

Karolina WIELICKA
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania i Administracji

ANALIZA STRATEGICZNA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA POTRZEB JEGO RESTRUKTURYZACJI – STUDIUM PRZYPADKU

Streszczenie. Celem artykułu jest przedstawienie przykładowych metod analizy strategicznej. Wybrane metody i analizy posłużyły do zidentyfikowania pozycji strategicznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej oraz określenia odpowiedniej strategii na okres przeprowadzania procesu restrukturyzacyjnego. W artykule zwrócono uwagę na zagadnienie związane z zarządzaniem strategicznym w okresie przeprowadzania zmian w przedsiębiorstwie.

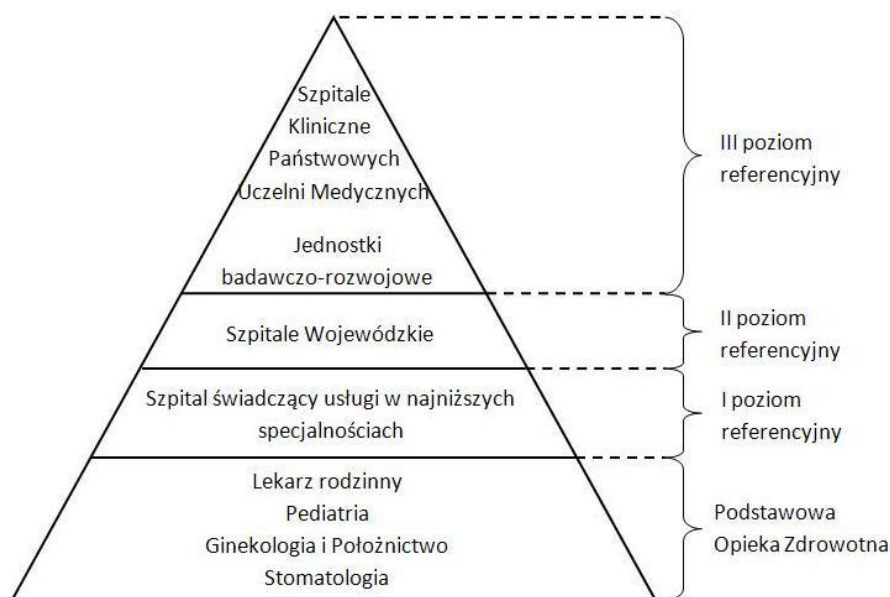
STRATEGIC ANALYSIS OF INDEPENDENT PUBLIC HEALTHCARE CENTRE PRECEDING THE RESTRUCTURING PROCESS – A CASE STUDY

Summary. Presenting an exemplary methods of the strategic analysis was a purpose of the article. Selected methods and analysis used to identify the strategic position of the Independent Public Health Care, and determine the appropriate strategy for carrying out the restructuring process. The article drew attention to the issue of strategic management in the period to carry out changes in the company.

1. Wprowadzenie

Do 1998 roku praktycznie cała opieka zdrowotna składała się z Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej funkcjonujących jako zakłady budżetowe lub jednostki budżetowe utrzymujące się z budżetu państwa przez pozyskiwanie środków finansowych z Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Wraz z wejściem *Ustawy o zmianie zakresu działania*

niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych,¹ niektóre gminy zdecydowały się na pokrywanie kosztów funkcjonowania opieki zdrowotnej z własnych budżetów. Inna możliwość pozyskania środków na działalność placówek ochrony zdrowia pozwalała na finansowanie jednostek przez ministerstwa, tzw. resortowa służba zdrowia, do której zaliczono Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Sprawiedliwości oraz Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Dodatkowo na rynku usług medycznych funkcjonowały Prywatne Zakłady Opieki Zdrowotnej, które świadczyły usługi medyczne na zasadach komercyjnych. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 1997 roku oraz jej nowelizacja z 1998 roku² stanowiła fundament obecnie panującego systemu i zapoczątkowała proces przekształceń. Ustawa wprowadziła pojęcie kasy chorych (obecnie, po kolejnych reformach, kasy chorych zostały zlikwidowane³) i zasady kontraktowania usług medycznych, spowodowała tym samym zaistnienie czynnika konkurencyjności na rynku publicznych usług medycznych na skutek wzmocnienia czynnika jakości świadczeń (poziomy referencyjności⁴ – rys. 1).



Rys. 1. Poziomy referencyjne

Fig. 1. The reference levels

Źródło: Dobska M., Rogoziński K. (red.): Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. PWN, Warszawa 2008, s. 18.

¹ Ustawa z dnia 24 listopada 1995 roku o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych (Dz.U. nr 141, poz. 692).

² Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153 z późn. zm.).

³ Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 45, poz. 391).

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 roku w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. nr 164, poz. 1193).

Hierarchizacja usług medycznych wg kryterium jakości miała wzmocnić walkę międzykonkurencyjną w sektorze, jednakże przez długi okres nie była ona widoczna. Dopiero obecnie, w dobie nasilenia się komercjalizacji usług medycznych, można zaobserwować wzrost znaczenia konkurencyjności wśród Zakładów Opieki Zdrowotnej. Coraz większą wagę zaczyna przywiązywać się do przyszłości, a tym samym wzrasta znaczenie doboru odpowiedniej strategii. Powszechne staje się traktowanie pacjentów (i innych grup interesariuszy) jako klientów o określonych wymaganiach i potrzebach, których przyciągnięcie do skorzystania z usług medycznych określonej jednostki jest jednym z czynników zapewniających ciągłość funkcjonowania, choć nie jedynym i nie najważniejszym.

2. Zarządzanie strategiczne w procesie zmian

Klasyczna definicja przedstawia zarządzanie jako proces obejmujący grupę działań (planowanie, organizowanie, motywowanie i kontrolowanie) zorientowanych na zasoby organizacji (ludzkie, finansowe, rzeczowe i informacyjne).⁵ Zarządzanie Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej wykorzystuje zasady i reguły panujące w szeroko rozumianym zarządzaniu, jednakże wymaga uwzględnienia specyfiki organizacji publicznych.⁶ Zgodnie z Ustawą z 1991 roku,⁷ została wprowadzona klasyfikacja Zakładów Opieki Zdrowotnej, obejmująca publiczne i niepubliczne placówki (rys. 2). O statusie danego Zakładu Opieki Zdrowotnej nie decyduje kryterium finansowania działalności, np. z publicznych środków, lecz utworzenie przez dany organ założycielski placówki – przykładowymi podmiotami mogącymi powołać publiczną jednostkę medyczną mogą być: minister, centralny organ administracji rządowej, wojewoda, jednostki samorządu terytorialnego itp. Utworzone Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej mogą funkcjonować w trzech formach: budżetowej, zakładu budżetowego i Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej.⁸ Przeprowadzenie procesu zmian w zakładach publicznych jest o tyle problematyczne, że odbywa się pod silną presją ze strony otoczenia prawnego i politycznego.⁹

Efektywny i nieprzerwany proces funkcjonowania każdego przedsiębiorstwa w gospodarce rynkowej wymusza na organizacji nieustanne redefiniowanie celów stawianych przed podjęciem nowych działań oraz określenie metod pozwalających na ich osiągnięcie.

