

**Piotr Karniej**

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie  
Instytut Ekonomii i Zarządzania

## **RESTRUKTURYZACJA I CO DALEJ ? – KSZTAŁTOWANIE STRATEGII SZPITALA NA PODSTAWIE DOŚWIADCZEŃ FRANCUSKICH**

### **1. Wstęp**

Niezwykłe ważnymi, a jednocześnie bardzo mało rozpoznanymi zjawiskami są analiza strategiczna zakładu opieki zdrowotnej i podejmowane na jej podstawie decyzje związane z funkcjonowaniem zakładu w warunkach przekształceń. Badania przeprowadzone przez Harvard & Jagiellonian Consortium for Health<sup>1</sup> wykazały, że **w Polsce do końca lat dziewięćdziesiątych planowanie strategiczne w instytucjach opieki zdrowotnej praktycznie nie istniało**. Od tego czasu nastąpił wzrost zainteresowania planowaniem i myśleniem strategicznym przez kierownictwo jednostek opieki zdrowotnej. Coraz więcej szpitali opracowuje własne plany strategiczne, co jest niewątpliwie wynikiem przekształceń w opiece zdrowotnej.

O tego czasu polskie placówki medyczne stały się już nie tylko instytucjami użyteczności publicznej, ale utrwaliło się ich pojmowanie jako samodzielnych organizmów gospodarczych, funkcjonujących w warunkach rynkowych i zarządzanych zgodnie z ekonomicznym pojmowaniem funkcjonowania firmy. Niestety pomimo wcześniejszych oczekiwań zarówno przedstawicieli środowiska medycznego, jak i niektórych pacjentów nie dokonało się pełne urynkowanie usług medycznych. Stało się tak dlatego, że wprowadzenie gospodarki wolnorynkowej w służbie zdrowia musiałyby się od razu wiązać z wprowadzeniem m.in. mechanizmów popytu i podaży na usługi zdrowotne, co z oczywistych względów jest nie-

---

<sup>1</sup> M. Kautsch, J. Klich, A. Mazur, *Procesy planowania w jednostkach opieki zdrowotnej, Raport z badań*, „Antidotum” 1996, nr 11-12.

możliwe. Zdrowie jest dziedziną, która nie daje się sklasyfikować jasno jako działalność gospodarcza lub czysty utilitaryzm. Warto zauważyć, że wiele placówek ochrony zdrowia – już na początku lat dziewięćdziesiątych zostało przekształconych w niezależne organizmy gospodarcze – niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej lub indywidualne praktyki lekarskie (także pielęgniarские), a przez to wkroczyły one na ścieżkę samodzielnego podejmowania decyzji o swoim istnieniu. Te instytucje podjęły się działania na rzecz swoich pacjentów, zdając sobie jednocześnie sprawę z tego, że ich istnienie będzie warunkowane czynnikiem ekonomicznym – dochodem placówki.

Integracja Polski z Unią Europejską to ogromne wyzwanie, które stanęło przed całą gospodarką. Jeśli szpitale można traktować jako placówki gospodarcze, to należy uznać, że także ta dziedzina życia musi podlegać integracji europejskiej, a przede wszystkim musi sprostać oczekiwaniom już nie tylko pacjentów polskich, ale także pochodzących z innych krajów Wspólnoty Europejskiej.

Bardzo często słyszy się o tym, że polskie szpitale, sanatoria i placówki lecznictwa ambulatoryjnego realizują świadczenia na poziomie europejskim lecz środki finansowe są zdecydowanie mniejsze. Taka sytuacja powoduje, że polskie placówki medyczne mogą być konkurencyjne wobec szpitali europejskich, a zatem przy tworzeniu własnej strategii rozwoju oraz strategii zarządzania zobowiązane są do określenia swojej przyszłej pozycji na podstawie m.in. tego, jakie świadczenia i wobec jakich pacjentów będą realizowały, a także z jakimi płatnikami (także publicznymi) podpiszą stosowne umowy. Zaprezentowane w niniejszym artykule doświadczenia francuskiego systemu ochrony zdrowia stanowią bardzo dobre źródło wiedzy dla polskich menedżerów ochrony zdrowia, ponieważ wskazują, że brak środków finansowych nie jest jedynym powodem trudności w zarządzaniu szpitalem. Jest wiele czynników, które należy brać równocześnie pod uwagę, aby efektywnie i zgodnie z założeniami misji sprawować opiekę medyczną nad pacjentami.

