

**Grażyna Dugiel, Jolanta Kuzka**

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Św.  
Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa

## **Wybrane aspekty zarządzania strategicznego szpitala**

---

### **Streszczenie**

Krajowe ramy strategiczne „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” i odpowiednio Regionalna polityka ochrony zdrowia determinuje działania strategiczne szpitala. Zarządzanie strategiczne jako narzędzie kierowania szpitalem ostatecznie ma przyczynić się do poprawy stanu zdrowia i jakości życia pacjentów korzystających ze świadczeń szpitalnych.

Celem pracy jest przedstawienie, jak myślenie strategiczne, planowanie i technika zarządzania strategicznego są kluczowe dla szpitala w radzeniu sobie z dynamiką sektora ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: zarządzanie, strategia, szpital

### **Selected aspects of the strategic management of the hospital**

---

#### **Summary**

The national strategic framework "Policy Paper for health care for 2014-2020" and the appropriate regional health policy determines the strategic actions of the hospital. Strategic management as a tool for management of the hospital will ultimately contribute to improve the health and quality of life of patients using hospital services.

The aim of the study is to present as strategic thinking, planning and strategic management techniques are crucial for the hospital to cope with the dynamics of the health sector.

Key words: management, strategy, hospital

## Wstęp

Dobre zdrowie oraz dłuższe lata życia w zdrowiu, mogą być sposobem na podnoszenie jakości życia osobniczego jak i społecznego. Powyższe założenie rząd Polski może osiągnąć poprzez podniesienie poziomu usług opieki zdrowotnej, zwiększenie dostępności i efektywności świadczeń zdrowotnych. Celowe działania polityki zdrowotnej państwa mogą być efektywne w wyniku rozwoju konkurencyjności i możliwości wyboru lekarza i leczenia. Niemniej tym samym nastąpić może wzrost oczekiwań ze strony obywateli, co spowoduje z kolei podwyższenie kosztów funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej. Utrzymanie zatem równowagi zależeć będzie nie tylko od długofalowego planowanego działania w obszarze ochrony zdrowia, ale także i w innych obszarach funkcjonowania państwa. Formułowanie strategii w celu utrzymania zrównoważonego rozwoju działalności leczniczej w kraju, regionie czy podmiotu leczniczego staje się istotne, a nawet niezbędne, by móc realizować misję ochrony zdrowia.

W Polsce Ministerstwo Zdrowia przyjęło w 2014 roku tzw. *policy paper*, tj. plan strategiczny wykorzystania funduszy unijnych z polityki spójności 2014-2020 na sektor ochrony zdrowia [1]. Oznacza to, że Polska zobowiązała się do realizacji celów strategicznych i operacyjnych w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej oraz zdrowia publicznego, tj.:

1. Rozwoju profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowanych na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.
2. Przeciwdziałania negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.
3. Poprawy efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.
4. Wsparcia systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

Realizacja celów w obszarach: promocji zdrowia, lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnego, opieki długoterminowej, hospicyjnej, ratownictwa medycznego informatyzacji ochrony zdrowia i rozwoju kadr medycznych pozwolić ma na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, poprawę efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych, poprawę stanu zdrowia społeczeństwa polskiego. Ministerstwo Zdrowia postuluje także, by podmioty o działalności leczniczej traktować jako opłacalną inwestycję, której osiągnięcie będzie zależało od stosowania dobrej praktyki zarządzania strategicznego.

Celem pracy jest przedstawienie jak myślenie strategiczne, planowanie i technika zarządzania strategicznego są kluczowe dla szpitala w radzeniu sobie z dynamiką sektora ochrony zdrowia.

## **Istota zarządzania strategicznego**

### **Paradygmaty zarządzania strategicznego**

Początki teorii zarządzania strategicznego to lata 60.-70. oraz książka H. I. Ansoffa *Zarządzanie strategiczne* z 1985 r. Od tego czasu w dziedzinie zarządzania strategicznego dokonało się wiele zmian. Współczesna teoria zarządzania strategicznego oparta jest o paradygmaty, które wyjaśniają mechanizmy zarządzania strategicznego w przedsiębiorstwie [2]:

**Paradygmat 1.** Otoczenie przedsiębiorstwa ma charakter dynamiczny, nieciągły, przedsiębiorstwo winno aktywnie i wyprzedzająco przystosowywać się do zmian w otoczeniu. W praktyce zrozumienie dla tego paradygmatu przejawia się w docenieniu metody planowania scenariuszowego, a także wysiłkach zmierzających do zwiększenia zdolności przedsiębiorstwa do szybkich zmian, m.in. przez sprawne zarządzanie portfelem działalności, pozbywanie się aktywów materialnych i outsourcing wielu funkcji.

**Paradygmat 2.** Budowanie konkurencyjności wymaga współdziałania z wieloma podmiotami, również z konkurentami. Ten paradygmat utrwalany przez najnowsze koncepcje zarządzania strategicznego, podważa historyczne rozumienie konkurencyjności, jako zwalczania konkurentów w celu przejęcia ich zasobów i miejsca na rynku. W praktyce paradygmat ten jest rozumiany, jako postulat ograniczania kosztów konkurencji przez konsolidację, aliance i tworzenie sieci kooperacji na ścieżce ekonomicznej.

**Paradygmat 3.** Nie ma jednego modelu dobrej strategii – strategia jest szyta na miarę dla każdego przedsiębiorstwa inaczej. Ten paradygmat odzwierciedla przełom, jaki miał miejsce w naukach organizacji i zarządzania w latach 70., kiedy zakwestionowano nurt normatywny w tej nauce, przeciwstawiając mu podejście sytuacyjne, otwarte na dostosowywanie zasad i metod działania w przedsiębiorstwie do jego specyficznej sytuacji.

**Paradygmat 4.** Proces budowania strategii w przedsiębiorstwie to osiągnięcie kompromisu między różnymi uczestnikami tego procesu. Przedsiębiorstwo powinno poszukiwać rozwiązań optymalnych w warunkach ograniczonej informacji i sprzecznych kryteriów wyboru. Oszczędność czasu i kosztów, które teraz nazywamy kosztami transakcyjnymi i skrócenie czasu podejmowania decyzji będzie rekompensatą za rezygnację z lepszych rozwiązań. Paradygmat oparty jest na procedurze budowania strategii, w której rejestrowane są oczekiwania i siła nacisku różnych uczestników procesu, a wynik procesu jest kompromisem między różnymi kryteriami i oczekiwaniami.

Zarządzanie strategiczne cechuje się zatem orientacją na przyszłość, szerokim uwzględnianiem zewnętrznych i wewnętrznych uwarunkowań działania oraz dużą elastycznością. R.W Griffin zarządzanie strategiczne określa, jako proces zarządzania nastawiony na formułowanie i wdrażanie strategii, które sprzyjają wyższemu stopniu zgodności organizacji z jej otoczeniem i osiągnięciu celów strategicznych [3]. W ochronie zdrowia nadrzędnym celem jest zaspokajanie potrzeb zdrowotnych w sytuacji, kiedy jednostka, grupy nie radzą sobie ze zdrowiem. W niniejszej pracy rozumiemy zarządzanie strategiczne jako

zarządzanie organizacją polegające na dostosowaniu jej działań do przyszłych zmian otoczenia i podejmowania decyzji dotyczących długiego czasu oraz zapewniające zysk (nie tylko mierzony w pieniądzu), w tym dobre funkcjonowanie na rynku.

