

Katarzyna Szalonka

Strategie konkurowania na rynku ochrony zdrowia w Polsce – próba identyfikacji

Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu 37, 93-105

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

KATARZYNA SZALONKA*

Uniwersytet Wrocławski

**STRATEGIE KONKUROWANIA
NA RYNKU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE
– PRÓBA IDENTYFIKACJI**

Streszczenie

Intensywny rozwój rynku usług medycznych w Polsce przyczynił się do wzrostu konkurencyjności podmiotów opieki zdrowotnej. Zarządzający tymi podmiotami w trosce o utrzymanie dobrej kondycji ekonomicznej wdrażają współczesne strategie konkurencji. Celem artykułu jest przedstawienie koncepcji strategii konkurencji na rynku usług zdrowotnych w Polsce. Opracowanie powstało na podstawie studiów literaturowych z zakresu ekonomii zdrowia, zarządzania w usługach zdrowotnych oraz badań wtórnych prezentujących ilościowe ujęcie rynku opieki zdrowotnej w Polsce. Coraz większa konkurencja w ochronie zdrowia przyczynia się – z jednej strony – do poszukiwania sposobów tworzenia wartości dodanej dla pacjentów: działań kształtujących poprawę jakości świadczonych usług, z drugiej zaś strony – do minimalizowania kosztów działalności.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, konkurencja, wartość dodana

Wprowadzenie

Polski rynek opieki zdrowotnej charakteryzuje się dynamicznym rozwojem, choć istnieją bariery wejścia do sektora¹, do których można zaliczyć:

* kszalonka@prawo.uni.wroc.pl.

¹ Sektor definiuje się jako grupę przedsiębiorstw wytwarzających produkty lub usługi o zbliżonym zastosowaniu. M. Noga, *Makroekonomia*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2000, s. 56.

- a) konieczność zatrudnienia wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego (lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek, położnych), którego podaż na rynku jest niewielka;
- b) potrzebę dysponowania wysokim kapitałem początkowym, który będzie pozwalał sfinansować zakup sprzętu diagnostycznego (od stetoskopu, poprzez narzędzia chirurgiczne, aż do tomografów i innej coraz doskonalszej aparatury diagnostycznej).

Nie są to jednak czynniki demotywuujące podmioty do wejścia na rynek. Popyt na usługi medyczne jest na tyle duży, że pozwala na rozwój rynku w granicach 10% pod względem ilościowym (liczba szpitali niepublicznych²) i 5%³ pod względem wartościowym (prywatne wydatki ogółem na usługi zdrowotne). Coraz większa liczba podmiotów po stronie podaży przyczynia się do wzrostu konkurencji. Konkurencja zaś przyczynia się do stosowania określonych strategii gwarantujących zwrot poniesionego kapitału na organizację przedsiębiorstwa i generowanie zysków.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie nowoczesnych koncepcji strategii konkurowania na rynku usług zdrowotnych w Polsce. Opracowanie powstało na podstawie studiów literaturowych z zakresu ekonomii zdrowia, zarządzania w usługach zdrowotnych oraz badań wtórnych dotyczących rynku ochrony zdrowia w Polsce.

Podstawowe pojęcia z zakresu ochrony zdrowia

Zdrowie jest kategorią niematerialną, trudno mierzalną, wyznaczającą istotny obszar działalności gospodarczej, polityki państwa i budzącą troskę człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia w 1948 roku zdefiniowała zdrowie jako stan pełnego komfortu fizycznego, psychicznego, społecznego dobrobytu, a nie tylko brak choroby lub kalectwa⁴. Zdrowie jest najwyższą wartością człowieka. Będąc zdrowym, można w pełni realizować wszystkie życiowe funkcje, które dają pełną satysfakcję z życia: uczyć się, pracować, funkcjonować w strukturze rodziny i wypełniać swoje obowiązki bez pomocy osób trzecich. Wolność i swoboda

² Rocznik statystyczny *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, http://stat.gov.pl/cps/rde/xber/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf, s. 92 (25.08.2014).

³ I. Sudak, *Polacy coraz więcej wydają na prywatną służbę zdrowia*, http://wyborcza.pl/1,75248,15890465,Polacy_coraz_wiecej_wydaja_na_prywatna_sluzbe_zdrowia.html (25.08.2014).

