



NOWE WYZWANIA ZARZĄDZANIA STRATEGICZNEGO W PODMIOTACH LECZNICZYCH – SZPITALACH

Jolanta Chluska

Politechnika Częstochowska
Wydział Zarządzania

Streszczenie: Podmioty lecznicze, przede wszystkim szpitale, realizują świadczenia zdrowotne w warunkach ograniczonych zasobów systemu. Kierownictwo podmiotów leczniczych musi zarządzać zakładami z uwzględnieniem zasady racjonalnego gospodarowania. Aby realizować te zadania, niezbędne jest formułowanie misji, strategii oraz celów działalności szpitala w krótkim i długim okresie. Częste zmiany, zarówno w podmiotach leczniczych, jak i ich otoczeniu, nie sprzyjają formułowaniu strategii i ukierunkowują zarządzanie podmiotem leczniczym przede wszystkim na decyzje krótkookresowe. Stawia to ważne wyzwania przed kadrą zarządzającą podmiotami leczniczymi w zakresie zarządzania strategicznego. Artykuł charakteryzuje istotę i możliwości zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych z uwzględnieniem specyficznych warunków ich funkcjonowania.

Słowa kluczowe: mapy potrzeb zdrowotnych, podmioty lecznicze, zarządzanie strategiczne

DOI: 10.17512/znpcz.2016.3.2.07

Wprowadzenie

Podmioty lecznicze funkcjonujące w systemie opieki zdrowotnej są podmiotami, dla których organem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego. Jako podstawowy element tego systemu samodzielność uzyskały one na początku 2000 roku. Zakres samodzielności operacyjnej i samofinansowania w dużej mierze powiązany jest z decyzjami na różnych szczeblach zarządzania w systemie opieki zdrowotnej. Ze względu na ograniczone zasoby systemu opieki zdrowotnej wykorzystanie ich musi być optymalizowane. Jednym z czynników tej optymalizacji powinno być jak najpełniejsze spełnienie oczekiwań pacjentów – odbiorców świadczeń zdrowotnych.

Artykuł skupia się na problemie zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych wpisującego się w nowe wyzwania wynikające z podejmowanych decyzji o charakterze systemowym.

Celem artykułu jest wskazanie relacji pomiędzy podejmowanymi decyzjami zarządczymi na różnych szczeblach systemu opieki zdrowotnej z punktu widzenia świadczeniodawcy, jakim jest podmiot leczniczy. Na podstawie analizy dotychczasowego zakresu planowania działalności w podmiotach leczniczych można postawić tezę, że „podstawowym czynnikiem zarządzania strategicznego w podmiotach

lecniczych są strategiczne decyzje podejmowane na poziomie systemu opieki zdrowotnej”.

Jako narzędzia badawcze wykorzystano analizę aktów prawnych i literatury przedmiotu oraz przykład praktyczny odniesienia do mapy potrzeb zdrowotnych.

Podmiot leczniczy jako świadczeniodawca

Zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych określa Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Najliczniejszą grupę podmiotów działalności leczniczej stanowią samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), przede wszystkim szpitale. Również działalność w zakresie świadczenia usług zdrowotnych jest najistotniejszym, z punktu widzenia społecznego, obszarem ich działalności, stąd dalsze rozważania niniejszego opracowania odnosić się będą do tej formy organizacyjno-prawnej podmiotów leczniczych.

Tabela1. Charakterystyka podstawowych świadczeń zdrowotnych podmiotów leczniczych

Rodzaj świadczenia	Zakres świadczenia	Podmiot świadczący
Szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji		Szpital
Inne niż szpitalne stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	1) pielęgnacja i rehabilitacja pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;	- zakład opiekuńczo-leczniczy
	2) pielęgnacja, opieka i rehabilitacja pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;	- zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
	3) działania usprawniające, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia;	- zakład rehabilitacji leczniczej
	4) sprawowanie wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieka nad rodzinami tych pacjentów.	- hospicjum

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	1) świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu; 2) badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.	- ambulatorium - zakład badań diagnostycznych - medyczne laboratorium diagnostyczne - pojazd lub inny obiekt przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych
-------------------------------------	--	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., art. 8-12)

Podmioty lecznicze w zakresie swojej działalności realizują:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne,
- promocję zdrowia,
- zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Charakterystykę świadczeń zdrowotnych prezentuje *Tabela 1*.