Model finansowania systemu ochrony zdrowia we Francji jest uważany za jeden z najlepszych na świecie i najefektywniejszych; **środki przeznaczone na leczenie statystycznego Francuza przekraczają 208 USD miesięcznie**, podczas gdy w Polsce nakłady te w przeliczeniu na gospodarstwo domowe kształtowały się w roku 2003 na poziomie zaledwie 12,07 USD (48,43 zł) miesięcznie<sup>2</sup>.

Niniejszy artykuł stanowi próbę przekonania zarządzających polskimi zakładami opieki zdrowotnej, że świadczenia medyczne mogą być realizowane ponad granicami narodowymi, a silna pozycja konkurencyjna, jaką ze względu na relatywnie niskie ceny mają dzisiaj polskie szpitale, może służyć właściwemu określeniu przyszłej pozycji placówki. Kierunki strategiczne wskazywane w niniejszym opracowaniu zakładają płynność finansową szpitali, a zatem w celu przyjęcia za-

---

<sup>2</sup> *Raport: finansowanie Ochrony Zdrowia w Polsce*, red. S. Golimowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004, s. 172.

proponowanych rozwiązań należy najpierw dokonać restrukturyzacji polegającej na przywróceniu płynności finansowej zakładów opieki zdrowotnej oraz na urynkowaniu świadczeń medycznych.

## 2. Analiza strategiczna w przedsiębiorstwie

Według J. Brillmana **strategia jest przede wszystkim wyborem terenu walki i używanej broni**<sup>3</sup>. Takie podejście do zarządzania strategicznego w ochronie zdrowia wydaje się dość ryzykowne i niestosowne, jednak przy bliższym poznaniu zakresu zagadnienia można z pewną ostrożnością stwierdzić, że skoro przyjmujemy istnienie rynku w ochronie zdrowia, a dokonać tego założenia musimy – inaczej musielibyśmy przyjąć twierdzenie przeciwne o gospodarce sterowanej – akceptujemy zatem stosowanie reguł ściśle ekonomicznych także w tej specyficznej dla zdrowia i życia pacjentów dziedzinie, jaką jest ochrona zdrowia. Na potrzeby takiej analizy można zaryzykować stwierdzenie, że ze względu na to, iż medycyna dotyczy samego procesu leczniczego i postępowania z chorym, a więc jako taka nie jest przedmiotem działalności rynkowej, nie istnieje możliwość zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, których sytuacja – w tym także materialna – nie pozwala na równoprawną grę rynkową. Ochrona zdrowia zaś to funkcjonowanie organizacji, cały proces zarządzania nią – planowanie, kierowanie i kontrola. To wreszcie współpraca zarówno z dostawcami, jak i z odbiorcami – w ujęciu ekonomicznym; także polityka *public relations*. W tym właśnie ujęciu należy dążyć, aby zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej było jak najbardziej profesjonalne i pozbawione zachowań niefachowych i aby funkcjonowanie szpitali i innych placówek leczniczych było jak najbardziej zbliżone do działania przedsiębiorstw, bo tylko w takich warunkach istnieje możliwość sprawnego zarządzania.

Umiejętność wyznaczenia strategii przedsiębiorstwa jest dziś zatem kluczowym zadaniem zarządzających. Wymaga od nich znajomości zarówno otoczenia przedsiębiorstwa (bliższego i dalszego), jak i samego przedsiębiorstwa. Niezwykle istotne jest dokonanie wiarygodnej oceny pozycji placówki na rynku, stwierdzenie obecności i ewentualnej siły konkurencji czy wreszcie określenie dalszych możliwości rozwoju. Analiza strategiczna pozwala dokonać diagnozy przedsiębiorstwa jako całości i jego specyficznego otoczenia. Obejmuje analizę zewnętrzną i wewnętrzną, badanie synergii przedsiębiorstwa i otoczenia oraz ustalenie możliwości kierunków (opcji) strategicznych. Zestawienie możliwości strategii przedsiębiorstwa z jego cechami strategicznymi prowadzi do wyznaczenia strategii zadowalających z punktu widzenia celów. **W sensie czynnościowym analiza strategiczna jest zbiorem działań diagnozujących przedsiębiorstwo i jego otoczenie, umożliwiających zbudowanie planu strategicznego i jego realizację.** W sensie zaś narzędziowym stanowi ona zestaw metod analizy, które pozwalają na zbadanie,