⁴ Preambuła do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, <http://www.who.int/regions> (30.08.2010).

w wykonywaniu codziennych zadań bez ograniczeń dają pełną satysfakcję i radość życia. Zdrowie należy do dóbr, które w sposób naturalny zostały przypisane danej jednostce. Nie można się nim podzielić, oddać, sprzedać – posiadamy jego wartość użytkową, a nie wymienną⁵.

Zdrowie można traktować jako bogactwo naturalne determinujące rozwój społeczeństwa i gospodarki. Człowiek, który zaspokaja swoje potrzeby, jest zdrowy psychicznie i fizycznie, wydajny i kreatywny. Omawiana kategoria stanowi zasób kapitału ludzkiego, który jest niezbędny do rozwoju regionu, kraju. Państwo może się rozwijać pod warunkiem, że będzie miało dostęp nie tylko do kapitału rzeczowego i finansowego, ale przede wszystkim do ludzkiego⁶, a tylko zdrowy człowiek stanowi potencjał zdolny do pomnażania potencjału majątku narodowego. Taki pogląd wyrazili G. Mankiw, D. Romer, D. Weil w rozszerzonym modelu neoklasycznym⁷. Również J. Sachs analizował w swojej publikacji wpływ stanu zdrowia na wzrost gospodarczy. Przedstawił wyniki badań, na podstawie których dowodzi, że przyrost długości życia o 10% zwiększa od 0,3 do 0,4 PKB rocznie⁸. Im zdrowsze społeczeństwo, tym kraj bogatszy, ponieważ teoretycznie mniejsze są wydatki na usługi medyczne, a zdrowy człowiek w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym jest zaangażowany w proces tworzenia towarów bądź usług (czyli pomnażania PKB). Hipotetycznie przyjmuje się, że im wyższy jest wskaźnik PKB *per capita*, tym wyższy jest poziom życia danego społeczeństwa⁹. Zatem zdrowie może wpłynąć na poziom jakości i zamożności gospodarstw domowych i całej gospodarki.

Ochrona zdrowia stanowi zespół działań pracowników ochrony zdrowia i administracji publicznej, których celem jest tworzenie warunków ułatwiających dokonywanie indywidualnego wyboru zachowań prozdrowotnych, a także wpro-

⁵ K. Kowalska, *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia polskie i międzynarodowe*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009, s. 27.

⁶ K. Szalonka, *Próba pomiaru ekspansywności podmiotów gospodarczych i gospodarstw domowych – na podstawie badań empirycznych*, w: *Ekspansywność rozwoju krajów i regionów*, red. W. Kwaśnicki, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego – Politechnika Wrocławska, Wrocław 2008, s. 95.

⁷ J. Berbeka, *Poziom życia ludności a wzrost gospodarczy w krajach Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2006, s. 32.

⁸ J. Sachs, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, w: *The Global Competitiveness Report 2001–2002*, World Economic Forum, Geneva 2001, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf> (14.08.2014).

⁹ Wskaźnik PKB należy do miar niedoskonałych, ponieważ nie uwzględnia zróżnicowania dochodów w społeczeństwie ani ich dystrybucji, produkcji nierejestrowanej oraz produkcji gospodarstw domowych przeznaczanej na własne potrzeby i różnic cen w poszczególnych krajach.

wadzanie zmian w środowisku życia, nauki i pracy poprzez stanowanie prawa wspomagającego działania prozdrowotne społeczeństwa i tworzenie polityki ukierunkowanej na zdrowie i profilaktykę chorób¹⁰. Termin „ochrona zdrowia” oznacza zorganizowane działania związane z zapobieganiem chorobom, utrzymaniem i polepszeniem stanu zdrowia człowieka¹¹. Pojęcie to wykracza poza świadczenia usług zdrowotnych i obejmuje też działania w zakresie środowiska człowieka – otoczenia naturalnego, warunków bytowych, warunków pracy.