Wspólną cechą zaprezentowanych powyżej świadczeń zdrowotnych jest to, że działania te służą zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu bądź poprawie zdrowia lub są to inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia.

Statut, nadany przez podmiot tworzący, może przewidywać prowadzenie określonej, wyodrębnionej organizacyjnie działalności innej niż działalność lecznicza.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, w tym szpitale, mogą uzyskiwać środki finansowe:

- z odpłatnej działalności leczniczej;
- z wydzielonej działalności innej niż udzielanie świadczeń zdrowotnych, jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności;
- z odsetek od lokat;
- z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego;
- na pokrycie ujemnego wyniku finansowego od organu tworzącego;
- na zadania zlecone, w tym programy zdrowotne.

Podstawowym źródłem finansowania realizowanych świadczeń zdrowotnych są zawierane umowy z płatnikiem – Narodowym Funduszem Zdrowia. Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych reguluje Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zarządzanie w podmiotach leczniczych

Za zarządzanie podmiotem leczniczym odpowiada kierownik jednostki. W przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (m.in. SPZOZ – szpitali) stosunek pracy z kierownikiem podmiotu leczniczego, na podstawie powołania lub umowy o pracę, nawiązuje podmiot tworzący. Kierownika podmiotu leczniczego wspomaga rada społeczna, która jest organem doradczym, inicjującym i opiniodawczym. Jak w każdym podmiocie gospodarującym, proces zarządzania SPZOZ obejmuje planowanie, organizowanie, koordynowanie, motywowanie i kontrolę. Kluczowe decyzje podejmowane w procesach zarządzania podmiotem leczniczym prezentuje *Tabela 2*.

Tabela 2. Podejmowanie decyzji w procesach zarządzania SPZOZ

Składniki procesu zarządzania	Decyzje ekonomiczno-finansowe
Planowanie	<ul style="list-style-type: none"> – wyznaczanie zadań planowych przez poszczególne komórki organizacyjne podmiotu, – zastosowanie procesu budżetowania, – planowanie operacyjne i finansowe, – zastosowanie nowoczesnych rachunków kosztów, – doskonalenie procesów planowania w krótkim i długim okresie.
Organizowanie	<ul style="list-style-type: none"> – sterowanie przepływami środków materialnych i finansowych realizacji świadczeń zdrowotnych, – modyfikacja struktury organizacyjnej podmiotu pod kątem maksymalizacji sprawności organizacji, – doskonalenie współpracy z otoczeniem jednostki, – sterowanie funkcjami poszczególnych elementów struktury organizacyjnej dla zapewnienia realizacji celu podmiotu, jako całości.
Koordynowanie	<ul style="list-style-type: none"> – organizacja pracy ośrodków odpowiedzialności w obszarze struktury zasobów, – kształtowanie związków funkcjonalnych między ośrodkami odpowiedzialności i wewnątrz ośrodków, – eliminacja „wąskich gardeł” działalności poszczególnych ośrodków.
Motywowanie	<ul style="list-style-type: none"> – kształtowanie potrzeb pracowników i pacjentów, – planowanie zatrudnienia, – alokacja zasobów ludzkich w podmiocie, – budowa systemu motywacyjnego, – ocena efektywności funkcjonowania ośrodków odpowiedzialności w oparciu o wartości budżetowane.
Kontrola	<ul style="list-style-type: none"> – kontrola przygotowania podmiotu do realizacji powierzonych zadań, – kontrola prawidłowości funkcjonowania ośrodków w toku realizacji świadczeń zdrowotnych, – kontrola wykorzystania zasobów, – kontrola skutków funkcjonowania podmiotu lub jego komórek organizacyjnych dla realizacji celów organizacji i jej otoczenia, – kontrola finansowania przedsięwzięć.

