

Sikora Tomasz, Sikora Agnieszka, Bogdan Magdalena. Management of a medical entity based on models of competitiveness of enterprises on the example of Corten Medic Medical Center. *Journal of Education, Health and Sport*. 2022;12(1):216-224. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.01.018>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/JEHS.2022.12.01.018>
<https://zenodo.org/record/5879133>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 1, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences).

Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 1 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).

© The Authors 2022:

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 02.10.2021. Revised: 17.01.2022. Accepted: 19.01.2022.

Zarządzanie podmiotem leczniczym w oparciu o modele konkurencyjności przedsiębiorstw na przykładzie podmiotu leczniczego Centrum Medyczne Corten Medic

Management of a medical entity based on models of competitiveness of enterprises on the example of Corten Medic Medical Center

Tomasz Sikora MD, Centrum Medyczne Corten Medic, Medical Center Corten Medic, ORCID: 0000-0003-1174-7209; tomasz.sikora@cortenmedic.pl

Agnieszka Sikora MD, Centrum Medyczne Corten Medic, Medical Center Corten Medic, ORCID: 0000-0002-7819-9561; agnieszka.sikora@cortenmedic.pl

Magdalena Bogdan PhD, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Department of Social Medicine and Public Health, Medical University of Warsaw, ORCID: 0000-0002-8856-9773; mbogdan@wum.edu.pl

Streszczenie

Konkurencyjność przedsiębiorstw jest jednym z kluczowych determinantów w procesie zarządzania niezależnie od sektora gospodarki. Problematyka ta jest szczególnie złożona w sektorze zdrowotnym, z uwagi na świadczone na tym rynku usługi. Mają one swoją specyfikę wynikającą z faktu ratowania życia i zdrowia człowieka. Dlatego też sam rynek zdrowotny, ale też mechanizmy zarządzania i konkurencyjności na nim są specyficzne i różnią się od typowych na wolnym rynku.

Celem pracy była podstawowa analiza uwarunkowań konkurencyjności w sektorze zdrowotnym. Dokonano także przeglądu potencjalnych modeli konkurencyjności przedsiębiorstw, które mogłyby zostać zaimplementowane w zarządzaniu podmiotami leczniczymi.

W oparciu o powyższe rozważania w zakresie potencjalnych modeli wybrano przyczynowo-skutkowy model konkurencyjności, w oparciu o który dokonano dodatkowo próby oceny potencjału konkurencyjności podmiotu leczniczego CM Corten Medic.

Słowa kluczowe: modele konkurencyjności, zarządzanie w ochronie zdrowia, podmiot leczniczy

Abstract

Competitiveness of a company is one of the most crucial determinants in the managing process which is independent of the sector of the economy. This issue is distinctively complex in the health care sector, for the specificity of the service it provides – saving lives and good health of patients. Therefore, the healthcare sector of the economy, the mechanisms, and processes that it undergoes are specific and different from other free market sector. This specificity also refers to competitiveness aspect in the health care sector.

The aim of the research was primary analysis of competitiveness factors and determinants in the health care sector. A proper overview of potential enterprise competitiveness models has also been carried out, which could be implemented in managing of health care units.

With accordance to the presented analysis of the available models, cause and effect model competitiveness model has been chosen to analyse and assess CM Corten Medic health care unit's competitiveness potential.

Key words: competitiveness models, healthcare management, medical entity

Wprowadzenie

W przeciągu minionych lat obserwowaliśmy w Polsce głębokie przemiany zachodzące we wszystkich sektorach gospodarki. Istotne zmiany zaszły także w uwarunkowaniach ochrony zdrowia, o czym świadczy poprawa najbardziej miarodajnych wskaźników, tj. znaczny wzrost średniej oczekiwanej długości życia (*life expectancy*) oraz spadek umieralności niemowląt (*child mortality*). Pomimo zauważalnej poprawy, poszczególne wskaźniki wciąż nie są zadowalające, jeśli porównamy je do wyników osiągniętych przez kraje zachodnie. Polska mimo wydłużenia przeciętnego dalszego trwania życia, ciągle dosyć nisko plasuje się w rankingu dotyczącego oczekiwanej długości życia w zdrowiu (*health adjusted life expectancy*) [1].