<sup>3</sup> J. Brillman, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002.

ocenę oraz na przewidywanie przyszłych stanów wybranych elementów przedsiębiorstwa i jego otoczenia z punktu widzenia możliwości przetrwania i rozwoju.<sup>4</sup>

Współcześnie znanych jest bardzo wiele koncepcji i metod analizy strategicznej. Począwszy od koncepcji fazy życia produktu, będącej do dziś bardzo często wykorzystywaną podstawą działalności firm, poprzez koncepcję krzywej doświadczenia i efektu skali naukowcy starali się możliwie jak najpełniej oddać zależności, funkcjonujące między przedsiębiorstwem a otoczeniem. Znaczny wkład w rozwój myśli strategicznej wniósł M. Porter. Jako twórca m.in. koncepcji łańcucha wartości oraz powiązania między przyszłymi zyskami a strukturą sektora przedstawił on analizę pięciu sił konkurencji. Założył, że różnice w atrakcyjności sektorów dla inwestorów wynikają z różnego kształtowania się pięciu sił konkurencji:

- groźby pojawienia się nowych konkurentów,
- siły przetargowej dostawców,
- siły przetargowej nabywców,
- groźby pojawienia się substytutów,
- rywalizacji między przedsiębiorstwami sektora<sup>5</sup>.

Na potrzeby analizy strategicznej w ochronie zdrowia można dodatkowo przyjąć jeszcze jeden element analizy porterowskiej. Ponieważ nabywcy – pacjenci – korzystają ze świadczeń medycznych, nie będąc często ich bezpośrednim płatnikiem (w przypadku finansowania usług przez płatnika ubezpieczenia zdrowotnego), wydaje się celowe dołączenie także siły przetargowej płatnika – jako elementu nierzadko warunkującego pojawienie się i istnienie placówki na rynku.

W wyborze narzędzi analizy strategicznej zakładu opieki zdrowotnej można przyjąć takie metody jak analiza PEST (polityka, ekonomia, socjokultura, technologia) oraz TOWS/SWOT. Ta ostatnia metoda to dwukierunkowa analiza silnych i słabych stron jednostki, a także jej zagrożeń i szans, mająca na celu określenie m.in., jakie czynniki otoczenia wpływają na zachowanie placówki, a jednocześnie w jaki sposób zakład może wpływać na otoczenie. Podejście wykorzystywane jest w tej analizie pozwala na uruchomienie dwóch wzajemnie uzupełniających się mechanizmów – „z zewnątrz do wewnątrz” i „od wewnątrz do zewnątrz”.<sup>6</sup> Konfrontacja szans i zagrożeń z mocnymi i słabymi stronami działalności przedsiębiorstwa może być źródłem ciekawych rozwiązań w tworzeniu polityki strategicznej przedsiębiorstwa, ale także umożliwia stwierdzenie ewentualnych nieprawidłowości w dotychczasowej działalności operacyjnej. Niestety metody analizy strategicznej wymienione powyżej są już dziś dość zużyte i często nie dość dobrze oddają

---

<sup>4</sup> B. Nogalski, J. Rybicki, *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Towarzystwo Naukowe i Kierownictwa Dom Organizatora, Toruń 2002.

<sup>5</sup> M. Romanowska, *Analiza strategiczna zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej – zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Trocki, IPIS, Warszawa 2002.

<sup>6</sup> B. Nogalski, J. Rybicki, *Nowoczesne... op. cit.*

sytuację polskich placówek medycznych, dlatego istnieje potrzeba poszukiwania nowych modeli i nowych narzędzi oceny sytuacji strategicznej.