Źródło: Opracowanie własne

Do istotnych uwarunkowań mających wpływ na funkcjonowanie i zarządzanie działalnością podmiotów leczniczych należą:

- zmniejszenie liczby podmiotów leczniczych na skutek połączeń lub likwidacji zakładów,
- przejmowanie zakresu świadczeń zdrowotnych likwidowanych zakładów, a co za tym idzie – konieczność obsługi większej liczby pacjentów,
- zwiększenie kosztów gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, zmiany przepisów prawnych wpływających na warunki realizacji świadczeń zdrowotnych.

Planowanie strategiczne w szpitalach

Nowe warunki zewnętrzne i wewnętrzne funkcjonowania podmiotów leczniczych w warunkach samodzielności spowodowały wzrost złożoności procesów zarządzania i rozszerzenie się ich funkcji o wytyczanie nowych kierunków rozwoju i ich stymulowanie. Istotą zarządzania strategicznego jest taki wybór celów i zadań oraz ukształtowanie zasobów i procesów wewnętrznych, aby podmiot leczniczy mógł skutecznie reagować na trudne, nieprzewidziane zjawiska zewnętrzne (np. epidemie, zmiana uwarunkowań systemu opieki zdrowotnej). Strategia podmiotu wyznacza zasady sterowania zakładem w kierunku osiągania założonych celów jednostki. Strategia jest różnie definiowana w literaturze. J. Stępniewski postrzega strategię jako „zestaw konkretnych decyzji, koncepcję rozwiązania konkretnych problemów i wyboru pewnych działań mających zapewnić osiągnięcie zamierzonych celów [...], sztukę prowadzenia wielkich operacji, tj. przygotowania organizacji i użycia będących w jej posiadaniu środków tak, aby w istniejących warunkach osiągnąć zamierzony cel” (Stępniewski (red.) 2008, s. 25). K. Obłój podkreśla, że „Strategia jest sztuką, podejmowania wyborów w warunkach ograniczeń, presji i szans” (Obłój 1998, s. 231). Ze względu na specyfikę funkcjonowania podmiotów leczniczych w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych oraz podejmowania decyzji w procesach zarządzania tymi podmiotami największe znaczenie będą miały strategie funkcjonalne. J. Niemczyk wyróżnia w grupie strategii funkcjonalnych:

- a) strategię działalności podstawowej,
- b) strategię finansowe,
- c) strategię personalne,
- d) strategię logistyczne,
- e) strategię marketingowe,
- f) inne strategie funkcjonalne (Krupski, Niemczyk, Stańczyk-Hugiet 2009, s. 101).

Strategia działalności podstawowej obejmuje działania (zachowania) wynikające z długoterminowego planu działalności. Obejmuje ona także działania (wzorce działań) pozwalające zająć uprzywilejowaną pozycję względem otoczenia, ukierunkowane na współtworzenie wartości dodanej dla pacjenta, jak i samego podmiotu.

Strategia finansowa podmiotu leczniczego, w aspekcie jej wymiaru funkcjonalnego, obejmuje plany wielkości finansowych realizujących ustalone w strategii

ogólnej kryterium optymalizacji wykorzystania zasobów podmiotu. Będzie miała wpływ na zajęcie uprzywilejowanej pozycji w otoczeniu, warunki negocjacji, zakres ryzyka działalności oraz reakcji na to ryzyko.

Według M. Gierszewskiej „zarządzanie zasobami ludzkimi, jako strategia funkcjonalna, musi być zgodne ze strategią przedsiębiorstwa i obejmować relacje pomiędzy strategią a strukturą, czyli wyznaczaniem miejsca konkretnych ludzi na konkretnych stanowiskach w organizacji, kulturą organizacyjną, pozyskaniem i rozwojem pracowników” (Gierszewska 2001, s. 20). Zasoby ludzkie stanowią bardzo istotny potencjał podmiotu leczniczego. Jest najważniejszym atutem konkurencyjności podmiotu leczniczego i jego pozycji w otoczeniu. Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych ukierunkowane jest na kompetencje pracowników oraz zarządzanie kompetencjami.