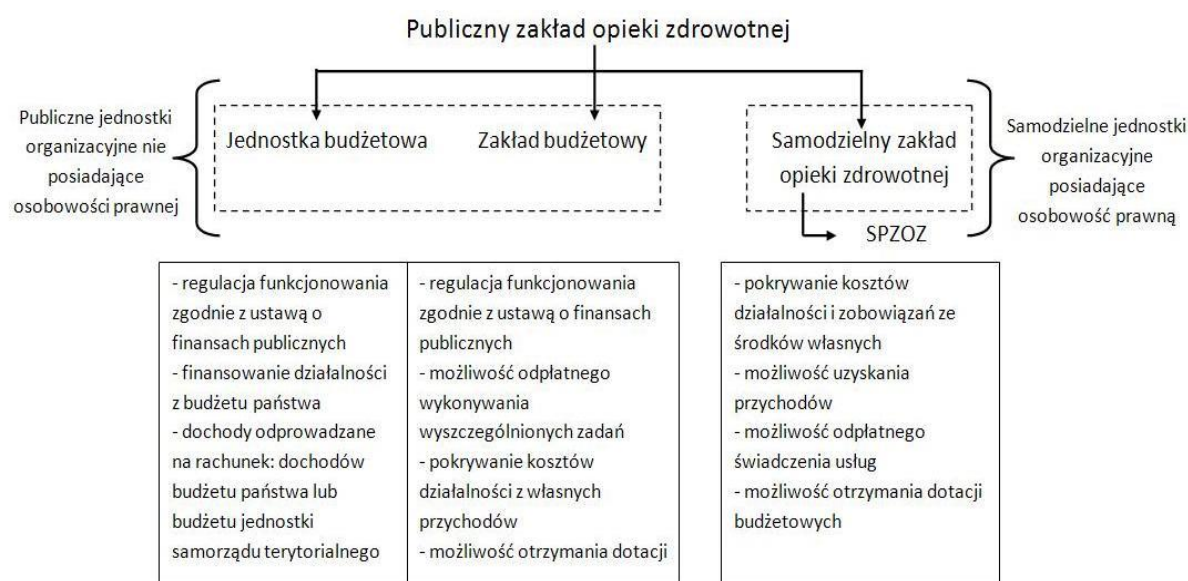
⁵ Griffin R.W.: Podstawy zarządzania organizacjami. PWN, Warszawa 2005, s. 6.

⁶ Frączkiewicz-Wronka A.: Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia. Walters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009, s. 31.

⁷ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.).

⁸ Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E.: Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Walters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009, s. 30-35.

⁹ Stępniewski J., Karniej P., Kęsy M. (red.): Innowacje organizacyjne w szpitalach. Walters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2011, s. 18.



Rys. 2. Formy prowadzenia Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej

Fig. 2. Forms of conduct of Public Healthcare Centres

Źródło: Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E.: Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Walters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009, s. 30-35.

Proces ten jest bezpośrednio związany z planowaniem przez zarząd bieżących i przyszłych zadań, czyli opracowywaniem strategii krótko- i długofalowej.¹⁰ Zatem ogólnie strategia rozumiana jest jako proces zaplanowania i przeprowadzenia zadań mających posłużyć do osiągnięcia wyznaczonych celów. Na skutek zastosowania grupy przemysłanych i systemowych narzędzi możliwe jest uzyskanie przez organizację równowagi pomiędzy procesami zachodzącymi w jej wnętrzu a nieustannie zmiennym otoczeniem.¹¹ Główną cechą charakterystyczną myślenia w przedsiębiorstwie w kategoriach strategicznych jest koncentracja na otoczeniu i ciągła analiza zmian zachodzących w jego wszystkich obszarach (technologicznym, społecznym, ekonomicznym, demograficznym, politycznym i prawnym, międzynarodowym). Dopelnieniem myślenia strategicznego jest również analiza zachowań konkurencji, dostawców i konsumentów. W szerokim ujęciu nadrzędnym zadaniem zarządu (lub menedżera) w Zakładzie Opieki Zdrowotnej jest sformułowanie celów i działań służących do osiągnięcia wyznaczonych celów oraz zagwarantowanie ich realizacji. W następstwie zarządzanie strategiczne Zakładem Opieki Zdrowotnej związane jest z realizacją trzech podstawowych działań. Pierwsze z nich obejmuje diagnozę otoczenia w celu rozpoznania i analizy transformacji w nim zachodzących. Zaobserwowane zmiany mogą stanowić dla przedsiębiorstwa przyszłe szanse lub zagrożenia. Drugim w kolejności zadaniem zarządzania strategicznego jest przeanalizowanie silnych i słabych stron

¹⁰ Drążek Z., Niemczynowicz B.: Zarządzanie strategiczne przedsiębiorstwem. PWE, Warszawa 2003, s. 27.

¹¹ Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E.: op. cit., s. 54.

przedsiębiorstwa. Końcowy efekt dwóch pierwszych działań powinien przejawiać się w realizacji trzeciego zadania, polegającego na wyborze i urzeczywistnieniu odpowiedniej strategii.¹² Sam proces zarządzania strategicznego obejmuje trzy istotne etapy, takie jak: analiza, planowanie i realizacja strategii. Punktem wyjścia do sformułowania strategii jest identyfikacja obecnego stanu przedsiębiorstwa oraz sytuacji panującej na rynku. Konieczne staje się zatem rozpoznanie konkurencji oraz zweryfikowanie swoich słabych i mocnych oraz słabych i mocnych stron konkurencji. Kolejnym etapem formułowania strategii jest zaprojektowanie odpowiednich celów na podstawie wiedzy pozyskanej z punktu pierwszego. Realizując tę fazę, należy określić kierunki działań firmy na dany okres (cele strategiczne) i ustalić zadania, które posłużą do rozwoju przedsiębiorstwa bądź też polepszenia lub utrzymania jego obecnej pozycji.¹³ Ogólny zakres celów dotyczy czterech grup zagadnień: marketingowych, prestiżowych, finansowych oraz organizacyjnych. W zależności od tego, czy dana organizacja koncentruje się na zmianach struktury oferowanego portfela usług i produktów czy też na zmianach rynkowych, będą preferowane różne strategie rozwoju, przemawiające za wyborem i realizacją wybranej strategii.¹⁴

