

*Grzegorz Głód*

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach  
<https://orcid.org/0000-0001-9699-2427>

*Klaudia Rogowska*

Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
<https://orcid.org/0000-0003-0215-2481>

## W poszukiwaniu perspektywy strategicznej w zarządzaniu publicznym podmiotem leczniczym

---

### Streszczenie

Celem artykułu jest identyfikacja najważniejszych barier związanych z zarządzaniem strategicznym publicznego podmiotu leczniczego z perspektywy menedżerskiej. Rozważania na podstawie studium przypadku wraz z analizą regulacji prawnych, które zawierać będzie wybrane przykłady z podejmowanego obszaru badawczego, pozwolą określić istotne trudności oraz przedstawić rekomendacje w zakresie formułowania i wdrażania strategii publicznego szpitala.

**Słowa kluczowe:** strategia, podmiot leczniczy, szpital, zarządzanie strategiczne  
**Kody klasyfikacji JEL:** I11, I18, K23

---

## 1. Wprowadzenie

Poszukiwanie perspektywy strategicznej w realiach funkcjonowania współczesnych organizacji stanowi spore wyzwanie. W kontekście organizacji działających w newralgicznych sektorach dla życia społeczno-gospodarczego staje się istotnym problemem. Do tego typu organizacji zalicza się z pewnością podmioty medyczne. Zarządzanie strategiczne podmiotem leczniczym, w kontekście obserwacji wielu zmian o charakterze restrukturyzacyjnym w ostatnich kilkunastu latach w sektorze ochrony zdrowia, wydaje się być dość utrudnione. Idąc dalej, można nawet pokusić się o zadanie pytania: czy w ogóle możliwe? Rozważania prowadzone w niniejszym artykule mają stanowić próbę odpowiedzi na pytanie: czy zarządzanie strategiczne podmiotem leczniczym w obecnych realiach sektora ochrony zdrowia w Polsce jest możliwe i na jakie bariery napotyka w tym zakresie menedżer takiego podmiotu?

## 2. Dylematy w zakresie kreowania strategii organizacji

Podstawowym argumentem przytaczanym w kwestii konieczności posiadania strategii organizacji jest to, że koordynuje działania, zasady i zasoby w taki sposób, aby umożliwić osiągnięcie ważnego celu. Właśnie tego brakuje niektórym organizacjom i zamiast tych elementów mają jedynie wiele celów i inicjatyw, które symbolizują postęp [Rumelt, 2013, s. 19]. Nie każdy jednak projekt tytułowany strategią lub uznawany przez autorów za koncepcję strategiczną jest nią w istocie, a już z pewnością nie zawsze jest strategią wartościową. Zdaniem Kalety [1998] warto pokusić się o wyliczenie cech odróżniających strategię potencjalnie znaczącą od zbędnych, wartościowe od bezwartościowych. Za najbardziej pożądane cechy strategii w pełni satysfakcjonującej można uznać: prymat odwagi myślenia nad poprawnością, prymat przyszłości odległej nad bliższą, prymat problemów zewnętrznych nad własnymi, prymat wyrazistych priorytetów nad kompleksowością, prymat nieustannego rozwoju strategii nad jej stabilnością.

Strategia jest sztuką optymalnego podejmowania decyzji i rozpoznania szans i zagrożeń rozwoju przedsiębiorstwa, identyfikacji ryzyka, a także przewidywania efektów poprzez odpowiednie dobieranie narzędzi realizacji celów. Klasycznie można przyjąć, że projektowanie strategii zarządzania w szerokim znaczeniu będzie polegało na: analizie misji, otoczenia organizacji oraz przewagi konkurencyjnej organizacji, analizie mocnych i słabych stron firmy w porównaniu z konkurentami, analizie organizacji i otoczenia oraz dokonaniu strategicznych wyborów, zdefiniowaniu kluczowych zagadnień stanowiących o jej sile i przydatnych w osiągnięciu celów strategicznych, połączeniu sztuki i wiedzy, głęboko osadzone w realiach strategicznej triady: organizacja – nabywca – konkurent. Ponadto należy skoordynować ją ze strategią inwestycyjną oraz funkcjonalną. Dodatkowo, należy zwrócić uwagę, że współczesne organizacje funkcjonują w dynamicznym otoczeniu. Podlegają ciągłym zmianom,