Strategie logistyczne koncentrują się na sprawnym przepływie zasobów materialnych oraz informacji w podmiotach leczniczych. Wiąże się to z optymalizacją fizycznego przepływu zasobów materialnych (środków trwałych, materiałów) i ich alokacji, infrastruktury i kosztów procesów logistycznych, usprawnieniem systemów informacyjnych.

Strategie marketingowe mają mniejsze znaczenie w podmiotach leczniczych niż w innych jednostkach, ze względu na ustawowy zakaz reklamy swojej działalności. Podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć jednak cech reklamy (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r., art. 14 ust. 1). Odnosząc postrzeganie strategii marketingowych do zadań podmiotu leczniczego, można określić ją jako systematyczną analizę potrzeb pacjentów, projektowanie i realizację określonego zakresu świadczeń zdrowotnych tak, aby spełnić oczekiwania odbiorców tych świadczeń w sposób bardziej efektywny niż inni świadczeniodawcy.

Skala i zakres działalności prowadzonej przez podmioty lecznicze może wyznaczać inne obszary strategii funkcjonalnych ukierunkowanych przykładowo na badania i rozwój czy nowe technologie medyczne.

Determinanty planowania strategicznego w szpitalach

Zarządzanie podmiotami gospodarczymi sprowadza się przede wszystkim do zwiększenia wydajności prowadzonej działalności lub zwiększenia oszczędności, co w efekcie prowadzi do powiększenia zasobów. Przejawia się to w następujących celach szczegółowych:

- zwiększeniu przychodów,
- zmniejszeniu kosztów,
- optymalizacji relacji przychodów i kosztów.

W podmiotach leczniczych, jakimi są szpitale, założyć należy ograniczony wpływ kadry zarządzającej na wysokość przychodów. Procesy zarządzania większy nacisk będą kłaść na optymalizację kosztów i ich relacji do przychodów wynikających z zawartych kontraktów.

Strategia działania w obszarze kosztów szpitala może przybierać postać:

- minimalizacji kosztów,
- zróżnicowania oferty realizowanych usług zdrowotnych,
- koncentracji na wybranych usługach.

Strategie szpitali ukierunkowane na minimalizację kosztów wychodzą z założenia, że przy cenach narzucanych przez organy finansujące lub sterowanych przez rynek, niewielkich możliwościach zróżnicowania usług zdrowotnych, najlepszą pozycję konkurencyjną będą miały te zakłady, które przy niezmiennych poziomach jakości świadczenia usług zrealizują je, ponosząc najniższe koszty, a tym samym osiągną najwyższą marżę. Takie relacje zapewniają uzyskanie środków na dalszy rozwój.

Rodzaj oferowanych usług zdrowotnych ogranicza możliwość realizacji strategii dyferencjacji. Nieliczne, wybrane szpitale będą mogły ukierunkować się na wyspecjalizowane usługi medyczne. Wtedy unikalność oferty i wysoka specjalizacja połączona z wysokim poziomem jakości jej realizacji pozwoli na indywidualne ustalanie cen i optymalizację kosztów (brak wtedy porównywalności do usług innych jednostek). Polityka finansowa w sferze operacyjnej szpitali będzie się więc koncentrowała w praktyce na zagwarantowaniu niezbędnego poziomu przychodów zapewniających przekroczenie progu rentowności oraz na analizie ponoszonych kosztów.