Analiza licznych definicji zarządzania strategicznego pozwala na wyodrębnienie wspólnych powtarzających się cech:

- **wątek przyszłości, horyzontu planowania**: strategię nadają ogólny, długoterminowy kierunek rozwoju przedsiębiorstwa na przestrzeni kilku, najczęściej 5 lat lub kilkunastu lat (zależnie od dynamiki branży, w której działa przedsiębiorstwo);
- **wątek celów**: wartości, misja, wizja i cele strategiczne stanowią wielkości orientujące, do których dobierane są odpowiednie działania strategiczne, wyrażające kierunek i sposób reakcji na zmiany wewnętrzne i zewnętrzne;
- **przedmiot zarządzania**: zarządzanie strategiczne stara się zintegrować funkcje i procesy organizacyjne w szeroką, spójną strategię, koordynując różne elementy funkcjonalne przedsiębiorstwa; traktuje przedsiębiorstwo, jako całość;
- **podmiot zarządzania**: zarządzaniem strategicznym zajmuje się tzw. wierzchołek strategiczny, czyli np. rada nadzorcza i zarząd, czy kluczowi menadżerowie.

### Zarządzanie strategiczne jako proces

W klasycznym ujęciu zarządzanie strategiczne to proces obejmujący następujące etapy :

- **Planowanie strategiczne** - w ramach którego ustalane są cele działań, co wymaga diagnozy stanu przeszłego i teraźniejszego oraz prognozy stanu przyszłego. Diagnoza poprzedzana jest analizą strategiczną obejmującą otoczenie zewnętrzne, jak i wewnętrzne przedsiębiorstwa. Następnie dla uświadomionych celów określany jest plan działania. Etap planowania strategicznego stanowi konceptualną część zarządzania strategicznego, dla której opracowano szereg formalnych modeli i technik [4]. Najważniejsze z nich zostaną omówione w ramach niniejszego opracowania.
- **Wdrażanie strategii w życie**, które następuje poprzez przygotowanie zasobów i warunków działania oraz urealnienie wystąpienia przewidzianych w planie warunków. Plan nie może być wdrażany zbyt rygorystycznie, konieczne jest odniesienie do rzeczywistych warunków i wymagań, możliwych do rozpoznania dopiero na etapie realizacji. W etapie tym następuje przede wszystkim: operacjonalizacja celów, czyli zawężenie zakresu, przetłumaczenie celów wyższego rzędu (nadrzędne) na cele niższego rzędu (operacyjne); konstruowanie odpowiedniej struktury organizacyjnej i systemu zarządzania oraz kształtowanie budżetów.
- **Nadzór strategiczny**, czyli kontrola, która jest monitorowaniem działań przedsiębiorstwa w celu zapewnienia ich zgodności z założeniami, jak również w celu korygowania odchyłań. Wspomaganie nadzoru odbywa się poprzez ujawnienie z pewnym wyprzedzeniem różnego rodzaju problemów, które mogą być szansą lub zagrożeniem dla dalszego postępu w realizacji celów.

Każdy etap procesu zarządzania strategicznego powinien odnosić się do trzech zagadnień: gdzie przedsiębiorstwo znajduje się w danym momencie, co chce osiągnąć oraz jak

chce się tam znaleźć. Formułowanie strategii oznacza więc zdefiniowanie najważniejszych kwestii, które są niezbędne dla realizacji przewidywanych efektów. Zazwyczaj strategia zarządzania jest opracowywana na różnych poziomach [5]:

- *poziomie korporacyjnym*, który wychodzi od kluczowych decydentów przedsiębiorstwa (np. członków zarządu): strategia poszukuje metod, które pozwolą tworzyć dodatkową wartość przedsiębiorstwa poprzez takie działania jak dywersyfikacja (wybór rodzaju działalności, miejsca i udziału w rynku), przejęcia (lub też integracja, fuzja z innym przedsiębiorstwem), oraz inwestycje;
- *poziomie biznesu*, realizowany przez wyższą kadre zarządzającą z zadaniem mobilizowania priorytetowych determinantów sukcesu w celu osiągnięcia przewagi konkurencyjnej: strategia dotyczy konkretnego sektora, w którym przedsiębiorstwo chce osiągnąć silną pozycję poprzez sformułowanie atrakcyjnej oferty rynkowej oraz odpowiednie zarządzanie zasobami;
- *poziomie funkcjonalnym*, realizowany przez kierowników określonych działów w celu wzmocnienia zasobów funkcjonalnych i organizacyjnych zakładu.

Zarządzanie strategiczne będące złożonym procesem reagowania, pozwala tworzyć i utrzymywać pozytywne relacje między celami przedsiębiorstwa i jego zasobami a zmieniającym się otoczeniem. Strategia także określa zbiór wytycznych dla wszelakich decyzji lub działań podejmowanych przez kierowników w sposób zharmonizowany w poszczególnych obszarach [6]. Reasumując zarządzanie strategiczne wymaga diagnozowania strategicznego, formułowania strategii, wdrożenia i kontroli.

Ważnym komponentem założeń teorii zarządzania strategicznego jest określenie związków tej teorii z praktyką. Przykładem tego związku może być stosowanie w praktyce przez zarządców podmiotów o działalności leczniczej szerokiego spektrum analizy i technik wspierania decyzji oraz planowania strategicznego. Zarządzanie strategiczne w tym znaczeniu zmniejsza w znacznym stopniu niepewność, której źródłem jest otoczenie przedsiębiorstwa, a tym samym może zapewnić jego przetrwanie i rozwój.

## **Analiza i plan strategiczny**

### **Metody analizy strategicznej podmiotu leczniczego i jego otoczenia**

Metody i techniki zarządzania strategicznego wyrażają podstawowe założenie, iż przedsiębiorstwo pozostaje w interakcji z otoczeniem, które jest dla niego źródłem zarówno zagrożeń, jak i możliwości rozwoju. Samo zaś przedsiębiorstwo dysponuje określonymi mocnymi stronami oraz słabościami. Tak określona idea, zwana powszechnie analizą SWOT, stanowi podstawę określenia strategii, która winna być sformułowana przez zespół roboczy bądź firmę zewnętrzną [7]. Analiza SWOT nie wymaga opisywania i wyodrębniania wszystkich czynników, wystarczy wskazanie kluczowych elementów. Najczęściej analiza SWOT prezentowana jest w formie graficznej lub w postaci tabeli. W systemie opieki zdrowotnej SWOT opracowało Ministerstwo Zdrowia. Analizie poddano następujące obszary systemu:

- uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne;

- profilaktykę i promocję zdrowia;
- organizację i finansowanie świadczeń zdrowotnych;
- zasoby kadrowe i infrastrukturalne;
- jakość w systemie, B+R+I (badania, rozwój, innowacje), e-zdrowie.

Zidentyfikowane na podstawie analizy SWOT wyzwania i obszary priorytetowe znalazły odzwierciedlenie w obszarach interwencji i kierunkach działania systemu ochrony zdrowia w tym i konkretnego szpitala. W tabeli nr 1 przedstawiono SWOT dla szpitala.

Tabela nr 1. Analiza SWOT szpitala.

Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>korzystne procesy demograficzne zapewniające popyt na świadczenia zdrowotne,</b></li> <li>– <b>wyższy niż średnia krajowa wskaźnik zachorowań na choroby nowotworowe,</b></li> <li>– <b>wyższy niż średnia krajowa wskaźnik zachorowań na choroby przewlekłe,</b></li> <li>– <b>akceptacja przez organ samorządu województwa planów rozwojowych szpitala,</b></li> <li>– <b>brak w otoczeniu szpitali o znaczącej przewadze konkurencyjnej,</b></li> <li>– <b>członkostwo Polski w UE, możliwość pozyskiwania relatywnie dużych środków rozwojowych,</b></li> <li>– <b>wzrost oczekiwań społecznych związanych ze standardem usług medycznych.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– niestabilność systemowych rozwiązań organizacyjno – prawnych w ochronie zdrowia,</li> <li>– napięcia na tle płacowym wśród lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego,</li> <li>– niedobory kadrowe w niektórych grupach zawodowych i specjalnościach medycznych.</li> <li>– silna konkurencja na rynku usług medycznych w rejonie działania szpitala przy relatywnie dużym nasyceniu łózkami w wielu specjalnościach klinicznych,</li> <li>– konsolidacja świadczeniodawców oferujących usługi ambulatoryjne.</li> </ul>
Silne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>silne przywództwo,</b></li> <li>– <b>spójna wizja przyszłości,</b></li> <li>– <b>determinacja w prowadzeniu zmian,</b></li> <li>– <b>znaczący potencjał rozwoju tkwiący w zasobach kadrowych,</b></li> <li>– <b>pomyślnie prowadzony proces</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– relatywnie niska kultura organizacji,</li> <li>– niski poziom utożsamiania się personelu ze szpitalem,</li> <li>– niefunkcjonalny rozkład budynku głównego, utrudniający właściwe zagospodarowanie powierzchni,</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>restrukturyzacji,</b></li> <li>– <b>poprawiające się wskaźniki efektywności działania (finansowe, kliniczne),</b></li> <li>– <b>poprawiająca się sytuacja finansowa,</b></li> <li>– <b>szeroki zakres usług medycznych,</b></li> <li>– <b>relatywnie zaawansowany proces informatyzacji,</b></li> <li>– <b>możliwości rozbudowy obiektu,</b></li> <li>– <b>relatywnie wysoki standard usług medycznych i hotelowych.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– potrzeba znaczących inwestycji w infrastrukturę techniczną i aparaturę medyczną</li> <li>– relatywnie niskie wykorzystanie posiadanego potencjału (vide: blok operacyjny, poradnie, łóżka na oddziałach zabiegowych),</li> <li>– problemy z wewnętrznym przepływem informacji,</li> <li>– brak standardów postępowania klinicznego,</li> <li>– zmniejszenie się udziału szpitala w rynku świadczeń ambulatoryjnych.</li> </ul>
---	---

Inną metodą analizy jest analiza makrootoczenia - PEST, której nazwa jest utworzona z pierwszych liter nazw czterech sfer makrootoczenia: politycznej, ekonomicznej, społecznej i technologicznej [8]. Metoda ta polega na identyfikacji głównych czynników wpływających na funkcjonowanie analizowanego podmiotu leczniczego osobno w każdej ze sfer.

Makrootoczenie polityczne szpitala w Polsce determinowane jest przez system prawny zaczynając od Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483), a kończąc na aktach wykonawczych. Konstytucja stanowi, iż każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. To nadrzędne prawo pacjenta do ochrony życia i zdrowia jest wzmocnione normami prawnymi zawartymi w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2012 poz. 159). W tym warunkach szpital musi udzielać świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, z należytą starannością odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Ponadto przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny mają kierować się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych.

Wszystkie działania w ochronie zdrowia są regulowane prawnie, a odpowiedzialność za jej funkcjonowanie została określona [9]:

- minister zdrowia odpowiedzialny jest za ochronę zdrowia i opracowanie zasad organizacji opieki zdrowotnej;
- organy administracji rządowej na poziomie centralnym i wojewódzkim odpowiedzialne są za kształt i realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiedzialny jest za zarządzanie środkami finansowymi, pochodzącymi ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- organy administracji samorządowej (wojewódzkiej, powiatowej i gminnej), pełniące funkcje właścicielskie wobec publicznych zakładów opieki zdrowotnej odpowiedzialne są

za ich prawidłowe funkcjonowanie oraz za realizację zadań w zakresie zdrowia publicznego [9];

- kierownicy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej odpowiedzialni są za ich zarządzanie [10].

Inną formą regulacji w ochronie zdrowia jest udzielanie akredytacji szpitalom przez administrację rządową. W ten sposób wywierany jest nacisk na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, co ma przekładać się na poziom opieki zdrowotnej [11]. Złożony system regulacji prawnych pomimo wielu zalet może moim zdaniem niestety hamować działalność leczniczą.

Jednym z istotniejszych makrospołecznych uwarunkowań polityki zdrowotnej państwa jest zagrożenie ubóstwem. Nie chodzi tu tylko o ubóstwo materialne, ale również istotny czynnik wykluczenia społecznego, rozumianego jako ograniczony dostęp do różnego rodzaju usług, w tym także do świadczeń zdrowotnych. Ubóstwo i wykluczenie społeczne pozostają w ścisłej korelacji ze stanem zdrowia. Z jednej strony status społeczny i ekonomiczny jednostki ma ogromny wpływ na jej stan zdrowia i długość życia, drugiej zła kondycja zdrowotna wpływa na zmniejszenie zdolności do pracy, a tym samym na zwiększenie ryzyka ubóstwa i wykluczenia społecznego.

System zarządzania strategicznego w ochronie zdrowia został opracowany przez Ministra Zdrowia na lata 2014-2020 w postaci strategicznych ram polityki w obszarze ochrony zdrowia, ryc. nr 1 [12].

Rycina nr 1



Ryc. nr 1 Polityka strategiczna w obszarze ochrony zdrowia – opracowanie własne.

Uzupełnieniem strategicznych ram polityki zdrowotnej są akty prawne dotyczące ochrony zdrowia, określające ramy ustrojowe funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.



Przyjęto, że system ochrony zdrowia będzie zorientowany na dłuższe życie w zdrowiu, potrzeby pacjenta, dostosowanie do trendów demograficznych i epidemiologicznych systemu ochrony zdrowia opartego na właściwych alokacjach zasobów, procesach i wartościach, efektywnie zarządzanych.

**Zgodnie z misją ochrony zdrowia, system ochrony zdrowia w 2020 r. w Polsce to system, który:**

- 1) gwarantuje powszechność ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) zapewnia równy dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jest zorientowany na pacjentów;
- 3) zapewnia bezpieczeństwo zdrowotne – jest systemem wydolnym i przejrzystym, w którym każdy pacjent otrzyma wysokiej jakości świadczenia zdrowotne bez zbędnej zwłoki i bez konieczności dokonywania nieprzewidzianych prawem opłat;
- 4) zapewnia równowagę między uczestnikami systemu: świadczeniobiorcami, świadczeniodawcami, płatnikiem i regulatorem, gwarantuje jasne i transparentne mechanizmy rozstrzygnięcia sporów i dochodzenia praw;
- 5) zapewnia nie tylko utrzymanie w dotychczasowym kształcie, ale również wzmocnienie roli lekarza POZ jako kierującego, jak i tworzenie większych struktur świadczeniodawców stopniowo integrujących POZ i AOS z leczeniem szpitalnym (opieka koordynowana);
- 6) jest systemem wysokiej zdolności adaptacyjnej, elastycznie odpowiadającym na zmieniające się uwarunkowania, w tym epidemiologiczne i demograficzne;
- 7) dysponuje dostosowaną do potrzeb systemu wysoko wykwalifikowaną kadrą zapewniającą jakość usług na najwyższym możliwym poziomie, zgodnie ze standardami praktycznymi uprawiania zawodu i aktualnym poziomem wiedzy;
- 8) posiada nowoczesną infrastrukturę dostosowaną do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na poziomie kraju i regionu, stosuje innowacyjne rozwiązania i technologie medyczne;
- 9) zapewnia efektywność opieki zdrowotnej: produktywność, racjonalność, skuteczność, maksymalne wykorzystanie wszystkich zasobów finansowych, infrastrukturalnych i osobowych;
- 10) kształtuje postawy prozdrowotne oraz zwiększa poczucie osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie [13].