Świadczenia zdrowotne zostały zdefiniowane w ustawie o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 roku¹². Zgodnie z tym przepisem świadczenia zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Dość powszechnie stosowanym pojęciem w literaturze naukowej zarówno z zakresu medycyny, jak i ekonomii zdrowia, a także w publikacjach gospodarczych, jest **opieka zdrowotna**. WHO definiuje opiekę zdrowotną jako zakres świadczeń medycznych oferowanych przez podmioty powołane do zapobiegania chorobom i leczenia ich oraz podnoszenia ogólnego stanu zdrowia ludności. Opieka zdrowotna może mieć postać usługi medycznej, a także usługi farmaceutycznej oraz świadczeń rzeczowych w postaci oferowanych produktów farmaceutycznych, środków opatrunkowych oraz sprzętu medycznego. Zakres świadczeń zdrowotnych to nic innego jak usługa zdrowotna.

Usługi zdrowotne to wszelkiego rodzaju działania w zakresie utrzymania i przywracania zdrowia poprzez edukację zdrowotną, wykonanie badań profilaktycznych, diagnostycznych, diagnostyki lekarskiej, terapii farmakologicznej i psychologicznej, rehabilitacji, opieki pielęgniacyjnej, paliatywnej, a także szczepień ochronnych. Jakość w usługach medycznych ma wyjątkowe znaczenie¹³. Im wyższa jakość, tym lepsze zdrowie i bogatsze państwo, w którym żyje pacjent.

Powyżej zaprezentowane pojęcia pozwalają zdefiniować **rynek ochrony zdrowia**. Jest to miejsce, w którym dokonuje się akt wymiany pomiędzy podmio-

¹⁰ J. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, CeDeWu, Warszawa 2006, s. 17.

¹¹ I. Rudawska, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 15.

¹² Ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, DzU z 2011 roku, nr 112, poz. 654, DzU z 2013 roku, poz. 217, 1290, DzU z 2014 roku, poz. 24, 423, 619.

¹³ America's Health in Transition: Protecting and Improving the Quality of Health and Health Care, www.nap.edu/openbook.php?record_id=9147&page=2 (14.08.2014).

tami podażowymi (szpitale, przychodnie, laboratoria, gabinety lekarskie, przedsiębiorstwa wytwarzające sprzęt medyczny, produkujące leki i artykuły opatrunkowe) oferującymi usługi z zakresu ochrony zdrowia a nabywcami (gospodarstwa domowe, pacjenci, pracodawcy, świadczeniodawcy) kupującymi te usługi, płacącymi za nie osobiście lub pośrednio przez płatnika będącego trzecią stroną transakcji. Definicja ta formułuje model funkcjonowania rynku, choć w literaturze przedmiotu częściej stosuje się pojęcie systemu ochrony zdrowia ze względu na specyfikę przedmiotu rynku (ludzkie życie i zdrowie), a także występowanie na rynku trzeciej strony podmiotu – płatnika, przez co brak jest czynnika regulującego bezpośrednio równowagę pomiędzy popytem a podażą.

Cena produktu – usługi medycznej na tym rynku nie ma takiej samej funkcji jak na innych rynkach. K. Arrow w 1963 roku jako pierwszy podjął się próby sformułowania i usystematyzowania teorii związanej z ochroną zdrowia. Wskazał różnice pomiędzy pacjentami a konsumentami – brak wiedzy medycznej, brak możliwości poznania usługi przed jej skonsumowaniem, brak możliwości samodzielnego wyboru usługi, pacjenci nie wiedzą, czy zachorują i kiedy to nastąpi. Natomiast oferujący usługi medyczne, produkty farmaceutyczne (szpitale, lekarze, pielęgniarze, farmaceuci) nie zachowują się tak samo jak inne przedsiębiorstwa, ponieważ wejście na rynek jest ograniczone prawnie, istnieje niedobór podaży (niewielka liczba specjalistów urologów, kardiologów, onkologów i innych) w stosunku do popytu, porady lekarskie powinny być udzielane zgodnie z wymaganiami klinicznymi, nie powinny być podyktowane interesem finansowym, świadczeniodawcy przede wszystkim powinni się kierować dobrem chorego, a nie maksymalizacją zysków¹⁴. Pomimo tych cech obserwacje teoretyczne i empiryczne mechanizmów funkcjonowania ochrony zdrowia pozwalają postawić twierdzenie, że dość intensywny rozwój sektora prywatnego w tym zakresie formułuje reguły rynkowe.