Zbudowanie i utrzymanie silnej pozycji na szeroko rozumianym rynku usług medycznych w praktyce jest zadaniem skomplikowanym i trudnym, wymagającym zaprojektowania i wdrożenia niekonwencjonalnej strategii. Celem realizacji przyjętej strategii w ramach Zakładu Opieki Zdrowotnej jest nie tylko bezkolizyjne utrzymanie działalności, ale również efektywne funkcjonowanie danej placówki w warunkach sprzyjających jej rozwojowi oraz tych niesprzyjających. Realizowana przez każdą placówkę usług medycznych strategia powinna zatem być ściśle dostosowana do warunków panujących w otoczeniu oraz posiadanych przez Zakład zasobów. Skuteczność przyjętej strategii będzie uzależniona między innymi od integralności z otoczeniem oraz wspólnego zaangażowania wszystkich pracowników danej placówki.¹⁵

W każdym przedsiębiorstwie koniecznością staje się wprowadzanie zmian, ponieważ żadna koncepcja, strategia czy plan działania nie stanowią ostatecznego i uniwersalnego rozwiązania. Każda sfera funkcjonowania organizacji prędzej lub później będzie wymagała modyfikacji, wprowadzenia zmian lub usprawnień, dlatego przedsiębiorstwa (również Zakłady Opieki Zdrowotnej) muszą być otwarte na zmiany, a tym samym traktować je jako szansę, a nie zagrożenie.¹⁶ W przedsiębiorstwach będących w trakcie procesu przekształceń koniecznością staje się wypracowanie wśród pracowników elastyczności w ich reakcjach

¹² Ibidem, s. 57-58.

¹³ Gierszewska G., Romanowska M.: Analiza strategiczna przedsiębiorstwa. PWE, Warszawa 2003, s. 17-18.

¹⁴ Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E.: op. cit., s. 59.

¹⁵ Ibidem, s. 80.

¹⁶ Penc J.: Strategia zarządzania. Placet, Warszawa 1999, s. 217.

dotyczących zmian, przez np. publiczne rozpowszechniania wizji i strategii restrukturyzacji oraz redukcję dezorganizacji.¹⁷

Formułując strategię dla Zakładów Opieki Zdrowotnej, należy kierować się zasadami i regułami panującymi w szeroko rozumianym zarządzaniu, jednakże należy również wziąć pod uwagę specyfikę obszaru, dla którego dedykowane jest przyjęcie danego rozwiązania. Dążenie do zachowania elastyczności oraz możliwości adaptacji do zmian zachodzących w otoczeniu może okazać się w praktyce niewystarczające. W branży usług medycznych zmiany zachodzą w sposób gwałtowny i często nieprzewidywalny, stawiając tym samym dany Zakład Opieki Zdrowotnej, a zwłaszcza jego pracowników (wszystkie grupy zawodowe wchodzące w struktury organizacyjne Zakładu Opieki Zdrowotnej), przed faktem dokonanym. Na skutek gwałtownych występowań i nieprzewidywalności części szans lub zagrożeń pojawiających się w otoczeniu, placówka nie zawsze posiada zapas czasu dający możliwość na natychmiastową reakcję, przy zachowaniu wystarczającego okresu pozwalającego na redefiniowanie wyznaczonych celów i zadań.

3. Analiza strategiczna na przykładzie Samodzielnego Zakładu Opieki Zdrowotnej

W ostatnim okresie podjęto wiele prób uzdrowienia obecnej sytuacji, w jakiej znalazła się służba zdrowia, poprzez wcielanie państwowych reform pod postacią tzw. programów naprawczych. Aktualne programy naprawcze dają szansę na przeprowadzenie procesu restrukturyzacji polegającego na zmianie formy organizacyjno-prawnej, dzięki czemu możliwe jest przejście z organizacji non-profit na działalność prowadzoną w formie spółki prawa handlowego. Często wdrożenie programu zmian staje się szansą dla danej jednostki medycznej na utrzymanie płynności i ciągłości świadczeń. Zaprojektowany program zmian powinien być wynikiem wnikliwych analiz i odzwierciedleniem faktycznych potrzeb. Właściwe przeprowadzenie analizy strategicznej powinno doprowadzić do określenia odpowiedniej dla danego Zakładu Opieki Zdrowotnej strategii działania, np. na okres przeprowadzania procesu restrukturyzacji. Często zdarza się, że organy założycielskie odpowiedzialne za przygotowanie programu działań naprawczych, marginalnie traktują analizę organizacji pod kątem doboru właściwej strategii przypadającej na wdrożenie zaproponowanych usprawnień.¹⁸

¹⁷ Dźwigoł H.: Podejście systemowe w procesie restrukturyzacji przedsiębiorstwa. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2010, s. 20.

¹⁸ Wielicka K.: Strategia restrukturyzacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Materiały Krakowskiej Konferencji Młodych Uczonych, Grupa Naukowa Pro Futuro, Kraków 2011, s. 1123.

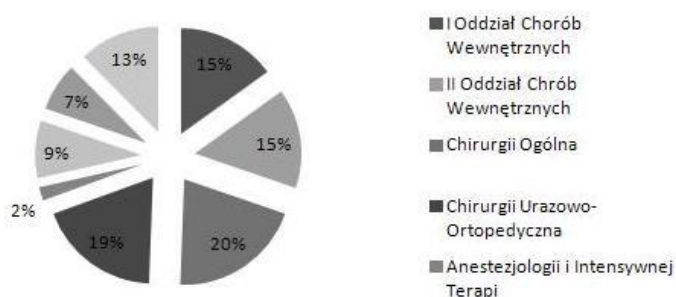
Planując działania mające na celu wprowadzenie zmian w omawianym SPZOZ, przeprowadzono analizę makrootoczenia, posługując się analizą interesariuszy. Do analizy mikrootoczenia zastosowano punktową ocenę atrakcyjności sektora, natomiast za pomocą macierzy McKinseya oceniono pozycję strategiczną Zakładu Opieki Zdrowotnej. W dalszej części artykułu zaprezentowano zagregowane wyniki z poszczególnych metod analizy strategicznej, wnioski z nich płynące powinny zostać wzięte pod uwagę przez zarządzających szpitalem w celu opracowania strategii dalszego funkcjonowania omawianego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Należy zaznaczyć, iż zaprezentowane analizy stanowią jedynie przykład możliwych do wykorzystania analiz. Dodatkowo można je poszerzyć o inne analizy i metody budowy strategii, takie jak np. analizę PEST, 5 sił M.E. Portera czy bilans strategiczny. Wymienione powyżej metody i analizy zostały przeprowadzone w celu analizy strategicznej omawianego SPZOZ, natomiast nie zostały uwzględnione w tym artykule.