Realizacja celu głównego, tj. zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy Polski realizowany będzie poprzez cele szczegółowe:

- 1) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
  - a) chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu;
  - b) nowotworów złośliwych;
  - c) przewlekłych chorób układu oddechowego;
- 2) ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych;
- 3) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- 4) zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- 5) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;

- 6) ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych:
  - a) spożywaniem alkoholu;
  - b) używaniem substancji psychoaktywnych;
  - c) paleniem tytoniu;
- 7) przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;
- 8) ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;
- 9) poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- 10) zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
- 11) rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;
- 12) poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej.

Koordinacja działań, by osiągnąć cele odbywać się będzie na trzech poziomach:

- strategicznym – prowadzonym przez władze centralne,
- operacyjnym (technicznym) – prowadzonym przez powołany do tego celu Komitet Sterujący
- wykonawczym – będzie realizowany zarówno na szczeblu centralnym, jak i na szczeblu regionalnym

Kolejna analiza otoczenia szpitala to analiza sektorowa. Sektor grupuje szpitale wykonujące usługi zdrowotne o podobnym przeznaczeniu i sprzedające je na tym samym geograficznie rynku. Celem analizy sektorowej jest znalezienie odpowiedzi na pytania:

- Jaka jest atrakcyjność badanego sektora dla szpitala, jakie są szanse i zagrożenia dla rozwoju szpitala w określonym sektorze?
- Które sektory dla funkcjonowania w nich szpitala dają lepsze, a które gorsze możliwości rozwoju, łączenie jakich sektorów daje efekt synergiczny, jak kształtować przyszły portfel działalności szpitala, aby zmniejszyć ryzyko i zwiększyć efekty strategii?
- Jak nowe, atrakcyjne sektory mogłyby w przyszłości stanowić pole działania szpitala i jakie należy ponieść koszty wejścia do tych sektorów?

Analiza sektorowa odnosi się także do oceny wielkości sektora, jego dynamiki, rentowności, faz życia [14]. Wielkość sektora wyrażana jest sumą przychodów ze sprzedaży wszystkich szpitali działających na danym terenie w skali jednego roku. W praktyce może być to jednak trudne do ustalenia, stąd często wielkość sektora szacuje się na podstawie innych danych, takich jak liczba porad udzielanych przez wszystkie jednostki pomnażane przez średnią stawkę za poradę. Im większy jest sektor, tym jest bardziej atrakcyjny. Z wielkością sektora wiąże się jego dynamika, określana jako stopa wzrostu sektora, czyli zmiana wielkości sektora z roku na rok wyrażana w procentach. Dynamika może być dodatnia, ujemna albo zerowa. Dynamika zerowa, a zwłaszcza dynamika ujemna jest sygnałem ostrzegawczym, który powinniśmy wziąć pod uwagę szpital w formatowaniu swoich strategii działania [15]. Następnym parametrem opisującym sektor jest rentowność. Bierzemy tu pod uwagę średnią rentowność netto wszystkich szpitali działających w sektorze.

Określenie fazy życia sektora to kolejny element jego charakterystyki. Każdy sektor przechodzi przez cztery podstawowe fazy swojego życia: narodziny, rozwój, dojrzałość i schyłek [16]. W fazie narodzin mamy do czynienia z niewielką liczbą podmiotów. Sektor jest mały, ale o rosnącej w wolnym tempie dynamice. Dostęp do sektora jest bardzo łatwy, lecz jego przyszłość nie jest jeszcze jasna.

Następną metodą analizy strategicznej jest analiza pięciu sił M.E. Portera. Zdaniem autora koncepcji strategicznej przewagi konkurencyjnej pięć sił kształtują warunki funkcjonowania przedsiębiorstwa w analizowanym sektorze [17]. Do tych czynników autor metody analizy pięciu sił zalicza:

1. Siła oddziaływania dostawców i możliwości wywierania przez nich presji na przedsiębiorstwa sektora.
2. Siła oddziaływania nabywców i możliwości wywierania przez nich presji na przedsiębiorstwa sektora.
3. Natężenie walki konkurencyjnej wewnątrz sektora.
4. Groźba pojawiania się nowych producentów.
5. Groźba pojawienia się substytutów.

Za najważniejszą siłę w tym modelu uznaje Porter konkurencję wewnątrz sektora, której natężenie będzie wysokie wówczas, gdy dynamika wzrostu sektora będzie niska, uczestnicy sektora będą podobnej wielkości i będą dysponowali podobną siłą, sektor będzie silnie skoncentrowany. W tym ujęciu szpitale mogą konkurować ze sobą między innymi: jakością wykonywanych usług, sposobem obsługi pacjenta-klienta, wizerunkiem szpitala, dostępnością usług, lokalizacją, kosztem świadczenia usług, ceną dla pacjenta.

Innym wymiarem konkurencji jest konkurencja potencjalna, czyli groźba pojawiania się nowych konkurentów. Zagrożenie ze strony nowych konkurentów zależy przede wszystkim od wysokości barier wejścia do sektora. Zagrożenie jest znaczne, gdy sektor jest atrakcyjny, a bariery wejścia nie są wysokie. Bariery wejścia to trudności, które musi pokonać szpital, aby rozpocząć działalność w danym sektorze. Wyróżnia się bariery kapitałowe, konkurencyjne i administracyjne. Bariera kapitałowa to koszt fizycznego zaistnienia w sektorze: wybudowania i wyposażenia szpitala czy przychodni. Warto zwrócić uwagę, że w przypadku przejęcia szpitala w takiej czy innej formie mówimy od razu o pełnym koszcie [18]. W przypadku inwestycji od podstaw do kosztów budowy np. szpitala należy dodać koszt dotarcia do pacjentów i pozyskania ich jako klientów. Wysokość tych kosztów będzie zależała z kolei od wysokości barier konkurencyjnych, spośród których na czoło wysuwa się kwestia uzyskania kontraktu

z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jeśli uda się takiej jednostce taki kontrakt podpisać, to koszt pozyskania pacjentów będzie dużo niższy niż wówczas, gdyby tego kontraktu nie było. Poza tym duże znaczenie ma przywiązanie do marki. Pacjenci w większości przywiązują się do miejsca, w którym byli wcześniej leczeni i nowemu podmiotowi leczniczemu może być trudniej ich na początku pozyskać. Inne bariery konkurencyjne, jakie nowa jednostka może napotkać, to wysoki poziom technologiczny i wysoki poziom jakości usług już działających ośrodków, do którego trzeba się dostosować. Bariera wejścia jest również związana z tzw. efektem doświadczeń, który daje przewagę pomiotom już działającym w sektorze. Bariery

administracyjne związane są z koniecznością spełnienia określonych warunków narzuconych przez obowiązujące przepisy prawne, m.in. spełnienie wymagań sanitarno - higienicznych, budowlanych, przeciwpożarowych itp. Do barier administracyjnych należy również zaliczyć konieczność uzyskania różnych pozwoleń i licencji. Im niższe bariery wejścia, tym łatwiejszy dostęp do sektora. Ostateczna ocena zagrożenia ze strony nowych konkurentów będzie zatem zależała od tego, czy sektor jest atrakcyjny, jak wysokie są bariery wejścia i czy istnieją potencjalni kandydaci, którzy chcieliby wejść do sektora.