Teoretyczne ujęcie konkurencji

Klasyczne teorie przedsiębiorstwa opierają się na założeniu, że każdy podmiot gospodarczy dąży do maksymalizacji zysku w obrębie określonej struktury rynku. Oznacza to, że obok tego podmiotu na rynku występują inne podmioty oferujące nabywcom podobne produkty. Występuje zjawisko zwane konkurencją.

¹⁴ America's Health in Transition: Protecting and Improving the Quality of Health and Health Care, www.nap.edu/openbook.php?record_id=9147&page=1 (14.08.2014).

Konkurencja w teorii ekonomii jest definiowana jako proces współzawodnictwa pomiędzy podmiotami wytwarzającymi dobra lub usługi zaspokajające podobne potrzeby nabywców. M. Noga definiuje konkurencję jako „akt lub proces działania jednostek dążących do takich korzyści, o które w tym samym czasie, przy tych samych warunkach i regułach ubiegają się inni”¹⁵. Przesłaniem takiej aktywności jest eliminacja rywali z branży, pozyskanie nowych klientów i maksymalizacja zysku¹⁵.

W teorii ekonomii zostały wyróżnione modele konkurencji. Są one uzależnione od struktury rynku. Struktura rynku jest określana przez liczbę konkurentów, swobodę wejścia podmiotów na rynek, rodzaj produktów i sposób kontrolowania cen przez przedsiębiorstwo¹⁶. Na podstawie tych cech można wyróżnić: konkurencję doskonałą i niedoskonałą (konkurencję monopolistyczną, oligopol i monopol). Konkurencja doskonała charakteryzuje się występowaniem dużej liczby podmiotów po stronie podaży, nieograniczonym wejściem na rynek, jednorodną grupą produktów, brakiem możliwości kontrolowania cen. Żaden z podmiotów nie jest wystarczająco duży, aby wpłynąć na poziom cen, a produkty bądź usługi są dla siebie doskonałymi substytutami i są sprzedawane po cenie określonej poprzez wzajemne oddziaływanie popytu i podaży¹⁷. P. Krugman nazywa wytwórców „cenobiorcami”¹⁸. Są to podmioty przyjmujące ceny ustalone w wyniku mechanizmu rynkowego. W literaturze anglojęzycznej jako przykład konkurencji doskonałej na rynku ochrony zdrowia podaje się rynek aptek internetowych (dotyczy rynku brytyjskiego w latach 2000–2007)¹⁹.

Konkurencja monopolistyczna (niedoskonała) występuje wtedy, gdy istnieje je wielu konkurentów, których siły rynkowe są sobie równe, wejście na rynek jest nieograniczone, ale wytwarzane usługi bądź produkty są tak nacechowane, że klient odbiera je jako zróżnicowane. Wyróżnienie może dotyczyć jakości, pa-

¹⁵ A. Noga, *Dominacja a efektywna konkurencja*, Wydawnictwo SGH, Warszawa 1993, s. 9.

¹⁶ S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012, s. 120.

¹⁷ D. Kamerschen, R. McKenzie, C. Nardinelli, *Ekonomia*, Fundacja Gospodarcza NSZZ „Solidarność”, Gdańsk 1991, s. 49.

¹⁸ P. Krugman, R. Wells, *Mikroekonomia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 586.

¹⁹ S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *op.cit.*, s. 126. W Polsce rynek aptek internetowych podlega silnym regulacjom prawnym. Apteka może funkcjonować, ale nie może się reklamować, strona internetowa nie może zachęcać nabywców do zakupu żadnego produktu. Ustawa ogranicza również zakres asortymentu. Nie mogą być sprzedawane w polskiej aptece internetowej leki wydawane na receptę – mogą być zamówione, ale odebrać należy je w aptece tradycyjnej. Dlatego polski rynek aptek internetowych nie może być przykładem doskonale konkurencyjnego rynku.