które stają się elementem składowym ich rozwoju [Sołtysik, 2013, s. 33]. Strategię przeważnie definiowano jako długofalowy program działania, określający cele organizacji i sposoby ich osiągnięcia. W warunkach niezwykle turbulentnego, złożonego i faworyzującego innowacje otoczenia strategia musi mieć również charakter dynamiczny i innowacyjny. Nie może opierać się na sztywnej realizacji raz podjętych planów, ale elastycznie dostosowywać się do szybko zmieniających się okoliczności. Powinna wyprzedzać trendy i zjawiska pojawiające się na rynku, będące na ogół skutkiem działań innowacyjnych innych organizacji [Mirski, 2014, s. 566]. W związku z powyższym w literaturze pojawił się postulat modyfikacji strategii, zgodnie z którym należałoby rozpatrywać takie warianty uelastyczenia tej kategorii, by długofalowy plan działania organizacji uwzględniał, a nawet nakazywał wykorzystywanie okazji. Przez okazję rozumie się tutaj zdarzenie, najczęściej w otoczeniu organizacji, lub powstały splot różnych okoliczności o charakterze gospodarczym (albo tylko o skutkach gospodarczych), stwarzające możliwość osiągnięcia dodatkowych korzyści, wartości materialnych lub/i niematerialnych [Krupski, 2007, s. 5]. Jest to również zbieżne z twórczym podejściem do projektowania strategii, które stanowi sekwencję czterech procesów: innowacyjności, przedsiębiorczości, przywództwa i projektu organizacyjnego. Podstawą treści takiej strategii jest stymulowanie twórczości na poziomie organizacyjnym, w celu generowania nowych pomysłów. Innowacyjność polega na przekształceniu pomysłów w produkt lub usługę. Przedsiębiorczość to wdrożenie tych produktów z powodzeniem na rynek. Sukces tej sekwencji wymaga przywództwa strategicznego i odpowiedniego projektu organizacji [Dyduch, 2013, s. 190]. Nie ma optymalnych i uniwersalnych strategii, które można byłoby zalecać przedsiębiorstwom w konkretnych warunkach. Zarządzanie strategiczne jest tym obszarem zarządzania, w którym największe znaczenie ma kreatywność zarządów organizacji [Polowczyk, 2014, s. 107]. Przedstawione argumenty są zbieżne z koncepcją *ambidextrous organizations*, czyli przedsiębiorstw realizujących równoległe i z sukcesem działania eksploracyjne i eksploatacyjne. Są one w stanie zarówno wykorzystywać istniejące kompetencje, jak i odkrywać i kreować nowe możliwości. Potrafią przede wszystkim zrealizować w tym samym czasie rozbieżne, a czasami pozornie sprzeczne cele, jak: krótkoterminowe ukierunkowanie na przeżycie *versus* długoterminowe ukierunkowanie na rozwój i wzrost, innowacje inkrementalne *versus* innowacje radykalne, wykorzystywanie możliwości transakcyjnych (rynkowych) *versus* wykorzystywanie możliwości relacyjnych (sieciowych), konkurowanie *versus* współpraca, adaptacja do otoczenia *versus* aktywny wpływ/zmiana otoczenia. Wobec tego „oburęczne” organizacje wymagają różnych strategii, struktur, kultur i procesów, które łączą odmienne w swej logice i założeniach działania eksploracyjne i eksploatacyjne [Zakrzewska-Bielawska, 2016, s. 163–164]. Biorąc powyższe pod uwagę, można nawiązać do konkluzji Romanowskiej [2024], według której utrwaliły się trzy zasadnicze zmiany w pojmowaniu racjonalnej strategii: skracanie horyzontu czasowego planu strategicznego, rezygnacja z obligatoryjności tworzenia planu strategicznego oraz zwiększanie elastyczności w reagowaniu na wyzwania strategiczne. Zadaje również pytanie, czy rzeczywiście nieciągłość otoczenia, rozumiana jako gwałtowność i nieprzewidywalność zmian, pozostaje najważniejszą determinantą reakcji

strategicznych przedsiębiorstw i czy rzeczywiście powinniśmy rezygnować z logiki porządkowania i planowania na rzecz logiki otwartego, przedsiębiorczego kierowania rozwojem organizacji [Romanowska, 2024, s. 50–51].