Liczne raporty i wyniki badań¹ zgodnie wskazują na występowanie szeregu problemów polskiego systemu ochrony zdrowia, czego konsekwencją jest niska satysfakcja pacjentów z udzielanych im świadczeń medycznych, a także długi czas oczekiwania na te świadczenia. Są to problemy związane z:

- *polityką zdrowotną*, w tym brakiem stabilnej, długofalowej oraz przewidywalnej wizji funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce, integrującej działania poszczególnych resortów, a także instytucji kolejnych szczebli administracyjnych w zakresie ochrony zdrowia,
- *finansowaniem*, w tym niewystarczające nakłady finansowe i ich niewłaściwa alokacja, a także brak szczelności oraz właściwej organizacji systemu,
- *kadrą*, w tym niewystarczająca liczba lekarzy, szczególnie specjalistów oraz przedstawicieli innych profesji na rynku ochrony zdrowia, niewłaściwa definicja ról poszczególnych zawodów oraz nieefektywny podział pracy,

¹Przykładowymi opracowaniami w tym obszarze są raporty: *Hospitals in the 27 Member States of the European Union*, HOPE 2009; *EuroHealth Consumer Index 2013 Report*, Health Consumer Powerhouse 2013; *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD 2012; *Improving the allocation of health care resources in Poland*, WHO 2015; *Poland HIT*, WHO 2011; *Ustawa o działalności leczniczej – podsumowanie dwóch lat funkcjonowania. Próba oceny skutków regulacji*, PwC 2013

- *jakością*, w tym niesatysfakcjonująca opieka w zdrowiu i chorobie, z uwzględnieniem aspektów zarówno profilaktyki i promocji zdrowia, jak i późniejszych etapów leczenia [2].

Obecny stan systemu ochrony zdrowia w Polsce sprawia, że wyraźnie pogłębia się rozdzźwięk pomiędzy oczekiwaniami pacjentów w kwestii dostępności i warunków udzielania świadczeń medycznych a zdolnościami systemu do ich zaspokojenia [3]. Niniejsza problematyka stanowi zatem ciekawy obszar badań dla ekspertów i naukowców.

Na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza sektor zdrowotny podlegał licznym zmianom organizacyjnym. Jednym z obszarów reform były regulacje dotyczące form organizacyjnych podmiotów leczniczych, istotne z punktu widzenia ich konkurencyjności [4].

Przez wiele lat podstawowym podmiotem w sektorze ochrony zdrowia był zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) zdefiniowany w ustawie z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [5] jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia [4]. Ustawa ta umożliwiała jedynie prowadzenie publicznej działalności leczniczej w ramach trzech form, tj.: jednostki budżetowej (JB), zakładu budżetowego (ZB) oraz samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ). Było to jednoznaczne z brakiem konkurencji w sektorze zdrowotnym. Reforma systemowa rozpoczęta w roku 1999, umożliwiła zmianę formy organizacyjno-prawnej publicznych zakładów opieki zdrowotnej poprzez powołanie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (NZOZ) przez jednostkę samorządu terytorialnego w oparciu o ustawę o zakładach opieki zdrowotnej oraz wybrane ustawy samorządowe. Zmiany te polegały na likwidacji SPZOZ i powołaniu w to miejsce NZOZ lub likwidacji komórki organizacyjnej SPZOZ i wydzierżawieniu jej zasobów i działalności podmiotowi niepublicznemu [4]. Był to początek rozwoju konkurencji na rynku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w Polsce [6].

Obecnie niezaprzeczną rolę konkurencji w ochronie zdrowia dostrzega Porter, który zajmuje się także tematyką tego sektora, ze szczególnym uwzględnieniem konkurencji pomiędzy podmiotami leczniczymi i poprawy jakości świadczenia usług medycznych [7].