rametrów technicznych, marki²⁰, przez co możliwe jest kontrolowanie cen. Oligopol charakteryzuje się występowaniem niewielkiej liczby podmiotów, ograniczoną możliwością wejścia na rynek (z powodu na przykład barier kapitałowej lub prawnej) i możliwym kontrolowaniu ceny przez firmę. Produkt może, ale nie musi, być zróżnicowany. Przykładem takiej struktury rynku są usługi szpitalne, usługi lekarzy pierwszego kontaktu, prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

Monopol to struktura rynku, w której występuje jeden podmiot oferujący produkt jedyny w swoim rodzaju²¹. W znacznym stopniu firma ta dyktuje cenę, a wejście na rynek jest zablokowane kapitałowo, prawnie lub w zakresie know-how. Przykładem monopolu na rynku ochrony zdrowia jest publiczne ubezpieczenie zdrowotne lub opatentowany lek oryginalny, chroniony do czasu zakończenia patentu.

Należy zgodzić się z K. Arrowem, że rynek ochrony zdrowia stanowi zjawisko ekstremalne z punktu widzenia teorii ekonomii. Zachowania pacjentów i świadczeniodawców różnią się bardzo od zasad funkcjonowania rynków doskonale konkurencyjnych. Świadczeniodawca, szczególnie na rynku prywatnych usług medycznych, dokonuje efektywnej alokacji zasobów, dążąc do maksymalizacji zysków. Pacjent w poszukiwaniu diagnozy i ulgi w cierpieniu zgłasza popyt na usługę optymalną (dobrej jakości usługę medyczną za cenę, jaką jest w stanie pokryć z budżetu gospodarstwa domowego). W tym przypadku dużą rolę będzie odgrywać wielkość podaży – im mniej świadczeniodawców (lekarzy specjalistów), tym cena za usługę wyższa. Pacjent sektora publicznego akceptuje każdą jakość usługi, jaką wskaże mu płatnik (NFZ). Płatnik będzie zainteresowany zakupem najtańszych usług przy spełnieniu z góry ustalonych procedur. Świadczeniodawca dąży do minimalizacji kosztów i maksymalizacji korzyści. Zarówno w sektorze prywatnym, jak i publicznym, jeśli stopy zyskowności i rentowność inwestycji będą wysokie, to w krótkim czasie można spodziewać się szybkiego napływu kapitału do sektora i tym samym coraz większej konkurencji. Zatem pomimo istotnych regulacji prawnych, można sektor ochrony zdrowia traktować jak rynek. Rząd i Ministerstwo Zdrowia poszukują „złotego środka”, który przyczyni się do lepszego zaspokojenia potrzeb społeczeństwa i zmniejszenia, a przynajmniej utrzymania wydatków na niskim poziomie przy zachowaniu optymalnie niskiej ceny za zakontraktowaną usługę i jej wysoką jakość.

²⁰ J.-J. Lambin, *Strategiczne zarządzanie marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 300.

²¹ S. Morris, N. Devlin, D. Parkin, *op.cit.*, s. 120.

Według W. Misińskiego konkurencja na rynku usług medycznych powinna funkcjonować na trzech płaszczyznach. Po pierwsze, pomiędzy podmiotami ubezpieczającymi. Istotna jest możliwość zarządzania składką zdrowotną przez wiele podmiotów ubezpieczających. Druga płaszczyzna konkurencji w ramach rynku ochrony zdrowia powinna dotyczyć podmiotów ubezpieczających i świadczeniodawców, czyli aspektu konkutowania szpitali i innych placówek – niezależnie od formy własności, a także konkutowania ubezpieczycieli o usługi świadczone przez szpitale i inne podmioty. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na kształtowanie się cen w warunkach konkurencji. Ceny na rynku ochrony zdrowia nie mogą wynikać tylko z mechanizmów rynkowych. Trzeci poziom powinien tworzyć relacje pacjentów ze świadczeniodawcami, które zapewniają pacjentom wolny wybór²².