### 3. Zarządzanie strategiczne w podmiocie leczniczym

Stopniowe usamodzielnianie się zakładów opieki zdrowotnej, które rozpoczęło się w roku 1998, spowodowało, iż stały się one podmiotami prawa mogącymi samodzielnie decydować w sprawach organizacyjnych i finansowych. Ponadto kontraktowanie świadczeń zdrowotnych oraz pojawiająca się konkurencja między jednostkami wprowadziły konieczność ciągłego usprawniania procesów zarządczych w zakresie planowania, kontroli i motywowania, a także metod i technik stymulujących wzrost efektywności funkcjonowania szpitali. Skuteczne funkcjonowanie podmiotu leczniczego w gospodarce rynkowej wymaga formułowania celów oraz sposobów ich osiągania, a ponadto określania szans i zagrożeń związanych z realizacją postawionych celów. Obok bieżącej działalności i realizacji celów krótkookresowych coraz większe znaczenie w kierowaniu jednostką ma perspektywa długookresowa [Cygańska, 2013, s. 97]. Problem poszukiwania perspektywy strategicznej w sektorze ochrony zdrowia, w tym w szczególności w podmiotach leczniczych, napotyka wiele ograniczeń [Wawrzyniak, 2011] oraz stanowi spore wyzwanie dla zarządzających [Chluska, 2016; Ilnicka, 2017] w zakresie odpowiedniej alokacji posiadanych zasobów [Sunder, Thirumalai, 2024] oraz zarządzania oddziałami szpitalnymi [Fanti, Mangini, Dotoli, Ukovich, 2012]. Opracowania w tym obszarze wskazują, że kadry zarządzające w systemie ochrony zdrowia działają w warunkach licznych ograniczeń, które limitują możliwość długofalowego, efektywnego i innowacyjnego działania [Zybała, 2009, s. 8]. Pojawia się również postulaty podkreślające, że aby podmioty lecznicze mogły prawidłowo realizować swoje zadania teraz i w przyszłości, powinny stosować zasady zarządzania strategicznego. Obejmuje to m.in. orientację na przyszłość, a więc planowanie w długim horyzoncie czasowym, dostosowywanie struktury zasobów do nadchodzących potrzeb i warunków otoczenia oraz uwzględnianie oczekiwań i interesów interesariuszy [Jarosiński, 2014]. W obliczu wzrastającej konkurencji w sektorze ochrony zdrowia organizacje w nim funkcjonujące zmuszone są do szukania nowych możliwości rozwoju, zwłaszcza w odniesieniu do rosnących oczekiwań względem jakości dostarczanych usług oraz efektywności wykorzystania powierzonych środków, szczególnie środków publicznych, o które organizacje, zarówno publiczne, jak i prywatne podmioty lecznicze, zabiegają na rynku wewnętrznym [Frąckiewicz-Wronka, Szymaniec, 2013, s. 149]. Sektor ochrony zdrowia jest regulowany, mało jest przestrzeni do samodzielnego kreowania strategii szpitala. Niemniej zarządzanie strategiczne winno być nieodłącznym elementem kierowania szpitalem [Dugiel, Kuzka, 2016]. W burzliwym środowisku, w jakim przyszło funkcjonować polskiej ochronie zdrowia, jej jednostki często (jak uważają menedżerowie) nie posiadają sformalizowanej strategii. Jednakże można uznać, że każda organizacja funkcjonująca na rynku posiada strategię [Porębski, 2013, s. 157].

Częste zmiany, zarówno w szpitalach, jak i w ich otoczeniu, nie sprzyjają formułowaniu strategii i ukierunkowują zarządzanie podmiotem leczniczym przede wszystkim na decyzje krótkookresowe. Jest to wyzwanie stojące przed kadrą zarządzającą podmiotami leczniczymi w zakresie zarządzania strategicznego. Problem zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych stał się nowym wyzwaniem wynikającym z podejmowania decyzji o charakterze systemowym. Ważnym czynnikiem są relacje, jakie zachodzą pomiędzy podejmowanymi decyzjami zarządczymi na różnych szczeblach systemu opieki zdrowotnej z punktu widzenia świadczeniodawcy, jakim jest podmiot leczniczy. Podstawowym czynnikiem zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych są strategiczne decyzje podejmowane na poziomie systemu opieki zdrowotnej. W odniesieniu do podmiotów leczniczych zasady budowania strategii można ograniczyć do kilku warunków. Podmiot leczniczy powinien: posiadać dobrze zorganizowany system informacji wewnętrznej, określić swoją przyszłą pozycję, z wykorzystaniem wszystkich dostępnych źródeł wiedzy i możliwości wpływania na otoczenie, określić wewnętrzne warunki realizacji strategii, a więc zasoby, jakimi będzie dysponował, dokonywać najkorzystniejszego wyboru spośród kilku wariantów opracowanych strategii. Istotne jest również poparcie pracowników dla wprowadzanej strategii oraz zapewnienie nadzoru i kontroli postępu w realizacji strategii [Kania, 2020]. Umiejętności, kompetencje i doświadczenie zarządzającego w tym zakresie zdecydują o tym, czy szpital będzie z roku na rok walczył o przetrwanie, czy też będzie się rozwijał [Wenerska, 2016]. Przedstawione założenia wydają się jak najbardziej trafne i zasadne, natomiast pytanie brzmi, jakie bariery mogą napotkać w praktyce zarządzania podmiotem leczniczym.