Analizując ten obszar badawczy należy podkreślić, iż problematyka konkurencji w ochronie zdrowia jest bardziej złożona niż w innych sektorach gospodarki. Świadczone na rynku zdrowotnym usługi mają swoją specyfikę wynikającą z faktu, iż służą ratowaniu życia i zdrowia człowieka. Dlatego też rynek zdrowotny jest specyficzny i różni się od typowego wolnego rynku. Jednak konkurencja musi funkcjonować również w jego obrębie. W idealnym modelu jest to konkurencja zachodząca na trzech płaszczyznach [8]:

- konkurencja pomiędzy ubezpieczycielami – zarządzanie składką zdrowotną przez różnych ubezpieczycieli i konkurowanie o ubezpieczonych;
- konkurencja pomiędzy ubezpieczycielami a świadczeniodawcami – konkurowanie podmiotów leczniczych - niezależnie od formy własności - o pieniądze ubezpieczycieli, a także konkurowanie ubezpieczycieli o usługi świadczone przez podmioty lecznicze;
- konkurencja pomiędzy świadczeniodawcami – zapewniająca pacjentom wolny wybór.

W ramach niniejszej analizy uwzględniono głównie trzecią płaszczyznę dotyczącą konkurowania pomiędzy świadczeniodawcami. Jak pokazują wyniki badań [9] poziom konkurencji w opiece stacjonarnej w Polsce jest niski. Konkurencję da się jednak zaobserwować w sektorze ambulatoryjnym. Dlatego też podejmowana analiza zarządzania podmiotami leczniczymi w oparciu o modele konkurencyjności przedsiębiorstw dotyczy właśnie sektora ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Należy jednak zaznaczyć, iż na konkurowanie podmiotów leczniczych mają silny wpływ także cechy sprawnościowe systemu ochrony zdrowia. Można je podzielić na te, które dotyczą klienta systemu, potocznie nazywanego pacjentem oraz te, które dotyczą sprawności wewnętrznej systemu. Do pierwszej grupy cech zaliczyć można m.in. dostępność (rozumiana jako możliwość uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjenta, w dogodnym miejscu

i czasie), ciągłość (w wymiarze życia i zdrowia), kompleksowość (rozumiana jako możliwość i gotowość systemu do zajęcia się każdym problemem zdrowotnym osoby objętej opieką), jakość (struktura, proces, efekt), jakość subiektywna (opinie świadczeniobiorców), adekwatność opieki (rozumiana jako dostosowanie oferty do struktury potrzeb zdrowotnych), długoterminowa stabilność (postulat UE) oraz nastawienie profilaktyczne (wdrażane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej). Druga grupa charakteryzuje cechy, które nie ujawniają się bezpośrednio w związku z obsługą klienta-pacjenta, nie są wobec niego eksponowane, chociaż pośrednio mają wpływ na jakość oferowanych mu świadczeń zdrowotnych. Jako przykłady tego typu cech można wskazać: styl zarządzania, system wspomagający więzi informacyjne i techniczne, system zarządzania ryzykiem, w tym m.in. do redukcji zakażeń szpitalnych, ale także zasoby kadrowe, zaplecze technologiczne, transport wewnętrzny, system informatyczny czy ewidencja księgową [10].

Konkurencyjność jako istotny element zarządzania organizacją

Konkurencyjność przedsiębiorstw jest jednym z kluczowych determinantów określających sprawność i celowość ich funkcjonowania, a także niezbędny element w procesie zarządzania. W literaturze zagranicznej przedmiotem analiz jest zwykle nie tyle sama konkurencyjność (*competitiveness*), co „przewaga konkurencyjna” (*competitive advantage*) [11-13]. W polskojęzycznej literaturze pojęcia „przewaga konkurencyjna” i „konkurencyjność” często używane są zamiennie. Jedną z powszechniejszych koncepcji konkurencyjności przedsiębiorstw zaproponował Stankiewicz, który definiuje ją jako agregat (system) złożony z czterech elementów:

- potencjału konkurencyjności, którym jest ogół zasobów materialnych i niematerialnych przedsiębiorstwa, niezbędnych do tego, aby mogło ono funkcjonować na rynkowej arenie konkurencji,
- przewagi konkurencyjnej, definiowanej jako efekt takiego wykorzystywania potencjału konkurencyjności przedsiębiorstwa (uwzględniającego uwarunkowania otoczenia), jakie umożliwia efektywne generowanie atrakcyjnej oferty rynkowej i skutecznych instrumentów konkurowania,
- instrumentów konkurowania, które można określić jako środki świadomie kreowane przez przedsiębiorstwo w celu pozyskania kontrahentów dla przedstawionej lub projektowanej (przyszłej) oferty,
- pozycji konkurencyjnej, rozumianej jako osiągnięty przez przedsiębiorstwo wynik konkurowania w danym sektorze, rozpatrywany na tle wyników osiąganych przez konkurentów [14].