Strategie konkurencji w usługach medycznych

Przedsiębiorstwa konkurują na rynku, stosując mniej lub bardziej skuteczne strategie. Z wyróżnionych przez Ph. Kotlera czterech poziomów konkurencji²³: marki, branżowej, rodzajowej i uniwersalnej, praktyczne zastosowanie w ochronie zdrowia ma konkurencja branżowa, rozumiana jako specjalizacyjna. W Polsce przedsiębiorstwa z sektora ochrony zdrowia po transformacji ustrojowej i zmianach przepisów prawnych stopniowo zostały „urynkowione”. W sektorze farmaceutycznym, w grupie leków OTC i suplementów, firmy stosują różnorodne instrumenty do walki o lepszą pozycję na rynku: cenę, jakość towaru lub usługi, markę, miejsce i sposób dystrybucji, komunikację marketingową, obsługę, usługi posprzedażowe i inne. Przedsiębiorstwa wytwarzające leki etyczne walczą jakością leków, ceną, dostępnością w aptekach i ograniczoną formą komunikacji (do lekarzy i farmaceutów). Przychodnie, szpitale i gabinety lekarskie walczą jakością usług medycznych, marką i bardzo ograniczoną komunikacją. Dotychczas stosowane strategie konkurencji przyczyniają się do maksymalizacji zysków. Prywatne placówki medyczne wybierają do zakresu świadczonych usług nieskomplikowane zabiegi, które są finansowane z NFZ lub ze środków prywatnych pacjentów. Natomiast publiczne szpitale wykonują wszystkie zabiegi, na które pacjenci zgłaszają popyt. Wiele z nich jest kosztochłonna. Leczenie pacjentów wymagających kosztochłonnych zabiegów jest nieopłacalne. Szpitale przesuwają część kosztów na POZ (podstawową opiekę zdrowotną) i na pacjentów, żądając wykonania okre-

²² R. Rotaub, *Wolny wybór, konkurencja i regulacje*, „Rynek Zdrowia”, 16 sierpnia 2011 (wywiad z prof. W. Misińskim).

²³ Ph. Kotler, *Marketing*, Rebis, Poznań 2005, s. 14–15.

ślonych badań przed przyjęciem do szpitala. Dlatego poszukiwano rozwiązań umożliwiających maksymalizowanie zysków przy jednoczesnym zwiększaniu poziomu jakości świadczonych usług, zgodnie z potrzebami chorego.

M. Porter w 1980 roku zaproponował trzy strategie²⁴: wiodące pod względem kosztów (minimalizacji kosztów), zróżnicowania usługi, koncentracji (specjalizacji). Dwie z wymienionych (minimalizacji kosztów i specjalizacji) były podstawą konstrukcji strategii łańcucha wartości, przypisanej do rynku ochrony zdrowia.

M. Porter i E. Teisberg sformułowali tezę, że usługi medyczne i farmacja mogą osiągać zyski w obszarze zarówno jakości, jak i skuteczności. Wymaga to wdrożenia nowych zasad konkurencji ukierunkowanej na wzrost tworzonej wartości²⁵. Wartość należy rozumieć jako przyrost wartości dóbr i usług w stosunku do wartości wykorzystanych zasobów. Wartość dodana w opiece zdrowotnej polega na osiągnięciu maksymalnej wielkości miar czasu życia skorygowanego stanem zdrowia z wykorzystaniem możliwie najmniejszych zasobów. Osiągnięcie wartości dodanej w postaci przedłużenia życia, poprawy stanu i jakości zdrowia wymaga wielu czynności tworzących **łańcuch wartości**²⁶. Pojęcie łańcucha wartości w opiece zdrowotnej zaproponowali M. Porter i E. Teisberg. Ich koncepcja polega na ustaleniu procedur związanych z obsługą pacjenta przez jednostkę świadczącą usługi z zakresu ochrony zdrowia. Powinna dotyczyć profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Zadaniem łańcucha wartości jest przejęcie pełnej opieki nad pacjentem przez wskazanie procedury postępowania w przypadku jakichkolwiek dolegliwości²⁷. Wzrost tworzonej wartości powinien polegać na specjalizacji w zakresie konkretnych chorób i dolegliwości poprzez standaryzację czynności wykonywanych przez podmioty opieki zdrowotnej przypisane do wyraźnie wskazanych jednostek chorobowych i minimalizację kosztów. Zarówno płatnik, jak i świadczeniodawca powinni być zmotywowani do zapobiegania chorobom (finansowanie profilaktyki) zamiast przesuwania kosztów w czasie lub na inne podmioty. W ramach konkurencji podmioty współpracujące powinny się komunikować w zakresie doświadczeń oraz efektów leczenia²⁸.

