nie uczestniczą w obowiązkowych publicznych systemach oceny, dających praktyczne wskazówki wszystkim interesariuszom systemu na temat ich słabych i mocnych stron. Rankingi, które są realizowane w Polsce skupiają się bardziej na ocenie możliwości technicznych, infrastrukturalnych czy informatycznych szpitali, a nie wynikach leczenia, chociaż wiadomym jest, że szpital będzie postrzegany jako konkurencyjny, gdy skupi się na tym, by dążyć do poprawy osiąganych wyników i to w każdym wymiarze swojej działalności. Rankingi mogą też służyć do oceny, jak stosunkowo wcześniej zapobiegać wszelkim zagrożeniom, jakie pojawiają na drodze w dążeniu do osiągnięcia trwałego rozwoju szpitali. Najbardziej uznanym i dostępnym dla wszystkich interesariuszy, w tym także dla pacjentów, rankingiem w Polsce jest ogólnopolski ranking szpitali realizowany wspólnie przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i Rzeczpospolitą pod nazwą „Bezpieczny Szpital”. Ranking ten opiera się na analizie ankiet nadesłanych dobrowolnie przez szpitale. Należy podkreślić, iż w rankingu od początku jego istnienia bierze udział dość stabilna liczba szpitali, przykładowo w roku 2010 było to 250 szpitali, w roku 2011 – 234 szpitali, w roku 2012 ankiety do analizy nadesłało 254 szpitali, a w roku 2013 – udział w badaniu wzięło 256 szpitali. 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 bardziej porównywalne. Ocena konkurencyjności szpitali na świecie prowadzona jest głównie w oparciu o elementy oceny nakierowane na osiągnięte przez szpitale wyniki, głównie w zakresie leczenia, co jest słabością rankingu „Bezpieczny Szpital” przeprowadzanego w Polsce. Należy podkreślić, że ranking ten powstawał w roku 2004, a więc w okresie nieco innej rzeczywistości gospodarczej niż ta obecnie. Dlatego ważnym jest,



aby dostosowywać rankingi i badania konkurencyjności szpitali w Polsce do aktualnych realiów współczesnej konkurencji.

Biorąc pod uwagę naukowe i praktyczne aspekty problemu przedstawione powyżej, ujawnia się ważność posiadania adekwatnych mierników i metod pomiaru konkurencyjności szpitali także w Polsce. Pomiar konkurencyjności powinien dotyczyć kluczowych determinant (czynników) konkurencyjności. Stąd też badania, które Autorka podejmie, będą miały na celu skonstruowanie takich mierników konkurencyjności, aby można było dokonywać pomiaru w sposób szybki, relatywnie tani i nie obciążający dodatkową pracą pracowników szpitali, którzy będą odpowiedzialni za zbieranie danych. Mierniki mają być zrozumiałe dla wszystkich odbiorców, do których trafi raport i, co najważniejsze, mają służyć zarządzaniu szpitalami ukierunkowanymi na wsparcie rozwoju konkurencyjności w sektorze ochrony zdrowia. Celem tego badania będzie opracowanie modelu 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.

## **Uwagi końcowe**

Szpital będzie 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, pozwala też zidentyfikować potencjał rozwojowy i wybrać bądź skorygować realne cele, do których dąży szpital.

Pacjentom z kolei benchmarking daje możliwość aktywnego włączenia się w kształtowanie rynku usług medycznych poprzez dokonywanie wyboru szpitala, w którym chcą być leczeni, 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 brak na polskim rynku usług zdrowotnych. Stąd tak ważne jest, aby zainicjowany został mechanizm zabiegania o pacjenta.

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, do jakich zalicza się benchmarking, staje się ważnym zadaniem dla placówek służby zdrowia w Polsce.



## Literatura

- Blaug M. (2000), *Konkurencja jako stan końcowy i jako proces*, Rector's Lectures no. 44, AE Kraków.
- Cercone J., O'Brien L. (2010), *Benchmarking Hospital Performance in Health*, Sanigest International.
- Codagnone C., Lupianez-Villanueva F. (2011), *A Composite Index for Benchmarking eHealth Deployment in European Acute Hospitals*, European Commission – EUR 24825 EN.
- Cygańska M., *Benchmarking w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*, ABC a Wolters Kluwer business, strona internetowa: [www.zdrowie.abc.com.pl/ko/czytaj/-/artykul/benchmarking-w-zarzadzaniu-zakladem-opieki-zdrowotnej](http://www.zdrowie.abc.com.pl/ko/czytaj/-/artykul/benchmarking-w-zarzadzaniu-zakladem-opieki-zdrowotnej) (16.09.2013).
- Dahlgaard J.J. (2000), *Podstawy zarządzania jakością*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dobiegała-Korona B., Kasiewicz S. (2000), *Metody oceny konkurencyjności przedsiębiorstw*, w: *Uwarunkowania konkurencyjności przedsiębiorstw w Polsce*, red. K. Kuciński, „Materiały i Prace IFGN”, t. LXXIX, Oficyna Wydawnicza SGH.
- Ernst & Young LLP (2013), *Results from 2009 & 2010 Tax – Exempt Hospitals' Schedule H Community Benefit Reporting*.
- Hass-Symotiuk M. (2011), *System pomiaru i oceny dokonań szpitali*, Wolters Kluwer Polska.
- Kuczevska J. (2007), *Europejska procedura benchmarkingu – Programy i działania*, PARP, Warszawa.
- Porter M.E. (2007), *Winning Competitive Strategies In Today's Shifting Global Marketplace*, prezentacja, Nyenrode Business Universiteit, Amsterdam, [www.isc.hbs.edu/pdf/20070125\\_Nyenrode\\_Health\\_Care\\_FINAL.pdf](http://www.isc.hbs.edu/pdf/20070125_Nyenrode_Health_Care_FINAL.pdf), z dnia 1 października 2010 r. (31.07.2013).
- Stankiewicz M.J. (2002), *Konkurencyjność przedsiębiorstw. Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*, Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”, Toruń.
- Konkurencyjność jako determinanta rozwoju przedsiębiorstwa* (2009), red. S. Lachiewicz, M. Matejun, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź.

### THE IMPORTANCE OF BENCHMARKING IN SHAPING THE COMPETITIVENESS OF HOSPITALS

**Abstract:** This paper discusses the issue of competitiveness of hospitals in the modern world and highlights the role that fully measure the competitiveness of medicines in their quest for sustainable development. The turbulent environment in which we operate hospitals requires them to take steps to be more competitive than their rivals. One of the methods for enabling hospitals to achieve and maintain a competitive advantage in the market is benchmarking. The article presents the origins, nature and characteristics of benchmarking and its importance as a tool to streamline management system in medicinal entities. In addition, the article assesses the effectiveness rankings of hospitals using benchmarking in competition on the market of medical services, and also shows the weakness of the Polish rankings to global practices. The essence of contemporary competition in health care research is best characterized of M.E. Porter, as well as research teams analyzing the benchmarking method in the world's medical facilities. The article refers also to the national scientific publications, among others, M. Hass-Symotiuk, S. Kasiewicz or B. Dobiegały-Korony.

**Keywords:** competition, competitiveness, benchmarking, rankings

## Cytowanie

- Kanownik G. (2014), *Znaczenie benchmarkingu w kształtowaniu konkurencyjności szpitali*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 802, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 65, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, s. 559–567; [www.wneiz.pl/frfu](http://www.wneiz.pl/frfu).