#### **4. Ocena możliwości formułowania i wdrażania strategii w podmiotach leczniczych**

Analiza uwarunkowań funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce została dokonana w oparciu o istniejące regulacje prawne oraz na bazie wieloletnich obserwacji i doświadczeń menedżerskich autorów niniejszego artykułu. Celem prowadzonych rozważań była próba udzielenia odpowiedzi na pytania:

- 1) W jakim zakresie możliwe jest zarządzanie strategiczne w podmiocie leczniczym?
- 2) Jakie bariery występują w procesie formułowania i wdrażania strategii podmiotu leczniczego?

Oś prowadzonych rozważań stanowi założenie, iż elementami strategii każdego przedsiębiorstwa są przede wszystkim: misja, domena działania, przewaga strategiczna i cele strategiczne, funkcjonalne programy działania, inwestycje wspierające strategię, kompetencje kierownicze i kultura zarządzania [Penc, 1997]. Elementy te wyróżniają przedsiębiorstwo od innych i wpływają na powodzenie na rynku.

W przypadku jednak podmiotu leczniczego, w szczególności podmiotu publicznego, kształtowanie tych elementów jest istotnie regulowane prawnie, co ogranicza możliwości

podejmowania decyzji strategicznych w oparciu o analizę popytu, możliwości organizacyjne podmiotu oraz oczekiwania pacjentów i organu tworzącego. Bariery dowolnego kształtowania strategii przez podmiot odnajdujemy w każdym jej elemencie.

Strategia organizacji, jaką jest podmiot leczniczy, zawiera kluczowe elementy konstytuujące działanie podmiotu leczniczego na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Misja zatem w przypadku podmiotów leczniczych kieruje się ku pacjentom, mając swój fundament w art. 3 ustawy o działalności leczniczej [Dz.U. z 2011 r. nr 112 poz. 654]: „Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. 2. Działalność lecznicza może również polegać na: 1) promocji zdrowia lub 2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia”.

Również domena działania jest określona przywołaną ustawą. Artykuł 8 wymienia rodzaje świadczeń zdrowotnych, jakie podmiot leczniczy może realizować, tj. ambulatoryjne usługi zdrowotne, opiekę całodobową w placówkach stacjonarnych oraz usługi świadczone w miejscu zamieszkania pacjenta. Rezygnacja z zakresów udzielanych świadczeń należy do podmiotu działalności leczniczej, który podejmuje decyzje, mając na względzie oczekiwania swoich interesariuszy, zatem organu tworzącego, pacjentów, pracowników oraz władz lokalnych i centralnych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej NFZ) jako publicznego płatnika. Zauważyć należy, że rozszerzenie działalności nie jest już integralną decyzją podmiotu, podlega bowiem rygorom przywołanym niżej.

Kolejny element strategii, czyli przewaga konkurencyjna, nazywana również przewagą strategiczną, wynika ze zbudowania silnej marki przedsiębiorstwa czy pozycji lidera w branży. W przypadku podmiotów leczniczych przewaga konkurencyjna jest efektem właściwych decyzji operacyjnych oraz strategicznych uwzględniających potrzeby populacji na określone usługi medyczne, potrzeby zdrowotne społeczeństwa wyrażone w dokumentach planistycznych, oczekiwania organów tworzących, zasad finansowania świadczeń zdrowotnych oraz zrealizowanych inwestycji w zasoby, zarówno rzeczowe, jak i ludzkie. Przewaga konkurencyjna bowiem zależna jest od wielu czynników, np. rozwoju zespołów profesjonalistów medycznych czy technicznych, posiadania i rozwoju nowoczesnych technologii oraz zdolności właściwej organizacji świadczeń zdrowotnych. Tworzona jest przez rodzaj wykonywanych usług zdrowotnych, ich unikalność, a nadto ich jakość. Jednak decyzje o rozszerzeniu działalności leczniczej o nowe zakresy medyczne, również o nowe procedury w ramach realizowanego już zakresu medycznego, nie są integralnymi decyzjami podmiotu leczniczego, co jest istotną barierą w zarządzaniu strategicznym i rozwoju organizacji. Poza koniecznością uzyskania zgody organu tworzącego na rozszerzenie spectrum świadczonych usług, w przypadku świadczeń finansowanych w ramach publicznego systemu, podmiot musi zawrzeć umowę z NFZ. Umowy z NFZ zawiera się w trybie konkursowym lub w ramach rokowań, jeżeli NFZ ustali niezaspokojone potrzeby zdrowotne społeczeństwa w określonym zakresie medycznym. Nadto dopuszczona do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej jest jedynie możliwość wykorzystywania inwestycji, co do której wydana została opinia o jej celowości.