²⁴ M.E. Porter, *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*, PWE, Warszawa 1998, s. 21.

²⁵ M.E. Porter, E. Teisberg, *Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej*, „Harvard Business Review Polska” 2005, nr 32.

²⁶ A. Kozierkiewicz, *Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej*, http://www.nzzoz.mz.gov.pl/uploads/static/01_Konsolidacja_i_integracja_opieki_zdrowotnej.pdf (20.08.2014).

²⁷ M. Porter, E. Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care, Creating Value – Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston 2006.

²⁸ A. Hnatyszyn-Dzikowska, *Konkurencja między płatnikami w opiece zdrowotnej. Ujęcie teoretyczne*, „Ekonomia i Prawo” 2013, t. XII, nr 2.

Innym przykładem skutecznego konkurowania na rynku sektora ochrony zdrowia jest tworzenie sieci międzyorganizacyjnych. Choć literatura przedmiotu proponuje skupiać się na sektorze prywatnym, to w istocie zarówno podmioty *non profit*, jak też prywatne stosują współpracę międzyorganizacyjną. Motywem takiej współpracy jest dążenie do wzrostu efektywności, skuteczności (rozumianej jako poprawa jakości usług), radzenie sobie z niepewnością, zwiększenie dostępności do ograniczonego kapitału (urządzeń, wiedzy, surowca)²⁹. Przykładem współpracy międzyorganizacyjnej jest kooperacja pomiędzy akademickimi ośrodkami leczenia raka tarczycy w Polsce. Polega ona na opracowanej procedurze leczenia chorych na nowotwór gruczołu tarczycowego. Diagnostyka i leczenie operacyjne (usunięcie gruczołu) następuje w ośrodku, do którego zgłosi się pacjent, najprawdopodobniej blisko miejsca zamieszkania. Natomiast dalszy proces leczenia, konsultacje i nadzór nad pacjentem sprawuje kilka ośrodków w Polsce, między innymi Centrum Onkologii – Oddział w Gliwicach, wyspecjalizowane w leczeniu jodem promieniotwórczym (radioaktywnym izotopem jodu), który ma na celu zniszczenie pozostałości tkanek tarczycy. W tym przypadku dla pacjenta przygotowuje się odpowiednią dawkę leku, którą aplikuje się zaraz po jego przygotowaniu. Następnie chory musi być izolowany od otoczenia ze względu na radioaktywność tej substancji³⁰. Procedura leczenia jest na tyle skomplikowana, że współpraca międzyorganizacyjna musi być efektywna i skuteczna, a jakość świadczonych usług bardzo dobra.

Podsumowanie

Z analizy studiów literaturowych jednoznacznie wynika, że ochrona zdrowia tworzy konkurencyjny rynek usług. Coraz większa konkurencja w ochronie zdrowia przyczynia się – z jednej strony – do poszukiwania sposobów tworzenia wartości dodanej dla pacjentów: działań zmierzających do poprawy jakości świadczonych usług, zaś z drugiej strony do minimalizowania kosztów działalności. M. Porter w 1995 roku zaproponował strategię łańcucha wartości dodanej, opartą na sprawdzonej przed laty strategii specjalizacji i minimalizacji kosztów. Jej przesłaniem jest przygotowanie procedur związanych z diagnozowaniem oraz nadzorowaniem procesu leczenia przez wskazanie miejsca i zabiegów koniecznych do

²⁹ I. Rudawska, *Sieci międzyorganizacyjne w opiece zdrowotnej i ich wartość dla pacjentów*, „Handel Wewnętrzny” 2013, maj–czerwiec, t. II.

³⁰ http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/nawotwory/rak-tarczycy-przyczyny-objawy-leczenie_37188.html (15.08.2014).

wykonania przez pacjentów i monitorowanie jego etapów. Wydaje się, że w dobie informatyzacji strategia łańcucha wartości dodanej stanie się powszechnie stosowana w polskich podmiotach świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia.