Konkurencyjność w ekonomii jest nierozzerwalnie związana z pojęciem organizacji, której bezpośrednio dotyczy. Według Argyrisa organizacja jest wielością części, z których każda dąży do osiągnięcia szczególnego celu i które utrzymują się dzięki wzajemnym powiązaniom, przystosowując się jednocześnie do uwarunkowań środowiska zewnętrznego [15]. Natomiast Kotarbiński i Ackoff organizację definiują jako zbiór podsystemów prowadzących skoordynowane działania [16]. Zdaniem Hamela i Prahalada celem organizacji jest integracja złożonych systemów, a nie innowacyjność skoncentrowana wokół samego produktu [12]. Organizacja w ekonomii traktowana jest więc jako podmiot dążący do realizacji swoich celów, poprzez skoordynowanie działań.

Tak rozumiane pojęcie organizacji można wdrażać tworząc model, zawierający jej elementy i powiązania między nimi. Klasycznym przykładem jest czteroczęściowy model Lecuita. W tej koncepcji organizacja składa się z: celów, struktury, technologii oraz aktorów. Model ten pomija jednak ważne aspekty, należące do zbioru umiejętności miękkich. Liczne badania pokazują, że konkurencyjność organizacji zależy w większym stopniu od elementów

miękkich, takich jak: style zarządzania, kompetencje pracowników czy kultura organizacyjna [16]. Jednym z wyjaśnień takiego stanu rzeczy może być fakt wzrastania znaczenia zasobów niematerialnych w procesie kształtowania konkurencyjności przedsiębiorstwa w długim okresie. Wypracowanie zadowalających zasobów niematerialnych wymaga bowiem czasu i konsekwencji w działaniu. Ich zaletą jest natomiast to, że mogą być zaimplementowane równocześnie w wielu miejscach organizacji w przeciwieństwie do np. aparatury i sprzętu. Ponadto aktywa niematerialne nie deprecjonują się w trakcie ich wykorzystywania, a z czasem wręcz ulegają one udoskonaleniu w wyniku procesu kumulacji wiedzy i doświadczenia [17]. Jak pokazują badania prowadzone wśród kadry zarządzającej w Stanach Zjednoczonych, jako najważniejszy czynnik sukcesu przedsiębiorstw sektora zdrowotnego wymieniana jest szeroko rozumiana jakość [18]. Również badania składników potencjału konkurencyjności wskazują najczęściej na aspekty związane z jakością, kompetencjami pracowników (zwłaszcza kadry zarządzającej), innowacyjnością, wizerunkiem firmy, znajomością rynku, image firmy oraz posiadaniem planów strategicznych [19]. Obecnie to właśnie wymienione czynniki stanowią o sile i konkurencyjności przedsiębiorstw.

Hamel i Prahalad zwracają ponadto uwagę na kluczowe cechy konkurencyjności, które można częściowo utożsamiać z miękkimi aspektami modelu organizacji. Według definicji autorów kluczowe cechy konkurencyjności nie są finalnym produktem czy usługą, ale elementami kształtującymi organizację. Mogą być to zarówno kompetencje pojedynczych pracowników, skuteczna strategia działania czy właściwa struktura i kultura organizacyjna. Cechy te są rozsiiane po całej organizacji, a celem zarządzania jest odpowiednia organizacja i maksymalizacja ich potencjału. Sukces przedsiębiorstwa wynika więc z odpowiedniego zarządzania kluczowymi cechami konkurencyjności. Przykładem może być posiadanie przez przedsiębiorstwo wiedzy i kompetencji z różnych dziedzin, które interdyscyplinarnie zintegrowane mogą wykreować nowy produkt lub usługę. Ważne jest także, iż kluczowe cechy konkurencyjności mogą być uśpione w niedochodowych elementach organizacji. Przewagę konkurencyjną może zatem przynieść ich identyfikacja i właściwa integracja z innymi zasobami [12].