Opinie o celowości inwestycji, czyli kolejne ograniczenie kreowania działań strategicznych przez podmiot leczniczy, wydaje wojewoda lub minister zdrowia. Instrumentem do oceny inwestycji i wydania w wyniku tej oceny opinii jest system IOWISZ. Instrument ten ma za zadanie uporządkowanie inwestycji w ochronie zdrowia oraz wypracowanie racjonalnego i efektywnego systemu wydatkowania środków publicznych. Opinie o celowości wydawane są dla inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego, jak również dla robót budowlanych oraz wyposażenia podmiotu leczniczego<sup>1</sup>, których wartość kosztorysowa przekracza 2 mln zł<sup>2</sup>. Opinia wydawana jest na podstawie: informacji przedstawionych we wniosku, krajowego planu albo wojewódzkiego planu transformacji, danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, mapy potrzeb zdrowotnych; opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda; opinii Prezesa NFZ – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia, informacji przedstawionych w innych, złożonych wcześniej wnioskach o wydanie opinii oraz wydanych opiniach w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację mapy, krajowego planu albo wojewódzkiego planu transformacji; opinii Komisji – w przypadku inwestycji, których wartość kosztorysowa przekracza 50 mln zł<sup>3</sup>. Zatem pozytywna opinia o celowości inwestycji, poza uzasadnieniem wnioskodawcy, oceniana jest przez elementy otoczenia zewnętrznego: krajowy i wojewódzki plan transformacji, mapę potrzeb zdrowotnych, NFZ oraz w odniesieniu do inwestycji powyżej 50 mln zł przez Komisję.

Krajowy plan transformacji<sup>4</sup> opracowuje, ustala, monitoruje i aktualizuje minister zdrowia, uwzględniając rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Obejmuje: potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych lub działania wymagające koordynowania na poziomie ponadregionalnym ze wskazaniem okresu ich koordynowania, podmiotów odpowiedzialnych za te działania, szacunkowe ich koszty oraz oczekiwane rezultaty wyrażone wskaźnikami

<sup>1</sup> Wykonanie robót budowlanych w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z 7 lipca 1994 r.– Prawo budowlane, lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią główny cel tej inwestycji.

<sup>2</sup> Opinii nie wydaje się w odniesieniu do: szpitalnego oddziału ratunkowego; zespołu ratownictwa medycznego; dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra zdrowia; centrum urazowego; centrum urazowego dla dzieci; podmiotu leczniczego prowadzonego w formie jednostki budżetowej lub jednostki wojskowej; centrum zdrowia 75+, o którym mowa w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej.

<sup>3</sup> Pozytywna opinia ważna jest przez 3 lata od jej wydania. W przypadku opinii negatywnej, podmiotowi wnioskującemu o jej wydania przysługuje środek odwoławczy w postaci protestu do Ministra Zdrowia, a w przypadku utrzymania negatywnej opinii, podmiot może wnieść skargę do właściwego wojewódzkiego sądu administracyjnego, a w kolejności do Naczelnego Sądu Administracyjnego.

<sup>4</sup> Art. 95b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

realizacji poszczególnych działań. Projekt krajowego planu przekazuje się do zaopiniowania Radzie Dialogu Społecznego, Prezesowi Funduszu, Prezesowi Agencji oraz Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, konsultantom krajowym w ochronie zdrowia, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Kardiologii, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Onkologii. Krajowy plan ustala się na okres 5 lat. Wojewódzki plan transformacji ustala natomiast wojewoda dla obszaru województwa, uwzględniając krajowy plan i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Wojewódzki plan transformacji obejmuje te same elementy co plan krajowy, tylko że na poziomie województwa. Projekt planu opracowuje oraz monitoruje i aktualizuje wojewódzka rada do spraw potrzeb zdrowotnych, w której skład wchodzi: wojewoda albo osoba przez niego wyznaczona oraz przedstawiciele: prezesa NFZ; prezesa Agencji; marszałka województwa; konwentu powiatów danego województwa; państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego; Rzecznika Praw Pacjenta; dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz ministra zdrowia. Projekt planu podlega zaopiniowaniu przez marszałka województwa, konwent powiatów danego województwa, wojewódzkich konsultantów w ochronie zdrowia, Prezesa Funduszu oraz wojewódzką radę dialogu społecznego. Dalej projekt planu jest oceniany i zatwierdzany przez ministra zdrowia. Wojewódzki plan ustala się na okres 5 lat.