Kolejną siłą w modelu pięciu sił M.E. Portera jest ryzyko pojawienia się substytutów. Są to usługi wytwarzane przez szpitale z innego sektora zaspokajające te same potrzeby pacjentów. W przypadku usług zdrowotnych, substytutami będą przeważnie inne sposoby leczenia lub opieki nad pacjentem [19].

Po rozpoznaniu obecnej i potencjalnej konkurencji należy określić siłę przetargową dostawców i nabywców. Dostawcy to wszystkie zewnętrzne podmioty dostarczające nam usługi, którym za nie płacimy. Analizę siły przetargowej dostawców rozpoczyna się od dokonania ich segmentacji, czyli podziału na grupy w zależności od rodzaju dostarczanych produktów, np. leki, środki opatrunkowe, catering itd. Następnie do każdej grupy dostawców należy przeprowadzić odrębną analizę. Siła przetargowa dostawców zależy przede wszystkim od formy rynku, na którym działamy, czyli od struktury nabywców i odbiorców. Jeżeli odbiorców danego produktu jest wielu, a dostawców tylko kilku to mają oni dużą przewagę nad uczestnikami sektora. Tak jest w przypadku niektórych leków. Nabywcy to podmioty/osoby dokonujące zakupu produktu bezpośrednio od podmiotu leczniczego i płacący za nie. Zatem pacjent zgłaszający się do lekarza w ramach gwarantowanej przez państwo opieki zdrowotnej nie jest nabywcą danego podmiotu leczniczego, nabywcą jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

Znakomitym uzupełnieniem analizy pięciu sił M.E Portera jest analiza grup strategicznych [20]. Grupę strategiczną tworzą ci uczestnicy sektora, którzy są obecni w tych samych segmentach rynku i stosują te same metody walki konkurencyjnej. Analiza polega na wykonaniu mapy grup strategicznych, która jest graficzną prezentacją sytuacji konkurencyjnej w sektorze. Jest przestrzenią strategiczną, w której można wyróżnić obszary o większej lub mniejszej atrakcyjności. Aby wykonać mapę grup strategicznych, na osiach układu współrzędnych należy nanieść dwa kryteria najlepiej charakteryzujące strategie uczestników sektora, a następnie posługując się oceną podmiotów według tych kryteriów, zaznaczyć punktami pozycje wszystkich uczestników. Tam gdzie punkty oznaczające poszczególne podmioty będą występowały w skupieniach, istnieć będą grupy strategiczne. Zaznacza się je w postaci kół, których wielkość powinna być wprost proporcjonalna do udziału danej grupy w przychodach sektora.

Po analizie zewnętrznego otoczenia szpitala, następnym zadaniem jest dokonanie analizy otoczenia wewnętrznego w celu oceny potencjału strategicznego szpitala. Zgodnie z koncepcją zasobową o sukcesie przedsiębiorstwa decydują odpowiednio dobrane konkurencyjne zasoby oraz ich efektywne wykorzystanie i zdolność przedsiębiorstwa do innowacji. Zasoby szpitala stanowią: środki materialne (nieruchomości, zakupione technologie, wyposażenie techniczne, urządzenia i sprzęt medyczny); środki niematerialne, tj. kadra - jej

kwalfikacje i motywacja sukcesu, kultura organizacyjna sprzyjająca dynamicznemu rozwojowi, reputacja szpitala, innowacje, sprawność struktur i procedur.

Wyniki analizy wewnętrznej dadzą możliwość oceny stopnia dostosowania się szpitala do zmian w otoczeniu [21]. Dobrymi metodami tej analizy są:

- bilans strategiczny,
- analiza kluczowych czynników sukcesu,
- analiza profilu konkurencyjnego,
- analiza łańcucha wartości.

Bilans strategiczny to systemowa wielokryterialna analiza zasobów szpitala we wszystkich jego podsystemach i funkcjach, poddawanie ich bezstronnej ocenie.

Analiza kluczowych czynników sukcesu jest metodą opartą na zasadzie V. Pareto, mówiącej o tym że 20 – 30% nakładów decyduje o 70-80% wyników. Wychodząc z tego założenia uważa się, że każdy sektor ma charakterystyczną dla siebie grupę do kilkunastu czynników, które decydują o jego sukcesie. Badając poziom tych czynników, można określić pozycję konkurencją szpitala. Przystępując do analizy sektora, w którym działa dany szpital, ustala się listę czynników najważniejszych z punktu widzenia odniesienia przezeń sukcesu. Każdemu z kryteriów nadaje się wagę w zależności od stopnia wpływu tego kryterium na sukces w sektorze. Następnie ocenia się poziom spełnienia każdego z kryterium przez ten podmiot. Po podsumowaniu oceny ważonej uzyskuje się wynik, który należy przedstawić w procentach. Wynik powyżej 60% oznacza wysoką pozycję konkurencyjną w sektorze. Dokonując w podobny sposób oceny wszystkich szpitali działających w sektorze, można ustalić listę rankingową, szeregującą te szpitale w zależności od zajmowanej przez nie pozycji konkurencyjnej. Przydatnym do porównania konkurentów narzędziem jest też profil strategiczny, który jest graficzną prezentacją słabych i mocnych stron organizacji ocenianych na podstawie analizy kluczowych czynników sukcesu. Jakość analizy szpitala metodą badania kluczowych czynników sukcesu zależy od prawidłowego opracowania ich listy, czyli wskazania jakie zasoby i umiejętności w danym sektorze mają strategiczne znaczenie [22]. Na tej liście powinny znaleźć się następujące grupy kryteriów oceny szpitala: pozycja na rynku, pozycja w dziedzinie kosztów, image szpitala i jego obecność na rynku, umiejętności techniczne i poziom technologii, rentowność i potencjał finansowy, poziom organizacji i zarządzania. Analiza profili konkurencyjnych polega na porównaniu mocnych i słabych stron badanego szpitala z wybranymi konkurentami sektora lub grupy strategicznej za pomocą graficznej prezentacji mocnych i słabych stron szpitala.

Uzupełnieniem analizy kluczowych czynników sukcesu jest analiza łańcucha wartości, która pozwala dokładniej przyjrzeć się procesowi świadczenia usługi medycznej czyli głównemu procesowi, który odbywa się w szpitalu. Analiza łańcucha wartości szpitala służy do badania przewagi konkurencyjnej szpitala w poszczególnych jego funkcjach podstawowych i pomocniczych. Posługując się tą metodą wszystkie działania podejmowane w szpitalu dzieli się na czynności podstawowe i pomocnicze. Czynności podstawowe to te czynności, które są związane bezpośrednio ze świadczeniem usług medycznych. Ich rodzaje i struktura zależą od specyfiki danego szpitala, tj. od jego specjalizacji. W przypadku leczenia zamkniętego do czynności podstawowych należą: kontraktowanie usług medycznych, marketing, przyjęcie do szpitala, diagnostyka, wybór metody leczenia, leczenie, wypis,

kontrola. Natomiast czynności pomocnicze obejmują: zaopatrzenie, zarządzanie zasobami ludzkimi, a także infrastrukturę rozumianą tu jako wszelkie pozostałe czynności administracyjne [23].