3.1. Charakterystyka Szpitala A

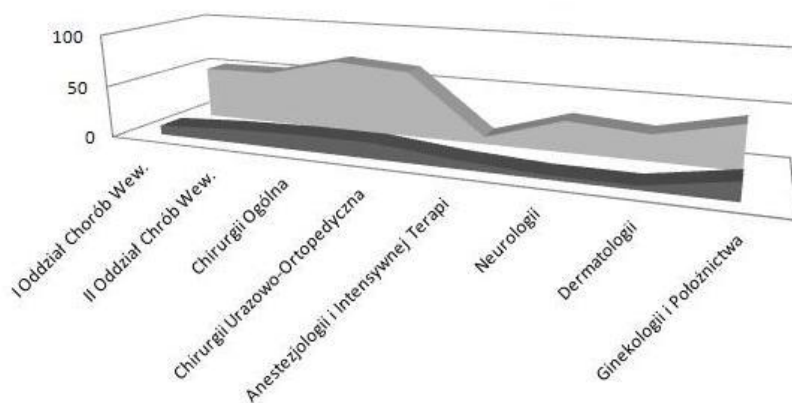
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (Szpital A) został utworzony w 2005 roku na skutek przeprowadzenia programu restrukturyzacyjnego leczenia zamkniętego i likwidacji dwóch innych podmiotów. Lokalizacja Szpitala znajduje się w trzech różnych częściach miasta. Nowopowstała placówka rozpoczęła swoją działalność bez zadłużenia i stała się wielodziałowym oraz jednym z ważniejszych szpitali w województwie śląskim. W strukturze Szpitala znajdowało się dziewięć oddziałów oraz oddział neonatologii, który nie został ujęty na przedstawionym schemacie (rys. 3). Szpital posiadał prężnie działające i szeroko rozwinięte diagnostykę oraz rehabilitację. Przedstawiony Zakład Opieki Zdrowotnej oferował również usługi z zakresu świadczeń ambulatoryjnych w specjalistycznych poradniach odpowiadających specjalnościom poszczególnych oddziałów.

Rocznie w placówce sama Izba Przyjęć rejestrowała ok. 10 tys. pacjentów, natomiast w ambulatorium porady medyczne były udzielane ok. 18 tys. osób, co łącznie daje liczbę ok. 30 tys. pacjentów przyjmowanych w skali jednego roku i ok. 2300 osób w skali miesiąca. Ogółem Szpital A posiadał 340 łóżek oraz ok. 30 miejsc dla noworodków. W placówce medycznej na koniec 2008 roku zatrudnionych było ok. 650 osób, z czego ok. 100 osób stanowili lekarze i ok. 220 pielęgniarki, pozostałych 330 zatrudnionych stanowił personel administracyjny i techniczny. Poniżej przedstawiono stosunek zatrudnionych na poszczególnych oddziałach lekarzy do liczby łóżek przypadających na dany oddział (rys. 4).

Liczba łóżek przypadająca na poszczególne oddziały



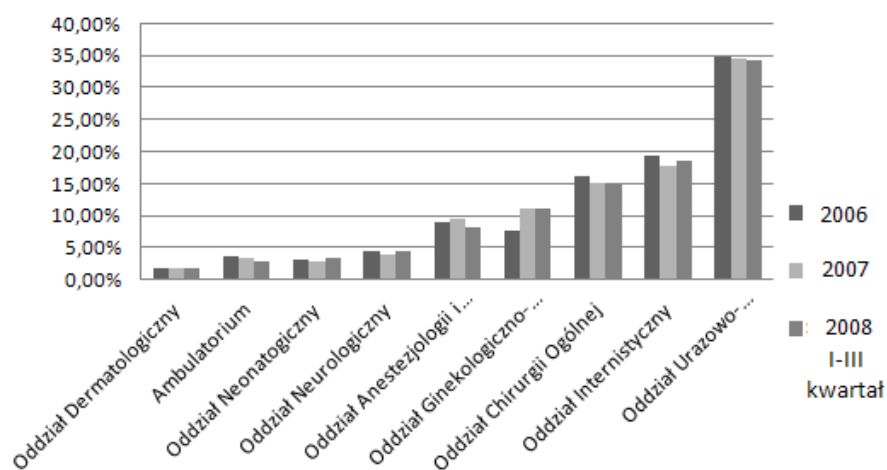
Rys. 3. Struktura oddziałów w Szpitalu A
Fig. 3. The structure of wards in Hospital A
Źródło: Opracowanie własne.



	I Oddział Chorób Wew.	II Oddział Chorób Wew.	Chirurgii Ogólnej	Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Neurologii	Dermatologii	Ginekologii i Położnictwa
■ Liczba lekarzy na oddziale	9	13	15	15	8	4	4	17
■ Liczba łóżek	51	52	69	64	7	30	25	42

Rys. 4. Stosunek łóżek przypadających na poszczególne oddziały do liczby zatrudnionych lekarzy
Fig. 4. Ratio of beds falling to individual wards to the number of employed doctors
Źródło: Opracowanie własne.

Na uwagę zasługuje z roku na rok poprawiająca się wartość kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (rys. 5), zapewniająca Szpitalowi realny przychód. Na podstawie analizy pierwszych trzech kwartałów 2008 roku widać, że wartość osiągniętego zysku z tytułu realizacji kontraktu z NFZ będzie znacznie wyższa niż w latach 2006 i 2007.

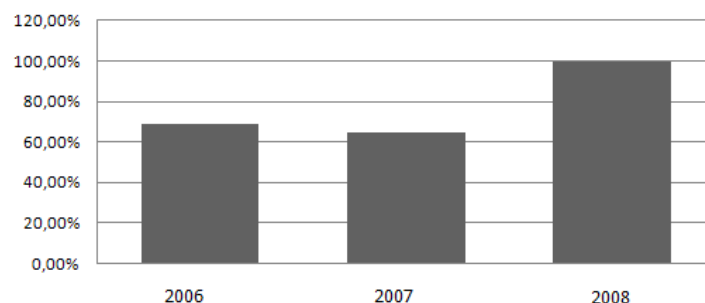


Rys. 5. Procentowa struktura przychodów Szpitala z tytułu kontraktu z NFZ

Fig. 5. Percentage structure of the income of the Hospital from the contract with the National Health Fund

Źródło: Opracowanie własne.

Zestawiając ze sobą przychód uzyskany z realizacji kontraktu z NFZ i nakład finansowy poniesiony na wynagrodzenia pracowników (rys. 6), widać niewspółmierność. Powiększający się corocznie przychód Szpitala powinien zagwarantować płynność środków finansowych na pokrycie działalności oraz prowadzić do powstania nadwyżki finansowej, która mogłaby być spożytkowana na zakup np. nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego. W 2006 roku płace stanowiły ponad 60% wartości zawartego kontraktu, by w 2008 roku osiągnąć poziom równy 90% przychodów uzyskanych z realizacji świadczeń w ramach umowy z NFZ. Wzrost kosztów osobowych oraz usług obcych był spowodowany przede wszystkim wzrostem kosztów dyżurów lekarskich i procedur medycznych świadczonych na rzecz Szpitala na podstawie zawieranych umów cywilnoprawnych.