Wydaje się zatem, że aby wybrać najlepszą drogę rozwoju polskiego szpitala należy zastosować łącznie metody oceny ekonomicznej i oceny społecznej, które powinny być spójne z wynikami analizy demograficznej.

Zarządzający przedsiębiorstwem – w tym także przedsiębiorstwem działającym na rynku usług medycznych – nie powinien ograniczać się do narzędzi już dobrze znanych w zarządzaniu strategicznym. Powinien poszukiwać zupełnie nowych rozwiązań, całkiem nowych zastosowań metod wykorzystywanych w innych dziedzinach czy gałęziach zarządzania. Kluczem do sprawnego zarządzania jest przecież nie powielanie już funkcjonujących koncepcji, ale tworzenie nowych i znajdowanie dla już istniejących nowych zastosowań.

Istotą opracowania strategii każdej organizacji gospodarczej – w tym także organizacji medycznej – jest wdrożenie w niej tzw. systemów wczesnego ostrzegania, a więc narzędzi służących szybkiej orientacji zarządzających w bieżącej sytuacji ekonomicznej placówki. Skutkiem takiego działania jest możliwość natychmiastowego podjęcia niezbędnych środków zaradczych.

### 3. Kryzys organizacji opieki medycznej we Francji – próba opracowania strategii szpitala

Francuska służba zdrowia od kilku lat boryka się z trudnościami wynikającymi m.in. z wysokich kosztów utrzymania systemu, a także z bardzo dużej biurokracji. W roku 2002 na zlecenie Assemblée Nationale (Parlamentu Republiki Francuskiej) opracowano raport Komisji ds. Kulturalnych, Rodzinnych i Społecznych, który bardzo jasno definiuje **trzy główne powody kryzysu**<sup>7</sup>:

- zmęczenie pracą i brak satysfakcji personelu medycznego z wykonywanych usług,
- znaczne pogorszenie jakości świadczeń, odczuwane przez pacjentów i osoby korzystające z opieki medycznej,
- niedostateczne uregulowanie prawne wszystkich elementów systemu ochrony zdrowia.

Wbrew powszechnym opiniom kryzys francuskiej służby zdrowia, w przeciwieństwie do polskiego systemu publicznych świadczeń zdrowotnych, nie dotyczy wyłącznie kwestii finansowych, chociaż z całą pewnością także ta dziedzina funkcjonowania placówek medycznych pozostawia we Francji wiele do życzenia. Finansowanie to opiera się na bardzo wielu filarach, co przy mocno zbiurokratyzowanej strukturze powoduje dość istotne trudności z ustaleniem kompetencji reali-

<sup>7</sup> *Rapport d'information déposé par la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales sur l'organisation interne de l'hôpital*, N° 714, 1<sup>ère</sup> partie, Assemblée Nationale, 19 mars 2003, tłum. własne

zowanych świadczeń i przepływem środków za usługi już wykonane. Społeczne ubezpieczenie zdrowotne jest we Francji finansowane ze składek i specjalnych podatków. Składki wynoszą 13,55% wynagrodzenia brutto, z czego pracownik płaci tylko 0,75%, a resztę finansuje pracodawca. Oprócz tego pracownik płaci powszechną składkę społeczną, wynoszącą 6,2% dochodów, oraz składkę na zwrot długu społecznego: 0,5%. Ponadto na rzecz ubezpieczeń zdrowotnych pobiera się stałą sumę od sprzedaży każdej butelki wysokoprocentowych alkoholi, od każdej paczki papierosów. Dotkliwe dla producentów leków są podatki, uzależnione od tego, czy lek znajduje się na liście refundacyjnej, czy też nie (jeśli tak – to podatek jest wyższy). Znaczna część Francuzów opłaca także dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, często finansowane przez pracodawcę i włączane do programu socjalnego oferowanego przez zakład pracy.