Formułowanie strategii oznacza określenie najważniejszych kwestii umożliwiających realizację wizji, która winna być umiejscowiona w rzeczywistych warunkach i wymaga uzyskania poparcia i zaangażowania ludzi w jej realizację. Dobra praktyka zarządzania strategicznego wpisuje się w kulturę organizacyjną, nie można jej traktować jako technikę [24]. Zarządzanie strategiczne wymaga od ścisłego kierownictwa szpitala myślenia systemowego, które pozwala na zrozumienie powiązań pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, świadczeniodawcami, podstawową opieką zdrowotną, innymi szpitalami, specjalistką oraz pomocą społeczną, administracją samorządową. Dobrze przemyślana strategia koncentruje się na czterech podstawowych czynnikach;

1. zasięgu strategii - zespole rynków, na których szpital będzie konkurować,
2. dystrybucji zasobów - w sposobie w jakim szpital rozdziela swe zasoby pomiędzy różne zastosowania,
3. wyróżniającej kompetencji - tym, co szpital robi dobrze,
4. synergii - w sposobie, w jaki różne dziedziny działalności szpitala uzupełniają się lub wspierają.

Efektem formalnym zakończenia etapu dokonanej analizy w ramach zarządzania strategicznego winien być opracowany plan [25]. Plan długoterminowy, zawiera odpowiadające generalnym kierunkom działania, a także przedstawia alokacje zasobów, jakie są niezbędne do realizacji przyjętych celów.

Plan strategiczny definiowany jest jako ogólny plan zawierający decyzje dotyczące alokacji zasobów, priorytetów i działań niezbędnych do osiągnięcia celów organizacji [26]. Elementy planu strategicznego realizowane są na podstawie planu taktycznego, natomiast wykonaniu planu taktycznemu służy plan operacyjny.

Cele strategiczne wyznaczane są na najwyższym szczeblu szpitala. Plan strategiczny winien zawierać [27]:

- **sformułowanie misji szpitala**, pozwalającej na identyfikację jego w otoczeniu wewnętrznym i zewnętrznym (tożsamość szpitala), sformalizowanie wartości ważnych dla szpitala oraz wizję jego działalności; misja szpitala wpływa na proces zarządzania strategicznego w tym sensie, że stanowi podstawę przy ocenie i szacowaniu strategicznych czynników sukcesu danego podmiotu leczniczego, nie ma jednak bezpośredniego przełożenia na konkretne decyzje czy działania; np. „Misją Szpitala Praskiego p.w. Przemienia Pańskiego Sp. z o.o. jest świadczenie profesjonalnych usług medycznych, w atmosferze życzliwości, bezpieczeństwa i zaufania, z poszanowaniem praw i godności każdego Pacjenta” [28].
- **sformułowanie celów strategicznych**, czyli określenie strategicznie istotnych dziedzin działalności wraz z docelową pozycją konkurencyjną dla każdego z dziedzin; oznacza to, że definiowane są nie tylko kategorie usług i obszary geograficzne, ale też oczekiwana, pozycja konkurencyjna, określana głównie przez poziom udziału w rynku; strategia szpitala może też zawierać priorytety lub cele inwestycyjne dla każdego z dziedzin;

- **sformułowanie strategii działalności leczniczej**, czyli określenie źródeł przewagi konkurencyjnej oraz ogólnego stylu konkurowania (np. przywództwo kosztowe lub dywersyfikacja), jak również zasięgu działalności, (np. cały rynek lub nisza); poza ogólną strategią istotne jest określenie szczegółowo metod rozwijania, utrzymania i wykorzystywania; kluczowych czynników sukcesu dla oferty rynkowej, pozwalającej na osiągnięcie docelowej pozycji rynkowej (oferta rynkowa wymaga specyfikacji np. poziomu, jakości, standardu obsługa klienta, intensywności reklamy, strategii cenowej); przewagi konkurencyjnej bazującej na zasobach (urządzenia aparatura, lokalizacje, sprzęt komputerowy, sieci telekomunikacyjne; oraz niefizycznych – takich jak systemy informacyjne, systemy zarządzania np. zasobami ludzkimi, procesy świadczeń zdrowotnych, licencje, patenty, knowhow, baza pacjentów, reputacja, motywacja i kompetencje kadry), od których zależy atrakcyjność oferty rynkowej; strategia działalności leczniczej może stanowić podstawę do sformułowania kryteriów implementacji, ze względu na wymagane skonkretyzowanie i mierzalność definiowanych celów;
- **strategia implementacji celów** (dla każdego czynnika sukcesu), powinna zawierać ustalenia, kto będzie zaangażowany w realizację, poszczególne etapy, kamienie milowe i zakresy czasu, wielkość przeznaczanego budżetu;
- **sformułowanie procedur kontroli i modyfikacji.**

Zarządzanie strategiczne można więc określić jako rodzaj działalności, którego głównym zadaniem jest stałe przekładanie na język praktyki założeń dotyczących: misji szpitala, wyrażającej aspiracje zarządu, wizję jego działalności oraz tożsamość charakteryzującą je w otoczeniu; zakresu działalności leczniczej, czyli jego domeny ustalonej przez zdolność do wytwarzania usług, jak również przez umiejętność integrowania łańcucha dostawców i dystrybutorów; reguł efektywnej alokacji i wykorzystania potencjału szpitala; reguł działania zarządczego (system informacji i podejmowania decyzji, motywacji, kontroli, itp.); założeń współdziałania z otoczeniem i postępowania w trudnych sytuacjach [29].

Dobór optymalnych narzędzi kształtowania strategii szpitala zależy przede wszystkim od dwóch czynników: postawy strategicznej szpitala (wpływa na nią: aspiracje menedżerów, poziom akceptowanego ryzyka, typowe reakcje na działania konkurentów, i in.) – tj. zapewnienie sobie udziału w grze, dostosowanie się do przyszłości sektora, kształtowanie przyszłości sektora; oraz sytuacji rynkowej wpływającej na możliwość i zasadność implementacji poszczególnych rodzajów strategii.

Planowanie strategiczne w dużej mierze sprowadza się do procesu szacowania strategii. Punktem wyjścia jest oszacowanie obecnie zajmowanej oraz możliwej do osiągnięcia pozycji rynkowej. Ocena pozycji rynkowej opiera się na wskaźniku udziału w rynku oraz na ocenie atrakcyjności sektora(ów), w których szpital aktualnie prowadzi działalność leczniczą, jak i rozważanych w przyszłości [30]. Warunkiem prawidłowej wyceny jest określenie podstawowych cech sektora oraz sił oddziałujących na sektor. Pozycja rynkowa szpitala może być analizowana statycznie lub dynamicznie, jako pewien ciąg: skąd przychodzimy (historia), gdzie jesteśmy (obecny potencjał przedsiębiorstwa i przyszły potencjał otoczenia), dokąd zmierzamy (perspektywa strategiczna: optymistyczna, prawdopodobna, pesymistyczna) [31].