Rys. 6. Procentowa wartość wynagrodzenia w stosunku do przychodu osiąganego z kontraktu z NFZ
Fig. 6. The percentage of salary in relation to income derived from the contract with the National Health Fund

Źródło: Opracowanie własne.

Przyczyny podjęcia programu restrukturyzacyjnego

Struktura jednostki, jaką jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, nie pozwala obecnie na zachowanie elastyczności w procesie dostosowywania się do zmian zachodzących w otoczeniu, powodując tym samym kumulację problemów finansowych i organizacyjnych. Pierwsze problemy finansowe Szpital zaczął odczuwać po roku od momentu rozpoczęcia działalności. Na skutek roszczeń płacowych zarząd został zmuszony do zaciągnięcia kredytu bankowego. Wprowadzone w 2008 roku zmiany ustawodawcze dotyczące czasu pracy lekarzy¹⁹ przyczyniły się do kolejnego wzrostu kosztów osobowych przeznaczonych na wynagrodzenia, na które Zakład Opieki Zdrowotnej nie posiadał pokrycia. Od tego okresu omawiany SPZOZ zaczął odnotowywać ujemną rentowność aktywów oraz kapitałów własnych. W placówce zaczęły ujawniać się problemy zaburzonej struktury kapitałowej. W praktyce sytuacja ta oznaczała, że zobowiązania krótkoterminowe nie znajdowały pokrycia w kapitale obrotowym, na skutek czego wskaźnik płynności bieżącej został drastycznie obniżony. Skutkiem braku umiejętności utrzymania płynności finansowej stał się również wzrost długości okresu regulowania zobowiązań.

Przeprowadzone przez Szpital prognozy finansowe dotyczące dalszego funkcjonowania jednostki, przy założeniu braku działań naprawczych i niezmiennym poziomie przychodów, wykazały, że trzeci rok prowadzenia działalności przez podmiot zakończy się ujemnym wynikiem finansowym i ponad 11% ujemną rentownością na działalności gospodarczej. Następnym przedłużaniem takiego stanu rzeczy miało być nawarstwiająca się zadłużenie

¹⁹ Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. nr 176, poz. 1240).

i związany z nim wzrost kosztów, a tym samym wstrzymanie dostaw, czego przewidywanym skutkiem będzie zaprzestanie ciągłości świadczenia usług medycznych.

Głównym źródłem finansowania działalności Szpitala był posiadany kontrakt na usługi medyczne z Narodowym Funduszem Zdrowia. Opierając się na jego analizie, zauważono, iż w przeważającej wielkości przychód Szpitala generowany jest przez oddziały zabiegowe. Pozytywnym aspektem w tej sytuacji była tendencja wzrostowa dotycząca zawierania z roku na rok wyższej wartości kontraktu z NFZ. Pozostałe przychody generowane przez Szpital w stosunku do przychodów pozyskiwanych z kontraktu z NFZ miały znaczenie marginalne. Należy zaznaczyć, że Szpital, podejmując decyzję o wprowadzeniu procesu zmian, nie wykazał konieczności poprawy jakości świadczonych usług medycznych. Główną przesłanką opowiadającą się za natychmiastowym rozpoczęciem działań naprawczych było zaobserwowanie kumulujących się problemów w sferach organizacyjnej i finansów.

3.2. Analiza makrootoczenia SPZOZ

Przez makrootoczenie rozumie się uwarunkowania, w jakich działa szpital, które wynikają bezpośrednio z funkcjonowania danego Zakładu Opieki Zdrowotnej w określonym miejscu (kraju i regionie), w określonym klimacie oraz w określonych układach systemowym, politycznym, gospodarczym itp.²⁰ Dla każdego Zakładu Opieki Zdrowotnej cechą charakterystyczną funkcjonowania w makrootoczeniu jest duże uzależnienie od transformacji w nim zachodzących oraz brak możliwości zmiany warunków w nim panujących, co rzutuje na możliwości prowadzenia działalności i rozwoju szpitala.²¹

Analiza interesariuszy (BCO)

Analizując wpływ otoczenia na funkcjonowanie szpitala należy wziąć pod uwagę grupy interesariuszy nastawionych w sposób pozytywny oraz negatywny do Zakładu Opieki Zdrowotnej. Interesariuszami nazywane są osoby lub przedsiębiorstwa angażujące się w sposób dynamiczny w działania przedsiębiorstwa lub których profity uwarunkowane są od pozytywnego lub negatywnego wyniku realizacji danego przedsięwzięcia.²² Interesariusze szpitala w znaczny sposób wpływają na realia jego funkcjonowania przez kształtowanie wizerunku rynkowego danego zakładu usług medycznych, dlatego tak istotne z punktu widzenia zarządzających staje się zdefiniowanie wpływu grup interesariuszy zarówno przy określaniu misji, jak i projektowaniu strategii.

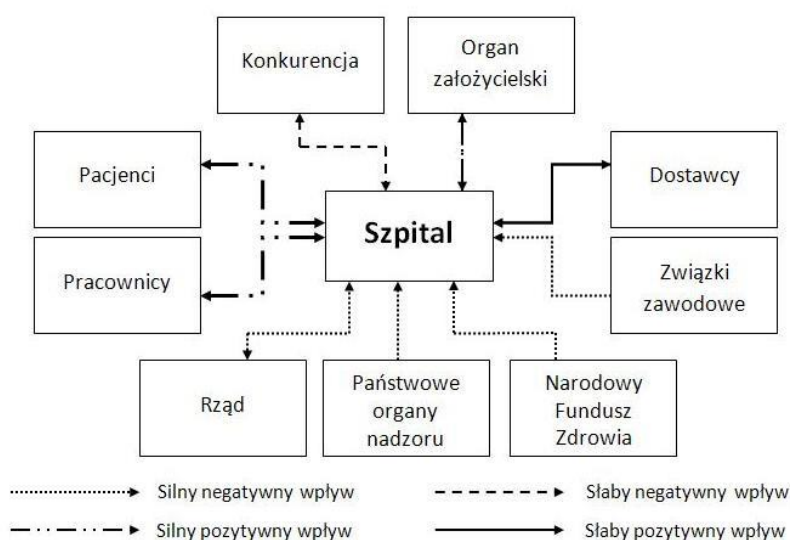
²⁰ Klich J., Kautsch M., CampBell P.: Zarządzanie w opiece zdrowotnej – Planowanie. Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków 1998, s. 29.

²¹ Marciniak R.: Analiza strategiczna w formułowaniu strategii szpitala – studium przypadku. „Organizacja i Zarządzanie”, nr 2, 2008, s. 55.