Okazuje się, że tak bogate źródła finansowania opieki medycznej nie są w stanie zapobiec dalszemu, bardzo istotnym i niekorzystnym czynnikiem, mającym bezpośredni wpływ na sytuację francuskiej służby zdrowia. Wspomniany wcześniej raport Parlamentu wskazuje także na:

- malejącą atrakcyjność zawodów medycznych, a w związku z tym mniejsze zainteresowanie młodzieży kształceniem w tych zawodach, niedostateczną liczbą lekarzy i personelu średniego;
- poprzednio tworzone misje szpitali, które opierały się na stałej maksymalizacji kompleksowości przy ograniczonym budżecie;
- brak faktycznej wizji strategicznej, biurokratyzację, skostniały sposób finansowania;
- brak sformalizowanych narzędzi oceny placówek medycznych i trudności w określeniu osób (organów) odpowiedzialnych za takie oceny;
- stale wzrastającą liczbę osób starszych w populacji (tzw. kryzys demograficzny), co powoduje zwiększenie zapotrzebowania na szpitale długoterminowe i leczące osoby w podeszłym wieku o różnym stopniu niepełnosprawności.

Lista czynników określanych w ww. raporcie jako kryzysowe jest znacznie dłuższa, może ona wskazywać kierunki, jakie powinien już dzisiaj przyjąć szpital w Polsce. Zakładając bowiem, że inercja czasowa między służbami zdrowia francuską i polską wynosi 10 lat, można z dość dużym prawdopodobieństwem uznać, że po ustabilizowaniu sytuacji finansowej polskich szpitali, po wprowadzeniu w nich niezbędnych czynników restrukturyzacyjnych, wreszcie po wdrożeniu programów prywatyzacji czy sekuryzacji prędzej czy później kryzys podobny do francuskiego dosięgnie i polskie szpitale.

Warto zauważyć, że za jeden z głównych czynników powodujących niepokojącą sytuację placówki medycznej uznaje się niezadowolenie pracowników, brak poczucia przez nich satysfakcji zawodowej, wreszcie niedostateczną atrakcyjność zawodów medycznych. Obserwujemy dziś zjawisko zatrudniania polskich pielęgniarek i lekarzy w szpitalach za granicą, głównie w Szwecji, Holandii, Wielkiej Brytanii, ale także we Francji. Pracownicy ci są tam uznawani za kadrę profesjona-

listów wysoko wykwalifikowaną i dobrze przygotowaną do realizacji świadczeń. Wkrótce okaże się, że polskie szkoły medyczne będą kształciły głównie pracowników zagranicznych szpitali i klinik, co z kolei w Polsce spowoduje kryzys znany dziś z Francji.

Niezwykle ważnymi elementami, które muszą stanowić ważną podstawę tworzenia strategii placówki medycznej, są sytuacja demograficzna i prognozy tej sytuacji na lata następne. Badania przeprowadzone na reprezentatywnej populacji francuskiej przez C. Granruta<sup>8</sup> wskazują, że liczba osób w wieku powyżej 60 lat wzrośnie w roku 2020 w stosunku do roku 1995 o 46,7%, a w roku 2040 w stosunku do roku 2020 aż o 125,0%. Podobnie istotnie statystycznie zmieni się liczba osób powyżej 75 roku życia. W tej kategorii planowany wzrost wyniesie odpowiednio 171,3% (2020 r./1995 r.) i 167,70% (2040 r./2020 r.). Szczegółowe wyniki badań przedstawiono w tabeli.

Tabela nr 1. Starzenie się populacji francuskiej, projekcja demograficzna na lata 2020–2040

Stan [mln]	Tendencja [%]				
	1995	2020	2040	2020/1995	2040/2020
Całość populacji	58 011	62 527	63 240	107,80	101,1
Młodszy niż 20 lat	15 254	13 661	12 603	89,60	92,30
Starszy niż 60 lat	11 580	16 987	21 242	146,70	125,00
Starszy niż 75 lat	3 508	6 008	10 076	171,30	167,70

Źródło: Granrut C., *L'impact du vieillissement démographique en France à l'horizon 2020–2040*, Futuribles, nr 250 Février styczeń 2000, s. 25.