Przetrwanie i rozwój to dwie zasadnicze orientacje szpitali w warunkach konkurencji. Jeśli chodzi o konkretne warunki funkcjonowania, to przykładowo: w nieprzychylnych warunkach większy nacisk kładzie się na przetrwanie, natomiast w warunkach bardziej dogodnych zainteresowanie zakładu skierowane jest w stronę rozwoju¹.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na wewnętrzne i zewnętrzne czynniki wpływające na postać strategii. Do czynników zewnętrznych zaliczane są czynniki polityczne, socjalne, regulatory, warunki gospodarcze, szanse i zagrożenia jednostki. Do czynników wewnętrznych zaliczane są takie składniki jak: pozycja marketingowa, organizacja, aspiracje personelu, filozofia działania, etyka i kultura jednostki (Tubek 2005, s. 42).

Mapa potrzeb zdrowotnych a nowe wyzwania zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych

Racjonalizację gospodarowania zasobami systemu opieki zdrowotnej warunkują:

- ograniczony charakter zasobów,
- publiczny charakter wydatków na finansowanie świadczeń zdrowotnych,
- potrzeba optymalizacji wykorzystania zasobów w kontekście rosnących potrzeb opieki zdrowotnej starzejącego się społeczeństwa oraz uwarunkowań zdrowotnych populacji.

¹ Rachunkowość zarządcza i jej nowoczesne narzędzia (przykładowo zrównoważona karta dokonań, rachunek kosztów zmiennych budżetowanie) wskazywane są jako narzędzia zarządzania w podmiotach leczniczych (Świdarska, Pielaszek 2015, rozdz. 4-9).

Narzędziem skutecznego planowania zabezpieczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych są mapy potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb zdrowotnych systemu opieki zdrowotnej ustalana jest na poziomach regionów (województw) i centralnie koordynowana (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r., art. 95a). Regionalna oraz ogólnopolska mapa potrzeb zdrowotnych składa się z następujących części:

- analizy demograficznej i epidemiologicznej,
- analizy stanu i wykorzystania zasobów,
- prognoz potrzeb zdrowotnych.

Mapy potrzeb zdrowotnych są jawne i można się z nimi zapoznać na stronach Ministerstwa Zdrowia. Jako przykład informacji wspierającej podejmowanie decyzji strategicznych w regionach może służyć fragment opracowania *Mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa śląskiego w zakresie onkologii*.

Przykład

Prognoza świadczeń. Zakres chemioterapii

1. W scenariuszu maksymalnym, w badanym horyzoncie czasowym szacuje się nieznaczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie chemioterapii (hospitalizacja, jednodniowa, ambulatoryjna) z 180,5 tys. osobodni w roku 2016 do 184,8 tys. osobodni w roku 2029 (+2,4%).
2. W scenariuszu minimalnym, w badanym horyzoncie czasowym szacuje się nieznaczny wzrost zapotrzebowania na świadczenia w zakresie chemioterapii (hospitalizacja, jednodniowa, ambulatoryjna) z 72,1 tys. osobodni w roku 2016 do 75,3 tys. osobodni w roku 2029 (+4,4%).
3. Na podstawie prognozy osobodni chemioterapii wyliczono optymalną liczbę placówek realizujących świadczenia chemioterapii w województwie przy założeniu ogólnopolskiej średniej osobodni z roku 2012 jako minimalnych dla opłacalności. W wariancie maksymalnym, do roku 2029 pojawi się miejsce na rynku zdrowia na 11 nowych ośrodków realizujących świadczenia chemioterapii.

Prawdopodobnie część wzrostu zapotrzebowania zostanie pokryta przez rozbudowę i optymalizację struktury realizowanych świadczeń w dotychczas istniejących ośrodkach. W wariancie minimalnym do roku 2029 nie pojawi się zapotrzebowanie na nowe ośrodki (*Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa śląskiego. Podsumowanie*, s. 11).

Jak pokazuje przegląd opracowanych map potrzeb zdrowotnych, powołane do tego rady do spraw opracowania potrzeb zdrowotnych wskazują kierunki zmian systemowych w poszczególnych obszarach świadczeń zdrowotnych. Jest to ważny czynnik planowania strategicznego zarówno w regionach, jak i podmiotach leczniczych.