²² Project Management Instytut. Project Management Body of Knowledge. “Management Training & Development Center”, Warszawa 2009, p. 25.

Tworząc mapę interesariuszy BCO, należy w pierwszej kolejności zidentyfikować grupy wpływu, a następnie określić ich typ i siłę oddziaływania na szpital. Analiza interesariuszy przyjmuje postać mapy pozwalającej na przedstawienie w sposób hierarchiczny rangi ważności poszczególnych interesariuszy.²³

Wzajemne relacje pomiędzy omawianym SPZOZ a grupami wpływów obrazuje rysunek zamieszczony poniżej (rys. 7). Z mapy interesariuszy wynika, iż Szpital, formułując strategię swojego działania, powinien wziąć pod uwagę w głównej mierze interesy organu założycielskiego, pacjentów i pracowników, związków zawodowych, konkurencji, dostawców oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.



Rys. 7. Mapa interesariuszy Szpitala A
 Fig. 7. BCO's stakeholders map for Hospital A
 Źródło: Opracowanie własne.

Trudności dostarczyło określenie stopnia wpływu organu założycielskiego i państwowych organów nadzoru na omawiany Zakład Opieki Zdrowotnej. Organ założycielski (w tym przypadku miasto), przystępując do realizacji rządowych projektów restrukturyzacyjnych, ma na celu poprawę niekorzystnej sytuacji Szpitala, tym samym narzuca mu przyjęcie i realizację pewnego zdefiniowanego przez siebie pakietu zadań. Nie zawsze działania wyszczególnione przez organ założycielski pokrywają się z realnymi potrzebami Szpitala. W przypadku omawianego SPZOZ relacje z Miastem zostały określone jako silne i pozytywne ze względu na współpracę zarządu Szpitala z urzędnikami, dzięki czemu możliwe jest określenie zadań odpowiadających rzeczywistym potrzebom Szpitala.

²³ Oblój K.: Strategia organizacji. PWE, Warszawa 1998, s. 113.

Państwowe organy nadzoru określono jako silnie i negatywnie oddziałujące na Szpital. Na skutek sprawowania nadzoru nad prowadzoną przez Zakłady Opieki Zdrowotnej działalnością, państwowe organy nadzorcze wymuszają na Szpitalu realizację wielu działań inwestycyjnych, obarczając Szpital dużymi wydatkami finansowymi, przy i tak już nadszarpniętym budżecie.

Niebudzącym wątpliwości i głównym interesariuszem omawianego SPZOZ jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Szpital nie posiada możliwości oddziaływania na NFZ, natomiast NFZ oddziałuje na Zakład w sposób silny i negatywny. Często zawierane kontrakty pomiędzy Szpitalem a NFZ nie podlegają rzeczywistym negocjacjom, a ich wartość uzależniona jest od przyjętych przez NFZ kryteriów. Warunki kontraktu są bardzo rygorystyczne, niejednokrotnie wymuszające na poszczególnych oddziałach lub całej placówce poczynienie dodatkowych inwestycji, które często z punktu widzenia Szpitala są nieuzasadnione i nieujęte w planach finansowych.

Tworząc mapę interesariuszy, należy zdefiniować potencjalne interesy wobec Szpitala każdej z grup. Na podstawie wyszczególnionych grup wpływów z analizy interesariuszy zdefiniowano oczekiwania wobec omawianego Szpitala i przedstawiono je poniżej (tab. 1).

Tabela 1

Oczekiwania Interesariuszy wobec Szpitala A

Lp.	Interesariusze	Oczekiwania
1.	Konkurencja	<ul style="list-style-type: none"> – zmniejszenie wartości kontraktu z NFZ, – utrata dobrego wizerunku, – utrata płynności finansowej, – przejście pacjentów, – przejście kontraktu z NFZ, – objęcie leczeniem pacjentów kosztochłonnych (wykonywanie procedur kosztochłonnych),
2.	Organ założycielski	<ul style="list-style-type: none"> – sprawowanie nadzoru nad działalnością, – ochrona interesów mieszkańców miasta i pracowników, – zachowanie płynności finansowej, – realizowanie polityki zdrowotnej miasta w zakresie lecznictwa zamkniętego,
3.	Dostawcy	<ul style="list-style-type: none"> – terminowa realizacja płatności, – zwiększenie liczby i wartości zamówień, – poszerzenie asortymentu zamówień, – nawiązanie długoterminowej współpracy,
4.	Związki zawodowe	<ul style="list-style-type: none"> – ochrona praw pracownika, – utrzymanie miejsc pracy, – podwyżki wynagrodzeń, – lepsze warunki pracy,
5.	Narodowy Fundusz Zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> – zapewnienie obywatelom opieki zdrowotnej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, – zapewnienie świadczeń zdrowotnych o jak najwyższych standardach za jak najniższą cenę, – nieprzekraczanie wartości kontraktu,
6.	Państwowe organy nadzoru	<ul style="list-style-type: none"> – sprawowanie nadzoru nad działalnością, – dostosowanie działalności do wymogów prawnych i ustawowych,

cd. tab. 1

7.	Rząd	– zapewnienie obywatelom dostępu do świadczeń zdrowotnych zgodnie z konstytucją,
8.	Pracownicy	– adekwatne do nakładu pracy i ponoszonej odpowiedzialności wynagrodzeń, – dobrej jakości warunki pracy, – przyjazne miejsce pracy, – system motywacyjny, – dobra atmosfera w pracy, – aparatura, sprzęt i inne środki w wystarczającej ilości i odpowiedniej jakości do rzetelnego wykonywania pracy, – sprawne zarządzanie placówką,
9.	Pacjenci	– wysoka jakość opieki zdrowotnej, – wysoka jakość obsługi, – dobrej jakości usługa hotelowa, – pełna dostępność świadczeń, – kompleksowość usług, – indywidualne traktowanie,

Źródło: Opracowanie własne.

3.3. Analiza mikrootoczenia

W zarządzaniu strategicznym podstawową i główną analizą obrazującą stopień konkurencyjności w sektorze jest metoda M.E. 5 sił Portera. Daje ona możliwość przyjęcia przez podmiot jednej z trzech strategii, do których zalicza się strategię zróżnicowania, przywództwa kosztowego oraz koncentracji²⁴. Zważywszy na to, iż metoda 5 sił M.E. Portera jest najbardziej popularną i najczęściej stosowaną metodą, w artykule postanowiono zaprezentować metodę punktowej oceny atrakcyjności sektora. Metoda ta w odniesieniu do 5 sił M.E. Portera daje możliwość porównania atrakcyjności kilku sektorów oraz większy niż w metodzie Portera stopień precyzji, ale mniejszy stopień szczegółowości.