Mapę potrzeb zdrowotnych opracowuje, ustala i aktualizuje minister zdrowia. Ma na celu identyfikację priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienie zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych. Mapa obejmuje analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw. Przy opracowaniu, ustaleniu i aktualizacji mapy minister współpracuje z wojewodami w zakresie określania na mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa. Mapę ustala się na okres 5 lat.

O celowości projektowanej inwestycji wypowiada się również prezes NFZ lub dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ. Opinia o celowości inwestycji wydawana jest zatem po skonfrontowaniu jej z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa zawartymi w dokumentach planistycznych oraz z polityką zdrowotną regionu oraz państwa. Perspektywa otoczenia wpływającego na wydawaną opinię może być różna od wizji strategicznej podmiotu leczniczego. Perspektywa rozwoju kompleksowości leczenia czy zapewnienia ciągłości procesu leczenia, a zatem poprawy jakości tego procesu, może być ograniczana przez wykazywanie zaspokojenia potrzeb, np. w sposób rozdrobniony.

Po zawarciu umów z NFZ, również dalsze decyzje strategiczne związane z wolumenem usług zdrowotnych są determinowane otoczeniem zewnętrznym, mianowicie wielkością zapotrzebowania na te usługi, zgłaszaną przez NFZ. W zależności od rodzaju i zakresu świadczeń, NFZ rozlicza się z podmiotami leczniczymi według dwóch zasad: wartości zrealizowanych świadczeń lub w sposób ryczałtowy. Umowy, dla których ustalona jest maksymalna kwota

zobowiązania NFZ, mają tym samym przewidziany poziom realizacji świadczeń w okresie rozliczeniowym, zagwarantowany do sfinansowania. Realizacja świadczeń ponad wartość ustaloną umową, w większości składników umów jest obciążona ryzykiem braku zapłaty lub ograniczeniem wynagrodzenia do części należności. Wyjątkiem od tej zasady są świadczenia zdrowotne finansowane bez limitu i dotyczą sytuacji ratowania zdrowia i życia w nagłych stanach, np. poród, zawał serca. NFZ jako podmiot zgłaszający popyt jest kluczowym elementem otoczenia umożliwiającemu budowanie przewagi konkurencyjnej, a w przypadku ograniczeń finansowych jest istotnym podmiotem uniemożliwiającym realizację tych planów.

Kolejne elementy strategii przedsiębiorstwa, mianowicie: osiąganie celów strategicznych (co przedsiębiorstwo chce realizować w kolejnych okresach, jak rozwinąć działalność i na jaką skalę, jakie asortymenty produktu oferować), funkcjonalne programy działania (jako plan wdrożenia strategii) oraz inwestycje wspierające strategię, również determinowane są decyzjami podejmowanymi z perspektywy otoczenia organizacji, czyli systemu ochrony zdrowia. W tym kontekście możemy raczej mówić o zarządzaniu operacyjnym z próbami poszukiwania perspektywy strategicznej, na przykład w obszarach zarządzania zasobami ludzkimi, zarządzania jakością czy zarządzania informacją.

Dodatkowo należy nadmienić, że w ramach standardów akredytacyjnych (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne) występują standardy w grupie „jakość zarządzania”, które dotyczą między innymi takich wymagań: a) standard JZ1: Strategia szpitala jest spójna, zrozumiała dla personelu i buduje kulturę organizacyjną:

- podstandard JZ1.1: Szpital posiada plan strategiczny.

W komentarzach do wymienionych standardów wskazano dodatkowo, „że szpital powinien określić swoją misję, wskazując na charakterystykę i elementy, które odróżniają jednostkę od innych szpitali”.