Rozszerzenie klasycznego modelu organizacji zostało zaproponowane przez Petersena i Watermana. W ich koncepcji, na organizację składają się: strategia, style, systemy, kompetencje, pracownicy, struktura oraz kultura organizacyjna [16]. Model ten rodzi konkretne implikacje dotyczące omawianej w niniejszym rozdziale konkurencyjności. Przede wszystkim konieczne jest osiągnięcie możliwie wysokiego stopnia zgodności celów poszczególnych części składowych organizacji. Poszczególne elementy organizacji, całe departamenty, poszczególni pracownicy, ale również regulaminy i plany strategiczne muszą dzielić konkretne cele organizacji i wspólnie do nich dążyć.

Ocenie możliwości zarządzania organizacją posłużyć może także prakseologiczna koncepcja Zieleniewskiego. Zakłada ona, że uniwersalną miarą służącą do oceny funkcjonowania przedsiębiorstw jest sprawność, czyli: skuteczność, korzystność i ekonomiczność [16]. Organizacje wykorzystując swoje podsystemy przetwarzają zewnętrzne zasoby w wewnętrzne czynniki. Dynamika współczesnego świata i złożoność zjawisk ekonomicznych i procesów gospodarczych wymusza dodatkowo działanie w otoczeniu niezwykle dynamicznym. Szczególnie jest to widoczne w sektorze zdrowotnym, gdzie na niniejsze otoczenie wpływa wiele, różnorodnych czynników. Organizacje celem przetrwania na konkurencyjnym rynku muszą więc zmieniać się w podobnym tempie i stopniu co otoczenie, w którym funkcjonują. Ich sukces zależy od stopnia umiejętności harmonizowania działań organizacji z wymaganiami otoczenia [16].

Podsumowując należy podkreślić, iż właściwe określenie celów i sprzężenie działań organizacji w kierunku ich realizacji jest niezbędne w procesie zarządzania przedsiębiorstwem, ale nie oznacza jeszcze zbudowania przewagi konkurencyjnej. Sprawność

organizacji i wynikająca z niej dochodowość w krótkim okresie może wynikać z dobrej koniunktury, nieudolności konkurentów, bądź z opieki instytucji publicznych. Dopiero osiąganie efektów długofalowych, pozwalających utrzymać sprawność i stabilność przez długi okres czasu, świadczy o wypracowaniu pozycji konkurencyjnej na rynku [17].

Modele konkurencyjności przedsiębiorstw

Rozważania dotyczące pojęcia i cech konkurencyjności pozwalają na omówienie modeli konkurencyjności przedsiębiorstw występujących w literaturze przedmiotu. Do najpopularniejszych zalicza się omówione poniżej: model Stankiewicza, zintegrowany model konkurencyjności przedsiębiorstwa oraz przyczynowo-skutkowy model konkurencyjności.

Model Stankiewicza

Model Stankiewicza jest modelem relacyjnym przyczynowo-skutkowym. Składają się na niego cztery elementy systemowe: potencjał konkurencyjności, przewaga konkurencyjna, instrumenty konkurowania oraz pozycja konkurencyjna. Elementy te wpływają jeden na drugi. Potencjał konkurencyjności to ogół zasobów materialnych i niematerialnych przedsiębiorstwa. Może zostać wykorzystany do budowania przewagi konkurencyjnej. Jest ona definiowana jako działanie uwzględniające uwarunkowania otoczenia, które umożliwia efektywne generowanie atrakcyjnej oferty rynkowej i skutecznych instrumentów konkurowania. Instrumenty te definiowane są jako zaplanowane praktyki zarządzania służące pozyskaniu klientów, bądź kontrahentów. Skuteczność tychże praktyk określa pozycja konkurencyjna przedsiębiorstwa na rynku, która rozumiana jest jako wynik osiągnięty przez daną organizację, mierzony w odniesieniu do wyników osiąganych przez konkurentów [14]. Analizowany model sprawdza się w zakresie oceny stanu poszczególnych elementów konkurencyjności, jednak sprawia znaczne komplikacje w sytuacji, gdy punktem odniesienia ma być siła oddziaływania jego poszczególnych elementów. Jednym z możliwych sposobów oceny wpływu poszczególnych czynników na pozycję konkurencyjną jest budowa modeli równań strukturalnych. Takie modele będą jednak w stanie pokazać jedynie wpływ całego komponentu, na przykład potencjału konkurencyjnego, na ostateczny wynik – nie pozwolą jednak ocenić wpływu poszczególnych elementów tego podsystemu, takich jak: stosowane technologie, posiadany sprzęt czy kompetencje pracowników. Mocną stroną modelu jest rozróżnienie zasobów organizacji i sposobu ich wykorzystania oraz wskazanie metod pomiaru samej konkurencyjności – poprzez porównanie z innymi graczami na rynku.