Zatem pozycja strategiczna, ukształtowana historycznie stanowi punkt wyjścia dla perspektywy strategicznej, która oznacza możliwe do ukształtowania stosunki między potencjałem szpitala a potencjałem otoczenia. Konieczna jest w tym celu diagnoza/ analiza strategiczna (szacowanie strategiczne), której metody zostały omówione w poprzednim rozdziale.

Dla określonej oraz planowanej pozycji rynkowej należy w kolejnym kroku przeanalizować pozycję konkurencyjną szpitala. Wyraza ona miejsce szpitala na tle konkurentów przez pryzmat zdolności do konkurowania. Rozróżnia się cztery zasadnicze rodzaje poziomów konkurowania: konkurencja ogólna, dotycząca rywalizacji o wydatki klientów w ich budżetach; konkurencja pomiędzy szpitalami spełniającymi tę samą potrzebę; konkurencja pomiędzy szpitalami oferującymi tą samą lub podobną usługę zdrowotną; konkurencja pomiędzy szpitalami należącymi do tych samych grup strategicznych. Ogólnie, szpital wybierając rodzaj przewagi konkurencyjnej może zdecydować się na:

- **konkurowanie usługą** – podstawą jest tu oferta rynkowa: jakość usługi, zakres zastosowań, przydatność do zaspokajania określonych potrzeb, marka, portfel świadczeń zdrowotnych;
- **konkurowanie ceną** – co może oznaczać konkurowanie kosztami jednostkowymi, warunkami sprzedaży, polityką komunikacyjną (reklama); konkurowanie jakością;
- **konkurowanie zasobami** (zasoby, to wszystko to, co może stanowić silne strony przedsiębiorstwa) – powinny być strategicznie wartościowe, rzadkie w zasobach obecnych i przyszłych konkurentów, trudne do imitacji, kopiowania przez konkurencję, niezastępowalne przez inne rodzaje zasobów.

Skonfrontowanie ważnych czynników wpływających na strategię szpitala pozwala na opracowanie macierzy strategicznej, wskazującej najbardziej adekwatne narzędzia do kształtowania strategii oraz oceny opłacalności inwestycji w danych warunkach. Po przeprowadzeniu procesu szacowania, szpital może określić strategiczne opcje, a następnie wybrać najlepsze cele strategiczne na przyszłość.

Proces planowania strategicznego jest procesem cyklicznym, w którym istnieje specjalne napięcie między kluczowymi czynnikami sukcesu, wyznaczającymi zbiór kluczowych usług zdrowotnych pozwalającymi je oferować, a jego wizją przyszłości. Napięcie to wynika z dostosowania zamierzeń szpitala do potrzebnych zasobów i umożliwia ciągle poszerzanie zbioru posiadanych zasobów w sposób otwierający perspektywę strategicznego dostosowania do wizji.

Kolejną grupę metod budowania strategii jest macierz Boston Consulting Group (BCG) powszechnie stosowana do określenia atrakcyjności rynku i konkurencyjności przedsiębiorstwa. Skonstruowana jest na podstawie dwóch zmiennych: stopy zwrotu rynku i względnego udziału w rynku badanej usługi [32].

Pierwszą cechą macierzy wyraża wzrost sprzedaży usługi (np. ceny stałe, bieżące, przeciętny roczny przyrost, prognozy), drugą – względny udział przedsiębiorstwa w rynku (np. w odniesieniu do największego konkurenta, wzorcowego, kilku największych). Analiza portfela produktów metodą BCG pozwala zidentyfikować szczególnie cenne usługi zdrowotne dla szpitala tzn. dojne krowy i gwiazdy (znajdują się na rynku rozwijającym się, więc



wymagają znacznego wsparcia finansowego). Nadzieję szpitala są też znaki zapytania, które przy rozwoju niestabilizowanego rynku mogą pozyskać większy udział w rynku. Produkty z kategorii kula u nogi powinny być wycofywane z rynku.

Inny rodzaj macierzy, tj. macierz ADL pozwala na określenie trajektorii strategicznych, czyli przebiegu rozwoju przedsiębiorstwa w poszczególnych sektorach według scenariusza sukcesu i porażki [33]. Macierz ADL skonstruowana jest na podstawie dwóch zmiennych:

- I stopnia konkurencyjności usługi lub pozycji konkurencyjnej szpitala
- II stopnia dojrzałości rynku zgodnie z cyklem życia.

Formułowanie planu strategicznego przez kierownictwo szpitala może odbywać się na trzech różnych poziomach: korporacyjnym, biznesowym i funkcjonalnym. W zależności od wielkości szpitala, postrzeganej przez zasięg jak i portfel przedsięwzięć może być definiowanych wiele strategii na każdym z poziomów. Strategia na poziomie funkcjonalnym jest sercem systemów operacyjnych. Z tego powodu większa jej część dotyczy procesów szpitala, a szczególnie łańcucha wartości. Na poziomie funkcjonalnym strategię związane są z: marketingiem, finansami, zasobami ludzkimi, produkcją lub ogólniej zarządzaniem operacyjnym. W sektorze ochrony zdrowia można wyróżnić następujące strategię związane z teorią systemową:

- strategia oparta na konkurencyjności – związana ze zwiększeniem udziału w rynku,
- strategia zmierzająca do poprawy produktywności - zaprzestanie lub zmniejszenie zakresu działalności wzrost cięć kosztów jako konsekwencja koncentracji na świadczeniach medycznych,
- dywersyfikacja na inne obszary np. POZ, świadczenia zabiegowe.

Zarządzanie strategiczne jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych obszarów nauk ekonomicznych, zajmującym się naukami o kierowaniu organizacjami gdzie podejmowanie decyzji odgrywa kluczowe znaczenie. Do podejmowania decyzji strategicznych w sektorze ochrony zdrowia wykorzystywane są informacje które pochodzą z różnych obszarów. Ich specyfika polega na konieczności powiązania decyzji medycznych/klinicznych, podejmowanych na najniższym poziomie procesu leczenia pacjenta w określonym szpitalu/ poradni z decyzjami społecznymi takimi jak regulacje prawne dotyczące dostępności do opieki czy sposobu płacenia za usługi medyczne podejmowanymi przez podmioty publiczne będące włodarzami systemu (np. państwo, ministerstwo, instytucja publicznego płatnika, etc.) [34].

Decyzje lekarskie/kliniczne bazują na medycynie opartej na faktach. EBM (evidence base medicine) stanowi rekomendacje, które następnie decydenci ochrony zdrowia, muszą przełożyć na określone stanowiska, decyzje i strategiczne plany podejmowanych działań (np. priorytety ochrony zdrowia, zasady finansowania procedur medycznych czy poziom refundacji leków) [35]. Ta złożoność informacyjna jest konsekwencją faktu, iż innych danych i informacji potrzebują:

- **lekarz** (lub częściej zespół leczący) podejmujący decyzje na poziomie procesu leczenia (poziom efektywności jest mierzony miarami charakteryzującymi efektywność medyczną procesu np. poprawą stanu zdrowia pacjenta),
- **zarządzający szpitalami** i zarządzający placówkami lecznictwa otwartego (poziom efektywności najczęściej jest nadal mierzony miarami charakteryzującymi efektywność ekonomiczną/ finansową jednostki i zdolnością do realizacji działań leczniczych, rzadziej miarami obrazującymi efektywność organizacyjną),
- **zarządzający regionem, państwem**, instytucją płatnika na poziomie centralnym -poziom efektywności mimo, że najczęściej wykorzystuje się miary ekonomiczne/ finansowe, nierzadko zauważamy obecnie zastosowanie metod pomiaru typowych dla zarządzania publicznego czyli badania między innymi zadowolenia interesariuszy.