Z kolei według wyżej wymienionych standardów w planie strategicznym „należy zdefiniować metody zarządzania szpitalem z określeniem metod pomiaru oraz podnoszenia jakości, bezpieczeństwa i efektywności uzyskiwania dobrych efektów klinicznych i organizacyjnych. Przyjęta metoda zarządzania wspiera racjonalizację kosztów i systematyczną poprawę wykorzystywania zasobów. Plan strategiczny winien uwzględniać wyniki analizy potrzeb zdrowotnych obsługiwanej populacji oraz działania z uwzględnieniem tych potrzeb i finansowych możliwości realizacji planu. Plan strategiczny podlega cyklicznym aktualizacjom co trzy lata oraz koniecznym modyfikacjom lub potwierdzeniu aktualności nie rzadziej niż raz w roku, co jest dokumentowane. Plan strategiczny zawiera: 1) określenie celów strategicznych i operacyjnych z uwzględnieniem polityki poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta, w tym realizacji wymogów standardów akredytacyjnych; 2) wskazanie istniejących ograniczeń; 3) określenie prawdopodobieństwa realizacji założonych celów; 4) wskazanie metod oceny uzyskiwanych rezultatów; 5) harmonogram realizacji działań; 6) wskazanie osób odpowiedzialnych za realizację poszczególnych celów; 7) informacje na temat sposobu podejmowania optymalnych

decyzji” [Obwieszczenie Ministra Zdrowia..., 2024]. W ten sposób można powiedzieć, że mamy do czynienia z pewnością z próbą profesjonalizacji procesów zarządczych w trudnych realiach zarządczych determinowanych dość nieprzewidywalnym otoczeniem zewnętrznym. Dokument ten jest zatem wyrazem strategicznych celów oczekiwanych dla podmiotu leczniczego z perspektywy tego podmiotu, skonfrontowanych z wizją systemu z perspektywy organizatorów tego systemu.

Jednocześnie należy podkreślić, że występują regulacje sankcjonujące proces tworzenia programów naprawczych (ustawa o działalności leczniczej) wraz z procedurą ich tworzenia i późniejszego monitorowania ich wdrożenia. Niedawno wprowadzona nowelizacja ustawy stanowi pewną szansę na otwarcie procesów optymalizacyjnych na poziomie przynajmniej regionalnym poprzez możliwość konsolidacji podmiotów lub przynajmniej prowadzenia wspólnej dyskusji nad przeprofilowaniem oddziałów leczniczych sąsiadujących ze sobą. Jest to istotne w przypadku podmiotów, które z definicji są po prostu trwale nierentowane i wymagają po prostu funkcjonowania w większej kooperacji z innymi podmiotami, również zgodnie z ideą opieki koordynowanej oraz tworzenia z punktu widzenia zarządczego organizacji sieciowych. W tym miejscu pojawia się przestrzeń do podejmowania przez podmioty lecznicze decyzji długookresowych w istotny sposób kształtujących zakres działania, nadzorowany przez NFZ. Jednak i tutaj pojawia się pytanie o chęć podjęcia takich rozmów przez poszczególne samorządy, odpowiedniego moderowania tych dyskusji w oparciu o argumenty merytoryczne oraz biorąc pod uwagę zaprezentowane uprzednio uwarunkowania prawne tego typu decyzji.

## 5. Podsumowanie

Podsumowując prowadzone rozważania, można stwierdzić, że możliwość dowolnego kształtowania domeny działania, a następnie pozostałych elementów strategii przez podmiot leczniczy w szczególności publiczny, napotyka na wiele barier wynikających z decyzji strategicznych podejmowanych na poziomie całości systemu ochrony zdrowia. Odpowiadając na postawione we wprowadzeniu pytania, można stwierdzić, że zarządzanie strategiczne w publicznym podmiocie leczniczym jest ograniczone, a nawet wydaje się wątpliwe. Skupia się bowiem na szukaniu szans, jakie stwarza system ochrony zdrowia, i ich wykorzystaniu, np. poprzez podejmowanie usług w ramach programów zdrowotnych, pilotaży etc., a tym samym uzależnione jest od kompetencji do kreowania postaw innowacyjnych i elastyczności. Nakierowane jest bardziej na cele krótkoterminowe. Poszukiwanie perspektywy strategicznej jest niezwykle trudne, biorąc pod uwagę zidentyfikowane bariery. Prowadzone w artykule rozważania mogą stanowić wstęp do pogłębionych badań w przyszłości w podjętym obszarze badawczym.

## Bibliografia

### Akty prawne

1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r. w sprawie standardów akredytacyjnych dla działalności leczniczej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. z 2011 r. nr 112 poz. 654.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2004 r. nr 210 poz. 2135.