Zintegrowany model konkurencyjności przedsiębiorstwa

Model Stankiewicza nie uwzględnia kontekstu zewnętrznego, czyli wpływu otoczenia, w którym działa dane przedsiębiorstwo. Dlatego też warto omówić jego rozbudowaną wersję - zintegrowany model konkurencyjności przedsiębiorstwa, w którym konkurencyjność jest wielowymiarową cechą przedsiębiorstwa wynikającą zarówno z uwarunkowań wewnętrznych jak i umiejętności radzenia sobie z uwarunkowaniami zewnętrznymi. Trzon modelu jest niemal taki sam jak w przypadku Stankiewicza. Potencjał konkurencyjny wpływa na strategię konkurencji, a ta umożliwia budowanie przewagi konkurencyjnej. Wspomniane elementy definiowane są jako te, kształtowane bezpośrednio przez przedsiębiorstwo. Przewaga konkurencyjna wpływa na pozycję konkurencyjną, która jest z kolei czynnikiem niezależnym od przedsiębiorstwa. Podstawowa różnica polega na zastąpieniu przewagi konkurencyjnej strategią konkurencyjną. Jest ona przyjętym planem działań zmierzających do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej wobec innych podmiotów. Strategia konkurencyjna ma więc wymiar bardziej świadomy i dąży do wyodrębnienia kluczowych cech konkurencyjności. Ponadto pozycja konkurencyjna rozumiana jest jako syntetyczne wyniki rynkowe i ekonomiczne przedsiębiorstwa, wynikające ze stopnia wykorzystania możliwości

przedsiębiorstwa do konkurowania w chwili obecnej oraz w przyszłości. Oznacza to, że model uwzględnia również zmiany w czasie. Jak już wspomniano na konkurencyjność przedsiębiorstwa wpływa również jego otoczenie. W omawianym modelu określane jest ono mianem platformy konkurencji, oznaczającej zespół cech makro- i mikrootoczenia, w których działa przedsiębiorstwo danego sektora. Cechy te wpływają zarówno na elementy zależne jak i niezależne od organizacji, co oznacza, że modyfikują nie tylko możliwości kształtowania przewagi konkurencyjnej, ale również finalnego wyniku, który dzięki tej przewadze zostaje osiągnięty [20].

Przyczynowo-skutkowy model konkurencyjności

Omówione wyżej modele, choć są kompletne, stwarzają duże problemy w zakresie oceny wpływu poszczególnych czynników, występujących w każdym podsystemie, na ostateczny wynik przedsiębiorstwa. Rozwiązanie przynosi przyczynowo-skutkowy model konkurencyjności przedsiębiorstw opracowany przez Kusa. Model ten składa się jedynie z dwóch elementów: potencjału konkurencyjności oraz pozycji konkurencyjnej. Potencjał konkurencyjności, czyli system procesów i zasobów przedsiębiorstwa, traktowany jest w nim jako determinant pozycji konkurencyjnej. Oznacza to, że możliwe jest zbudowanie funkcji regresji, w której wybrane czynniki, składające się na potencjał konkurencyjny stanowią zmienne niezależne; zaś pozycja konkurencyjna jest zmienną zależną. Możliwe jest więc określenie siły wpływu każdego pojedynczego czynnika na pozycję konkurencyjną jak i efektów interakcyjnych tychże czynników. Model ten jest użyteczny ze względów praktycznych. Ma również uniwersalny charakter i może być stosowany w odniesieniu do przedsiębiorstw z różnych sektorów. Cechuje się on jednak pewnymi ograniczeniami wynikającymi z założeń, jakie poczyniono przy jego konstruowaniu [19]. Model posiada trzy mankamenty. Po pierwsze zakłada, że występuje równy wpływ czynników zewnętrznych na podmioty funkcjonujące w ramach jednego sektora i dlatego pomija uwarunkowania zewnętrzne. Po drugie relacja pomiędzy potencjałem konkurencyjności, a pozycją konkurencyjną nie jest jednostronna. W rzeczywistości może ona stanowić swoistą korzystną bądź niekorzystną pozycję wyjściową, która wpływa na potencjał konkurencyjności. Dzieje się tak zwłaszcza w sektorach z wysokim progiem wejścia, jakim jest właśnie sektor zdrowotny. Po trzecie model pomija zależności pomiędzy poszczególnymi składnikami potencjału konkurencyjności.