Bibliografia

- America's Health in Transition: Protecting and Improving the Quality of Health and Health Care, http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9147&page=2, http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9147&page=1 (14.08.2014).
- Berbecka J., *Poziom życia ludności a wzrost gospodarczy w krajach Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2006.
- Hnatyszyn-Dzikowska A., *Konkurencja między płatnikami w opiece zdrowotnej. Ujęcie teoretyczne*, „Ekonomia i Prawo” 2013, t. XII, nr 2.
http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/nowotwory/rak-tarczycy-przyczyny-objawy-leczenie_37188.html (15.08.2014).
- Kamerschen D., McKenzie R., Nardinelli C., *Ekonomia*, Fundacja Gospodarcza NSZZ „Solidarność”, Gdańsk 1991.
- Karski J., *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, CeDeWu, Warszawa 2006.
- Kotler Ph., *Marketing*, Rebis, Poznań 2005.
- Kowalska K., *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia polskie i międzynarodowe*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009.
- Kozierkiewicz A., *Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej*, http://www.nzzoz.mz.gov.pl/uploads/static/01_Konsolidacja_i_integracja_opieki_zdrowotnej.pdf (20.08.2014).
- Krugman P., Wells R., *Mikroekonomia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Lambin J.-J., *Strategiczne zarządzanie marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Morris S., Devlin N., Parkin D., *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2012.
- Noga A., *Dominacja a efektywna konkurencja*, Wydawnictwo SGH, Warszawa 1993.
- Noga M., *Makroekonomia*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2000.
- Porter M., Olmsted Teisberg E., *Redefining Health Care, Creating Value – Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Boston 2006.
- Porter M.E., *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów i konkurentów*, PWE, Warszawa 1998.
- Porter M.E., Teisberg E., *Nowe zasady konkurencji w systemie opieki zdrowotnej*, „Harvard Business Review Polska” 2005, nr 32.

- Preambuła do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, <http://www.who.int/regions> (30.08.2010).
- K. Szalonka, *Próba pomiaru ekspansywności podmiotów gospodarczych i gospodarstw domowych – na podstawie badań empirycznych*, w: *Ekspansywność rozwoju krajów i regionów*, red. W. Kwaśnicki, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego – Politechnika Wroclawska, Wrocław 2008.
- Rocznik statystyczny *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf (25.08.2014).
- Rotaub R., *Wolny wybór, konkurencja i regulacje*, „Rynek Zdrowia”, 16 sierpnia 2011 (wywiad z prof. W. Misińskim).
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Rudawska I., *Sieci międzyorganizacyjne w opiece zdrowotnej i ich wartość dla pacjentów*, „Handel Wewnętrzny” 2013, maj–czerwiec, t. II.
- Sachs J., *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, w: *The Global Competitiveness Report 2001–2002*, M.E. Porter, World Economic Forum, Geneva 2001 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf> (14.08.2014).
- Sudak I., *Polacy coraz więcej wydają na prywatną służbę zdrowia*, http://wyborcza.pl/1,75248,15890465,Polacy_coraz_wiecej_wydaja_na_prywatna_sluzbe_zdrowia.html (25.08.2014).
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, DzU z 2011 roku, nr 112, poz. 654, DzU z 2013 roku, poz. 217, 1290, DzU z 2014 roku, poz. 24, 423, 619.

STRATEGIES TO COMPETE IN THE HEALTH MARKET IN POLAND

Summary

The intensive development of the market of medical services in Poland has contributed to an increase in the competitiveness of healthcare entities. These management bodies in the interests of maintaining the good economic condition implement the modern strategies in order to compete successfully. The purpose of this article is to present the modern conceptions of strategy to compete on the market of the health services in Poland.

The article was created on the basis of the literature studies of the health economics, health services management and the secondary research showing the quantitative coverage of the healthcare market in Poland.

An increasing competition in the health care contributes – on the one hand – to seeking the ways of creating the added value for patients (what is the action to improve the quality of the services provided), and – on the other hand – to minimize the costs.

In recent years M. Porter has suggested two strategies which are based on the proven strategies of specialization and cost minimization.

Keywords: health care, competition, added value

Translated by Katarzyna Szalonka