### Wydawnictwa zwarte

1. Jarosiński, M. (2014). Analiza rynku usług medycznych. W: *Zarządzanie podmiotami leczniczymi przekształcanymi w spółki prawa handlowego* (s. 43–58), M. Jarosiński, S. Winch, (red.). Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
2. Penc, J. (1997). *Leksykon biznesu*, vol. 1. Warszawa: Agencja Wydawnicza „Placet”.
3. Romanowska, M. (2014). Nowe spojrzenie na strategię. W: *Niepewność a strategia* (s. 49–54). A. Tomaszewski (red.). Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
4. Rumelt, R.P. (2013). *Dobra strategia. Zła strategia. Czym różnią się i jakie to ma znaczenie*. Warszawa: Wydawnictwo MT Biznes.
5. Zybala, A. (red.) (2009). *Wyzwania w systemie ochrony zdrowia – zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach*. Warszawa: Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

### Artykuły naukowe

1. Chluska, J. (2016). Nowe wyzwania zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych – szpitalach, *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej*, (23), s. 69–78.
2. Cygańska, M. (2013). Wykorzystanie Zrównoważonej Karty Wyników w podmiotach leczniczych – studium przypadków, *Zeszyty Naukowe Kolegium Zarządzania i Finansów*, (129), s. 97–113.
3. Dugiel, G., Kuzka, J. (2016). Wybrane aspekty zarządzania strategicznego szpitala, *Polish Journal of Health and Fitness*, 1, s. 78–99.
4. Dyduch, W. (2013). Twórcza strategia – przemijająca koncepcja czy przyszłość zarządzania strategicznego, *Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości w Wałbrzychu: Zarządzanie strategiczne: Quo Vadis*, 22(2), s. 177–195.
5. Fanti, M.P., Mangini, A.M., Dotoli, M., Ukovich, W. (2012). A Three-Level Strategy for the Design and Performance Evaluation of Hospital Departments, *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics: Systems*, 43(4), s. 742–756.
6. Frączkiewicz-Wronka, A., Szymaniec, K. (2013). Zastosowanie koncepcji RBV do pragmatyki funkcjonowania szpitali publicznych, *Organization and Management*, 158, s. 149–162.
7. Ilnicka, P. (2017). Organizacja i zarządzanie podmiotami leczniczymi. Otoczenie i nowe wyzwania, *Acta Universitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji*, 111, s. 63–78.
8. Kaleta, A. (1998). Cechy skutecznej strategii, *Przegląd Organizacji*, (9), s. 19–22.

9. Kania, M. (2020). Zarządzanie strategiczne w podmiotach leczniczych-nowe wyzwania, *Przełęcz Ekonomiczny*, (19), s. 49–55.
10. Krupski, R. (2007). Redefiniowanie strategii organizacji, *Przełęcz Organizacji*, (3), s. 3–6.
11. Mirski, A. (2014). Strategie innowacji w zarządzaniu przedsiębiorstwem, *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, (74), s. 557–568.
12. Polowczyk, J. (2014). Zarządzanie strategiczne jako wielowymiarowa przestrzeń paradoksów, *Studia Oeconomica Posnaniensia*, 2(2), s. 107–125.
13. Porębski, D. (2013). Wykorzystanie strategicznej karty wyników w polskim szpitalu, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, (277), s. 155–164.
14. Sołtysik, M. (2013). Projektowanie strategii zarządzania, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 910(10), s. 21–35.
15. Sunder, S., Thirumalai, S. (2024). Hospital Portfolio Strategy and Patient Choice, *Journal of Marketing*, 88(1), s. 53–76.
16. Wawrzyniak, E. (2011). Zarządzanie szpitalem w warunkach ograniczenia, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, (181), s. 607–616.
17. Wenerska, A. (2016). Wyzwania stojące przed menedżerem ochrony zdrowia w świetle zmian w systemie opieki zdrowotnej, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, (429), s. 317–327.
18. Zakrzewska-Bielawska, A. (2016). Ambidextrous organization jako przykład przedsiębiorstwa inteligentnego, *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 148, s. 161–174.

---

## In Search of a Strategic Perspective in the Management of Public Healthcare Entities

---

### Abstract

The aim of this article is to identify the most important barriers related to the strategic management of a public healthcare entity from a managerial perspective. Considerations based on a case study, together with analysis of legal regulations including selected examples from the research area, allow us to identify significant difficulties and present recommendations for the formulation and implementation of a public hospital strategy.

**Keywords:** hospital, medical entity, strategic management, strategy

---