Ujęcie modelowe zarządzania w oparciu o konkurencyjność w podmiocie leczniczym Centrum Medyczne Corten Medic

W oparciu o powyższe rozważania w zakresie potencjalnych modeli wybrano przyczynowo-skutkowy model konkurencyjności, w oparciu o który dokonano próby oceny potencjału konkurencyjności, czyli systemu procesów i zasobów przedsiębiorstwa, traktowanych zbiorczo jako determinanty pozycji konkurencyjnej. Podjęta analiza umożliwiła wyłonienie i ocenę czynników konkurencyjności istotnych z perspektywy biznesowej przedsiębiorstwa. Wyniki analizy omówiono poniżej.

W ujęciu kadry zarządzającej Corten Medic na konkurencyjność podmiotu w równym stopniu wpływają: pacjenci, jakość usług oraz konkurenci. Nieco mniejsze, choć bezpośrednie znaczenie mają posiadane budynki i ich lokalizacja oraz otoczenie prawno-systemowe, które w ocenie kadry zarządzającej nie wpływa znacząco na wewnętrzną organizację podmiotu, ale kształtuje jego możliwości działania. Decyzje konsumentów - pacjentów wynikają z ich sytuacji ekonomicznej i wpływu społeczności lokalnej, a częściowo również z dostępności

technologii, która pozwala lepiej rozeznąć się w oferowanych usługach i korzystać np. z elektronicznej rejestracji do przychodni. Jakość usług to wynik przede wszystkim aktywów niematerialnych: gromadzonej wiedzy, kompetencji pracowników i kultury organizacyjnej sprzyjającej warunkom pracy. Pewien wpływ ma na nią również posiadany sprzęt medyczny. Sytuacja konkurentów rozpatrywana jest przede wszystkim w oparciu o otoczenie prawno-systemowe, które w znacznym stopniu decyduje o sytuacji ekonomicznej zarówno ich samych jak i analizowanego Corten Medic.

Podsumowanie

Niniejsza praca miała na celu zaprezentowanie wybranych modeli konkurencyjności, które kreują właściwy kierunek zarządzania przedsiębiorstwem nastawionym na uzyskiwanie przewagi konkurencyjnej na rynku. Omówienie założeń wybranych modeli możliwe było dzięki wcześniej poczynionym naukowym rozważaniom dotyczącym pojęcia i cech konkurencyjności.

W wyniku podjętych rozważań stwierdzono, iż konkurencyjność przedsiębiorstw jest jednym z kluczowych determinantów określających sprawność i celowość ich funkcjonowania, a także niezbędny element w procesie zarządzania. Stwierdzono także, że konkurencyjność w ekonomii jest nierozzerwalnie związana z pojęciem organizacji, której bezpośrednio dotyczy. Organizacja w ekonomii może być traktowana jako podmiot dążący do realizacji swoich celów, poprzez skoordynowanie działań. Tak rozumiane pojęcie organizacji można zatem wdrażać tworząc model, zawierający jej elementy i powiązania między nimi. W dalszej kolejności dokonano zatem przeglądu modeli konkurencyjności i wybrano najpopularniejsze. Do nich zalicza się omówione w niniejszej pracy: model Stankiewicza, zintegrowany model konkurencyjności przedsiębiorstwa oraz przyczynowo-skutkowy model konkurencyjności.

Wyniki podjętej analizy wskazały, iż ostatni z modeli, tj. przyczynowo-skutkowy model konkurencyjności najlepiej pasuje do rozważań dokonanych w ramach sektora opieki zdrowotnej. Finalnym efektem prac było także podjęcie analizy w zakresie opracowania ujęcia modelowego konkurencyjności w podmiocie leczniczym Centrum Medyczne Corten Medic. Wyłoniono czynniki konkurencyjności istotne z perspektywy biznesowej przedsiębiorstwa oraz dokonano próby oceny kierunku i siły wpływu poszczególnych czynników na konkurencyjność analizowanego podmiotu leczniczego.