Głównym założeniem metody punktowej oceny atrakcyjności sektora jest możliwość zbudowania listy kryteriów, które będą w stanie zdywersyfikować sektor i zróżnicować stopień atrakcyjności. Posiadając opracowaną listę kryteriów, można przeprowadzić porównanie dowolnej liczby sektorów, która wymaga zastosowania oceny punktowej. Ze względu na niejednakowość przydzielanych ocen w stosunku do oceny sektora wprowadzono oceny ważone.²⁵

Przez wykorzystanie wcześniej zdefiniowanych kryteriów i czynników z metody 5 sił M.E. Portera (niezamieszczona w artykule), dokonano punktowej oceny atrakcyjności sektora, w którym działa Szpital A. Lista zaproponowanych kryteriów oceny sektora i przypisane im wagi zostały zaczerpnięte z metody 5 sił M.E. Portera. Posługując się skalą od 1 do 5, oceniono stopień wpływu danego kryterium w analizowanym sektorze usług medycznych

²⁴ Porter M.: Strategia. Konkurencja. Metody analizy sektorów i konkurentów. PEW, Warszawa 1998, s. 53-55.

²⁵ Gierszewska G., Romanowska M.: op.cit., s. 122-123.

(tab. 2). W tym miejscu należy zaznaczyć, że zgodnie z powyższą treścią zastosowana metoda jest zdecydowanie bardziej przydatna w przypadku oceny kilku sektorów równocześnie, a zawężenie jej do sektora lecznictwa zamkniętego daje mniejsze możliwości poznawcze, jednakże z punktu widzenia niniejszego opracowania taka ocena powinna dostarczyć wystarczających informacji.

Tabela 2

Punktowa ocena atrakcyjności sektora, w którym funkcjonuje Szpital A

Lp.	Kryterium	Waga	Wartość kryterium	Ocena ważona
1.	Wielkość rynku i jego wzrost	3	4	12
2.	Prognozowana stopa wzrostu sektora	3	5	14
3.	Opłacalność sektora	3	1	3
4.	Ostrość walki konkurencyjnej	3	3	9
5.	Wysokość barier wejścia	3	5	15
6.	Groźba pojawienia się nowych konkurentów	3	3	9
7.	Stopień koncentracji sektora	2	4	8
8.	Groźba pojawienia się substytutów	2	4	8
9.	Stabilność technologiczna	2	3	6
10.	Wysokość barier wyjścia	1	5	5
11.	Pewność zaopatrzenia	1	5	5
12.	Możliwość dywersyfikacji produktów	1	3	3
13.	Możliwość dywersyfikacji działalności	1	4	4
14.	Sezonowość i powtarzalność	1	4	4
15.	Zagrożenia środowiska przyrodniczego	1	4	4
Łączna ocena		30		109

Źródło: Opracowanie własne.

W przeprowadzonej analizie maksymalna liczba możliwych do uzyskania punktów wynosiła 150, poddany analizie sektor uzyskał około 73% wszystkich punktów. Uzyskany wynik świadczy o wysokiej atrakcyjności sektora, mimo przyznanych paru słabych ocen, wśród których na szczególną uwagę zasługuje niska rentowność sektora, pozostałe kryteria zostały ocenione stosunkowo wysoko. Na uzyskane wyniki należy patrzeć przez pryzmat subiektywizmu. Każdy sektor inaczej będzie oceniany z punktu widzenia potencjalnych inwestorów chcących wejść na rynek i inaczej z punktu widzenia przedsiębiorstwa na nim już działającego. Przeprowadzona analiza, podobnie jak poprzednia prezentowana w artykule, jest przeprowadzana przez pryzmat działania omawianego Szpitala.

3.4. Ocena pozycji strategicznej przedsiębiorstwa

Końcowy etap analizy stanowi ocena pozycji strategicznej za pomocą portfelowych metod oceny pozycji strategicznej przedsiębiorstwa. Do ustalenia pozycji strategicznej danej organizacji stosuje się zamieszczone w artykule przykładowe metody analizy makro- i mikrootoczenia oraz wiele innych. Określenie pozycji strategicznej polega na zestawieniu ze

sobą, za pomocą metod portfelowych, rezultatów analiz otoczenia przedsiębiorstwa.²⁶ Metody portfelowe stanowią grupę narzędzi pozwalających na przeprowadzenie oceny możliwości funkcjonowania szpitala oraz zobrazowanie jego obecnej oraz przyszłej pozycji na rynku. Prezentują one w formie macierzy prognozowane rezultaty obustronnego oddziaływania na siebie czynników, na które szpital może wpływać, i tych, których nie jest w stanie kontrolować. Metody portfelowe dają sposobność do przeprowadzenia oceny sytuacji konkurencyjnej różnych aspektów działalności szpitala.²⁷

Klasyczne ujęcie macierzy McKinseya opiera się na umiejscowieniu każdego produktu lub też każdego rodzaju działalności między osiami dwóch zmiennych (pozycji konkurencyjnej i atrakcyjności sektora). Ze względu na to, że koncepcja zarządzania szpitalem ukierunkowana jest na świadczenie usług kompleksowo, w tej analizie potraktowano szpital jako całość, próbując wyznaczyć najbardziej odpowiednią strategię kierunkową dla organizacji.

W wyniku przeprowadzonej analizy portfelowej według modelu McKinseya, Szpital A został sklasyfikowany w niejednoznacznej pozycji. Z macierzy wynika, że zarówno atrakcyjność rynku, jak i konkurencyjności usług są na poziomie wysokim (rys. 8). Oznacza to, że rynek usług jest wysoko atrakcyjny oraz usługi świadczone przez Szpital A są bardzo konkurencyjne w swojej branży.

Ocena		Pozycja konkurencyjna		
		Dobra	Średnia	Zła
Atrakcyjność ryнку	Wysoka	ZWYCIĘZCA	ZWYCIĘZCA	ZNAK ZAPYTANIA
	Średnia	ZWYCIĘZCA	PRZECIĘTNOŚĆ	PRZEGRANY
	Niska	GENERATOR NADWYŻKI	PRZEGRANY	PRZEGRANY

Rys. 8. Pozycja Szpitala A w macierzy McKinseya

Fig. 8. Hospital A position in the McKinsey matrix

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie analizy uzyskanych wyników, Szpital A powinien skoncentrować swoje działania na działaniach bazujących na przewadze konkurencyjnej, przy równoczesnym wzmacnianiu rentowności poprzez wzrost wydajności. Wysoka atrakcyjność sektora może świadczyć o tendencji rozrostowej i dynamicznych zmianach w najbliższym horyzoncie czasowym. Ukierunkowanie tego sektora na przekształcenia własnościowe Publicznych

²⁶ Gierszewska G., Romanowska M.: op.cit., s. 218-219.

²⁷ Marciniak R.: op.cit., s. 63.

Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz wejście prywatnych inwestorów na rynek, w dłuższej perspektywie czasu powinny polepszyć samą rentowność branży.

W tym miejscu należy również podkreślić, że strategia Szpitala nie może opierać się na eliminowaniu obszarów przynoszących straty, ze względu na chociażby charakter świadczonych usług. Właściwą strategią będzie zatem kreowanie indywidualnych kierunków rozwoju dla każdego typu świadczeń, które w przyszłości pozwoli na zwiększenie wydajności Szpitala.

4. Podsumowanie

Często organ założycielski danego Zakładu Opieki Zdrowotnej, chcąc polepszyć swoją obecną sytuację, a tym samym poprawić rentowność posiadanych przez siebie aktywów, decyduje się na przeprowadzenie programu restrukturyzacyjnego. Dedykowany program naprawczy zwykle polega na przekształceniach organizacyjno-prawnych, ale również na zmianach mających na celu dostosowanie placówki do aktualnych przepisów prawnych. Planowanie działań zmierzających do polepszenia stanu obecnego wymaga przeprowadzenia gruntownej analizy zarówno samego Zakładu Opieki Zdrowotnej, jak i jego otoczenia.

Niestabilność w obszarze publicznej służby zdrowia, a tym samym funkcjonowanie w turbulentnym otoczeniu, stała się nieodzownym elementem wszystkich Zakładów Opieki Zdrowotnej. Na skutek niestabilności otoczenia współczesnych szpitali wzrasta znaczenie analizy strategicznej, zwłaszcza w kontekście planowanych zmian. Organ założycielski niejednokrotnie podejmuje działania zmierzające do opracowania planu strategicznego oraz zadań restrukturyzacyjnych. Równie często zdarza się, że gotowe opracowania powstają bez kooperacji z zarządem szpitala. W tym przypadku należy pamiętać, że chcąc przeprowadzić dogłębną i najbardziej obiektywną analizę strategiczną lub też sam program restrukturyzacyjny, organ założycielski musi podjąć współpracę z zarządem szpitala oraz wziąć pod uwagę wpływ interesariuszy na planowane działania.

Chcąc mieć szansę utrzymania się na rynku świadczeń medycznych, szpitale muszą mieć możliwość szybkiej adaptacji do zmian zachodzących w ich otoczeniu, co wymaga bardzo dobrej znajomości zakładu oraz samego rynku usług medycznych, dzięki czemu możliwe jest dostrzeżenie pojawiających się na nim szans i zagrożeń. Dokładne i rzetelne przeprowadzenie analizy strategicznej szpitala pozwala na:

- 1) dogłębne poznanie organizacji i określenie jej słabych i mocnych stron,
- 2) rozpoznanie szans i zagrożeń pojawiających się w otoczeniu,
- 3) określenie obecnej pozycji na rynku usług medycznych,

- 4) zidentyfikowanie zadań niezbędnych do polepszenia stanu obecnego lub uzyskania przewagi konkurencyjnej,
- 5) zaprojektowanie strategii na okres przeprowadzania działań restrukturyzacyjnych,
- 6) umiejętne dostosowywanie się do zmian zachodzących w otoczeniu.

Bibliografia

1. Dobska M., Rogoziński K. (red.): Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. PWN, Warszawa 2008.
2. Drązek Z., Niemczynowicz B.: Zarządzanie strategiczne przedsiębiorstwem. PWE, Warszawa 2003.
3. Dźwigoł H.: Podejście systemowe w procesie restrukturyzacji przedsiębiorstwa. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2010.
4. Frączkiewicz-Wronka A.: Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia. Walters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009.
5. Gierszewska G., Romanowska M.: Analiza strategiczna przedsiębiorstwa. PWE, Warszawa 2003.
6. Głowacka M.D., Galicki J., Mojs E.: Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Walters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009.
7. Griffin R.W.: Podstawy zarządzania organizacjami. PWN, Warszawa 2005.
8. Klich J., Kautsch M., CampBell P.: Zarządzanie w opiece zdrowotnej – Planowanie. Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków 1998.
9. Marciniak R.: Analiza strategiczna w formułowaniu strategii szpitala – studium przypadku. „Organizacja i Zarządzanie”, nr 2, 2008.
10. Obłój K.: Strategia organizacji. PWE, Warszawa 1998.
11. Penc J.: Strategia zarządzania. Placet, Warszawa 1999.
12. Porter M.: Strategia. Konkurencja. Metody analizy sektorów i konkurentów. PWE, Warszawa 1998.
13. Project Management Instytut. Project Management Body of Knowledge. Management Training & Development Center, Warszawa 2009.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 roku w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. nr 164, poz. 1193).
15. Stępniewski J., Karniej P., Kęsy M. (red.): Innowacje organizacyjne w szpitalach. Walters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2011.

16. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. nr 45, poz. 391).
17. Ustawa z dnia 24 listopada 1995 roku o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych (Dz.U. nr 141, poz. 692).
18. Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy – prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. nr 176, poz. 1240).
19. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. nr 28, poz. 153, z późn. zm.).
20. Wielicka K.: Strategia restrukturyzacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Materiały Krakowskiej Konferencji Młodych Uczonych, Grupa Naukowa Pro Futuro, Kraków 2011.

Abstract

Very often the founding body of a particular health care institution, while wanting to improve the current situation and thus improve profitability of possessed assets, decides to conduct a restructuring scheme. A dedicated repair scheme usually consists in organization & legal changes but also in transformations which aim is to adjust an institution to current legal regulations. Planning activities aiming at improvement of the current state requires conducting a thorough analysis of a health care institution itself as well as its surroundings.

Instability in the area of public health service and thus functioning in turbulent surroundings have become an element of all health care institutions. As a result of instability of the surroundings of present hospitals, significance of strategic analysis increases – especially in the context of planned changes. More than once the founding body undertakes actions leading to preparation of strategic plan and restructuring tasks. As often it happens that prepared analyses are formed without cooperation with a hospital management. In this case one should bear in mind that while planning to carry out a thorough and as objective strategic analysis as possible or a restructuring scheme itself, the founding body must start cooperation with a hospital management as well as take into account the influence of stakeholders on planned actions.

To have a chance of remaining on the market of medical services, hospitals must have a possibility of quick adaptation to changes occurring in their surroundings. A very good knowledge of an institute is required here as well as of the market of medical services itself, so that it is possible to notice occurring chances and threats there. An accurate and reliable carrying out of strategic analysis of hospital allows for:

-
- 1) thorough learning about organization and determining its weak and strong points,
 - 2) recognizing chances and threats occurring in the surroundings,
 - 3) determining current position on the market of medical services,
 - 4) identifying tasks necessary for improvement of the current state or obtaining competitive advantage,
 - 5) designing a strategy for the period of conducting restructuring activities,
 - 6) skillful adaptation to changes occurring in the surroundings.