W zakres map zdrowotnych wchodzi analiza danych za rok poprzedzający o dwa lata pierwszy rok obowiązywania mapy, natomiast prognozy ustalane na bazie tych danych sporządzane są na okres obowiązywania mapy oraz na 10 i 15 lat (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r., § 2). Pozwala to na ustalenie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Sterowanie zasobami systemu

opieki zdrowotnej realizowane będzie przez wojewodę, za pomocą następujących parametrów:

- opiniowanie celowości tworzenia na obszarze województwa nowych podmiotów działalności leczniczej lub rozbudowy już istniejących,
 - opiniowanie celowości znaczącego zwiększania potencjału w zakresie środków trwałych podmiotów leczniczych,
- zarówno w zakresie świadczeń szpitalnych, jak i w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych.

Podsumowanie

Podmioty lecznicze podejmują decyzje w zakresie zarządzania, uwzględniając różne czynniki o charakterze wewnętrznym, ale także zewnętrznym, często makro-ekonomicznym, systemowym. Koordynacja działań na poziomie regionów, ale także całego systemu, pozwala racjonalnie wykorzystać ograniczone zasoby systemu oraz zapobiegać ich marnotrawstwu w przyszłości. Działania podejmowane przez organy tworzące oraz w ramach całego systemu istotnie wpływają na podejmowane decyzje, wyznaczając kierunki zmian strukturalnych. Elementem decyzji strategicznych będzie zapewne także uwzględnienie w planowaniu zasobów już pozyskanych oraz decyzji z okresów poprzednich (Dwornikowska-Dąbrowska 2014, s. 178). Zachowanie ciągłości w zarządzaniu podmiotami leczniczymi jest warunkiem zachowania racjonalności wykorzystania potencjału. Postawiona więc na wstępie artykułu teza jest zasadna i podkreśla priorytet w zarządzaniu podmiotem leczniczym.

Literatura

1. Dwornikowska-Dąbrowska M. (2014), *Blok operacyjny – gotowość czy niewykorzystany potencjał*, [w:] Świdarska G.K. (red.), *Koszty w opiece zdrowotnej*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.
2. Gierszewska G. (2001), *Strategia przedsiębiorstwa a zarządzanie zasobami ludzkimi*, [w:] Ludwiczynski A., Stobińska K. (red.), *Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim*, Poltext, Warszawa.
3. Krupski R., Niemczyk J., Stańczyk-Hugiet E. (2009), *Koncepcje strategii organizacji*, PWE, Warszawa.
4. *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa śląskiego. Podsumowanie*, Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych/> (dostęp: 10.06.2016).
5. Obłój K. (1998), *Strategia organizacji. W poszukiwaniu trwałej przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz.U. 2015 poz. 458).
7. Stępniewski J. (red.) (2008), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa.
8. Świdarska G.K., Pielaszek M. (2015), *Rachunkowość zarządcza w podmiotach leczniczych*, Wolters Kluwer, Warszawa.
9. Tubek S. (2005), *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ – kluczowe warunki do osiągnięcia sukcesu*, [w:] Głowacka M.D. (red.), *Profesjonalizm w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania w Poznaniu, Swarzędz.

10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2015 poz. 618).
11. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015 poz. 581).

NEW CHALLENGES OF STRATEGIC MANAGEMENT IN MEDICINAL ENTITIES-HOSPITALS

Abstract: The medicinal entities, primarily hospitals, carry out health services in conditions of limited resources of the system. Management of medical entities must manage the workplaces taking into account the principle of rational management. To carry out these tasks, it is necessary to formulate the mission, strategy and objectives of the hospital activities in the short and long term. Frequent changes in both medicinal entities and their surroundings, are not conducive to the formulation of strategies and directing management of medicinal entity primarily on short term decisions. This puts important challenges in front of the management of entities in terms of strategic management. Article characterizes the essence and possibilities of strategic management in medicinal entities, taking into account the specific conditions of their activity.

Keywords: healthcare entities, maps of health Leeds, strategic management