Podsumowując stwierdzono, iż modele konkurencyjności są istotne z perspektywy zarządzania przedsiębiorstwem ukierunkowanego na uzyskiwanie przewagi konkurencyjnej na rynku. Rozważania te, szczególnie w kontekście sektora zdrowotnego, mają znamiona innowacyjnego podejścia, z uwagi na fakt, iż zarządzanie w ochronie zdrowia jest zagadnieniem bardziej specyficznym niż w pozostałych sektorach gospodarki.

Bibliografia:

1. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014.* 2014. (dostęp 06.06.2017) <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html>.
2. Bogdan M. *Uwarunkowania funkcjonowania podmiotów leczniczych w polskim sektorze zdrowotnym – Funkcjonowanie podmiotów leczniczych w polskim sektorze zdrowotnym – ograniczenia systemowe i możliwości rozwoju* [w:] *Regulacje w optyce funkcjonowania przedsiębiorstw.* Pakulska T. [red.]. Monografie i opracowania Szkoła Główna Handlowa. Warszawa 2017. s. 123-134.

3. Bogdan M., Tyszko P., Nitsch-Osuch A. *System opieki zintegrowanej jako panaceum na problemy zdrowia publicznego w Polsce – o czym lekarz powinien wiedzieć?*. International Review of Allergology and Clinical Immunology in Family Medicine. 2017. 23(1): s. 7-11.
4. Rabiej E. *Formy organizacyjne podmiotów leczniczych – uwarunkowania prawne i ekonomiczne*. Przedsiębiorstwo i region. 2013. 5.
5. *Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*. Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408.
6. Tyszko P. Wierzba WM, Kanecki K, Ziółkowska A. *Transformation of the ownership structure in Polish Healthcare and its effects*. Central and European Journal of Medicine. 2007. 2(4): s. 528-538.
7. Porter ME, Olmsted Teisberg E. *Redefining Health Care Creating Value – Based Competition on Results*. Harvard Business School Press. 2006.
8. Misiński W. *Modelowanie systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*. Wydaw. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego. 2007.
9. Kanownik G. *Zintegrowany model konkurencyjności w służbie zdrowia na przykładzie szpitali powiatowych - rozprawa doktorska*. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. 2016.
10. Tyszko P. *Zdrowie i ochrona zdrowia w krajowych dokumentach strategicznych*. Warszawski Uniwersytet Medyczny. 2009. s. 1- 26.
11. Porter M. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. NY: Free Press. 2006.
12. Hamel G., Prahalad CK. *Przewaga konkurencyjna jutra: strategie przejmowania kontroli nad branżą i tworzenia rynków przyszłości*. Wydawnictwo Helion. 1999.
13. Barney JB., Hesterly WS. *Strategic Management & Competitive Advantage. Concepts & Cases*. Pearson. 2015.
14. Stankiewicz MJ. *Konkurencyjność przedsiębiorstwa. Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*. Wydawnictwo TNOiK „Dom Organizatora”. 2002. s. 89.
15. Argyris Ch., Schoen DA. *Organizational Learning II: Theory, Method, and Practice*. Addison-Wesley Publishing Company. 1996. s. 73.
16. Krzakiewicz K., Cyfert Sz. *Podstawy zarządzania organizacjami*. Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu. 2015. s. 11-12, 14, 201.
17. Obłój K. *Strategia organizacji. W poszukiwaniu trwałej przewagi konkurencyjnej*. PWE. 2007.
18. *100 Top Hospitals Ceo Insights: keys to success and FUTURE challenges*. 2011. (dostęp: 12.03.2018)
http://www.burke.com/Library/WhitePapers/CeoInsightsResearchPaper_JThomas.pdf.
19. Kusa R. *Przyczynowo-skutkowy model konkurencyjności przedsiębiorstw [w:] Ekonomia Menedżerska*. 2008. 3: s. 57-66.
20. *Zintegrowany model konkurencyjności przedsiębiorstwa*. 2012 (dostęp: 12.03.2018)
http://web.ae.katowice.pl/konkurencyjnosc/files/zint_model.pdf.