Wydaje się, że kluczowym problemem podejmowania decyzji w sektorze ochrony zdrowia jest adaptacyjność, komplementarność i współpraca pomiędzy poszczególnymi podmiotami związanymi ze świadczeniami zdrowotnymi. Decyzje w ochronie zdrowia powinny być wynikiem uzgodnień i ustaleń. Coraz więcej decyzji związanych ze zdrowiem podlega ścisłej kontroli publicznej stając się decyzjami bardziej polityki niż ekonomii. Zatem stwierdzam, że do podejmowania decyzji w obszarze ochrony zdrowia potrzebna jest nie tylko analiza wielu informacji, ale dokonywanie politycznych wyborów, społecznie akceptowanych przez większość oraz przekonywanie do potrzeb restrukturyzacji już istniejących pomiotów leczniczych (SPZOZ).

Ważną kwestią planowania strategicznego jest ocena opłacalności wybranej strategii, najbardziej powszechną metodą jest metoda NPV. Pozwala ona na wycenę wartości ekonomicznej przedsięwzięcia, przy uwzględnieniu korzyści netto z całego cyklu życia tego przedsięwzięcia [36]. Drugim podejściem do podejmowania optymalnych decyzji jest metoda drzew decyzyjnych, w przypadku której większość parametrów wejściowych jest subiektywnie szacowana. W metodzie tej przepływy pieniężne w kolejnych latach, wraz z prawdopodobieństwami ich zaistnienia są szacowane przez symulację lub osąd, a następnie dyskontowane stopą uwzględniającą ryzyko. Są dwie podstawowe kategorie wspomaganie decyzji w warunkach ryzyka: wspomaganie poprzez tworzenie modeli symulacyjnych oraz wspomaganie poprzez tworzenie modeli optymalizacyjnych.

Realizacja strategii obejmuje całokształt działań organizacyjnych związanych z wprowadzeniem strategii w życie i osiągnięciem zamierzonych rezultatów. W ramach tych działań następuje określenie struktury zadaniowej i ram czasowych wdrażanej strategii, pozyskiwanie niezbędnych zasobów, sporządzenie budżetu, opracowanie organizacji wdrożenia planu i wreszcie wykonanie wcześniej określonych zadań [37]. Zadaniem kontroli strategicznej jest weryfikacja tego, czy realizowana strategia przynosi zamierzone efekty. Drugim ważnym zadaniem monitoringu jest strategiczny nadzór nad prawidłowością przebiegu całego procesu strategicznego oraz kontrola założeń, czyli weryfikacja zdolności decyzji podejmowanych w całym tym procesie ze zamianami zachodzącymi w otoczeniu. Podstawowym punktem odniesienia w ocenie realizacji działań zapisanych w dokumentach strategicznych są zawarte w nich wskaźniki kluczowe i szczegółowe.

## **Wnioski**

Sektor ochrony zdrowia jest regulowany, mało jest przestrzeni do samodzielnego kreowania strategii szpitala. Niemniej zarządzanie strategiczne winno być nieodłącznym elementem kierowania szpitalem. Oczekuje się, że określenie misji, celów strategicznych oraz operacyjnych przyczynia się do poprawy efektywności i skuteczności realizacji nałożonych zadań i spełniania oczekiwań społecznych.

W codziennej praktyce można zauważyć, iż zarządzający szpitalami coraz efektywniej korzystają tworzonych przez siebie planów strategicznych, monitoringu ich realizacji, kontroli zarządczej. Oceniają wybrane metody osiągania celów i zadań celem doskonalenia procesów decyzyjnych. Kierowanie szpitalem na wzór zarządzania w biznesie wsparte doświadczeniem zawodowym i intuicją znacznie zwiększa prawdopodobieństwo osiągania celów i pożądanych wyników działania operacyjnego.

## **Bibliografia**

1. [www.zdrowie.gov.pl](http://www.zdrowie.gov.pl)
2. Swayne LE, Duncan WJ, Ginter PM. Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia. Wyd. Lex a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012; 34- 35.
3. Griffin RW. Podstawy zarządzania organizacjami. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998; 57- 234.
4. Urbanowska-Sojkin E, Banaszyk P, Witczak H. Zarządzanie strategiczne przedsiębiorstwem. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007; 57, 287-291.
5. Obłój K. Strategia organizacji. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; Warszawa 2001; 7- 52, 37-38.
6. Duncan J, Ginter P, Klich J. (red. nauk. wydania polskiego), Swayne L. Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012; 215.
7. Walshe K, Smith J. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011; 245.
8. Dobska M, Rogoziński K. Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 42 .
9. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym. Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95 z późniejszymi zmianami.
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654, z późniejszymi zmianami.
11. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia, Dz. U. 2009 nr 52 poz. 418 z późniejszymi zmianami.
12. Ustawa z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju Dz. U. z 2009 r., Nr 84, poz. 712, z późn. zm.
13. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 krajowe ramy strategiczne Warszawa, wrzesień 2004, [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) .
14. Dobska M, Rogoziński K. Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 48.

15. Opolski J. (red.) *Zdrowie Publiczne*. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 118-127.
16. Obłój K.: *Strategia organizacji*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; Warszawa 2001; 7- 52, 175.
17. Dobska M, Rogoziński K. *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 46.
18. Opolski J. (red.). *Zdrowie Publiczne*. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 123.
19. Dobska M, Rogoziński K. *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 47.
20. Obłój K. *Strategia organizacji*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; Warszawa 2001; 7- 52, 52.
21. Opolski J. (red.). *Zdrowie Publiczne*. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 98.
22. Sutherland J, Canwell D. *Klucz do zarządzania strategicznego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 258.
23. Walshe K, Smith J. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011; 244.
24. Gierszewska G, Romanowska M. *Analiza strategiczna w przedsiębiorstwie*. PWE, Warszawa 2004; 76.
25. Dobska M, Rogoziński K. *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 64.
26. Stabryła A. *Zarządzanie strategiczne w teorii i praktyce*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa - Kraków 2002; 137.
27. Romanowska M. *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*. PWE, Warszawa 2009; 49.
28. <http://szpitalpraski.pl/nasz-szpital/misja-szpitala-praskiego/> 3 XII 2016 r.
29. Drucker P. *Zarządzanie XXI wieku- wyzwania*. Wyd. MT Biznes ,Warszawa 2010; 54.
30. Opolski J. (red.). *Zdrowie Publiczne*. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 189.
31. Sutherland J, Canwell D. *Klucz do zarządzania strategicznego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 328.
32. Urbanowska-Sojkin E, Banaszyk P, Witczak H. *Zarządzanie strategiczne przedsiębiorstwem*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007; 287.
33. Urbanowska-Sojkin E, Banaszyk P, Witczak H. *Zarządzanie strategiczne przedsiębiorstwem*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007; 291.
34. Dobska M, Rogoziński K. *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012; 63.
35. Opolski J. (red.). *Zdrowie Publiczne*. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 214.
36. Sutherland J, Canwell D. *Klucz do zarządzania strategicznego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 324.

37. Walshe K, Smith J. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011; 252.