Biorąc pod uwagę powyższe badania, należy z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, że jednym z kluczowych elementów określania specyfiki zakładu opieki zdrowotnej musi być sytuacja demograficzna społeczeństwa. W świetle przedstawionych wyników nie dziwi także bardzo istotny wzrost liczby placówek rehabilitacyjno-leczniczych we Francji, przeznaczonych dla ludzi starszych i niepełnosprawnych. Opracowany tam system punktowy oceniania stanu zdrowia pacjenta pozwala dość dokładnie określić, do jakiej placówki (o jakim stopniu samodzielności) osoba powinna zostać zakwalifikowana. Można przypuszczać, że działania osłonowe dla zakładów znajdujących się w trudnej sytuacji organizacyjnej i finansowej, a także przekształcanie ich w placówki leczenia długoterminowego czy paliatywnego mogą stanowić jeden z kierunków dalszego rozwoju szpitala. Nie ma żadnej wątpliwości, że nie wszystkie placówki mogą czy wręcz muszą dokonywać restrukturyzacji. Wszak wiele z nich specjalizuje się w określonej dziedzinie medycyny, inne są placówkami naukowo-badawczymi ośrodków uniwersyteckich,

<sup>8</sup> C. Granrut, *L'impact du vieillissement démographique en France à l'horizon 2020–2040*, Futuribles, n° 250, Février 2000, p. 23-24.

jeszcze inne zajmują się medycyną na podstawowym poziomie leczniczym. Takie szpitale z całą pewnością powinny kontynuować dotychczasową działalność, jednak nawet w ich przypadku nie można zapominać o tzw. czuwaniu strategicznym (franc. *vielle strategique*), a więc takim zorientowaniu organizacji, aby w każdej chwili potrafiła ona rozpoznać czynniki otoczenia i odpowiednio szybko przygotować się do odparcia niekorzystnych okoliczności wpływających na jej funkcjonowanie.

Reasumując, należy wskazać, że organizacja szpitalna we Francji, tworząc strategię funkcjonowania i zarządzania, powinna brać pod uwagę takie czynniki, jak: możliwość wykonywania określonych świadczeń konkretnym grupom pacjentów (w aspekcie demografii), zadowolenie i satysfakcja personelu medycznego, odpowiednia liczba dobrze wykształconych pracowników ochrony zdrowia oraz wreszcie uwarunkowania prawne i organizacyjne systemu opieki medycznej. Doświadczenia z wdrażania strategii opartych na ww. czynnikach powinny być szeroko dyskutowane przez polskich menedżerów ochrony zdrowia, tak aby można było uniknąć niewątpliwych błędów we wstępnym wdrażaniu nowych modeli i propozycji funkcjonowania, a także ułatwić polskim szpitalom zajęcie pozycji konkurencyjnej wobec zakładów zagranicznych na wspólnym, europejskim rynku świadczeń medycznych.

#### 4. Podsumowanie

Zarządzanie strategiczne zakładem opieki zdrowotnej w dobie okresu reform ochrony zdrowia stanowi niezwykle istotne wyzwanie dla menedżera. Nie sposób zarządzać wyłącznie bieżącą działalnością placówki bez spojrzenia w przyszłość, nie da się zaś dostrzec celu bez przeprowadzenia bardzo trudnego i skomplikowanego procesu diagnostycznego. Doświadczenia założycieli Unii Europejskiej w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia muszą stanowić dla polskich menedżerów tylko nie źródło wiedzy, ale także doświadczeń, aby wdrażane przez nich rozwiązania pozbawione były błędów, które zostały wcześniej wykryte. Obecnie w Polsce toczy się dyskusja na temat kształtu systemu opieki medycznej, jej funkcjonowania i finansowania. Strategia każdej placówki powinna oczywiście opierać się na przeszłej i bieżącej sytuacji jednostki, jednak na podstawie dostępnych danych każda organizacja musi określać swoją przyszłą pozycję. Zakładając zatem tożsamość procesów kształtujących zapotrzebowanie zdrowotne, epidemiologię, demografię w Polsce i we Francji, można przypuszczać, że problemy, które obecnie ujawniają się we Francji, dotyczyć będą wkrótce szpitali polskich. Kiedy już uda się rozwiązać problemy wynikające z niedostatecznego finansowania polskiej ochrony zdrowia, kiedy już zrestrukturyzowane zostaną nierentowne zakłady opieki zdrowotnej, wdrożone zostaną niezbędne narzędzia zarządzania operacyjnego, okaże się, że przed menedżerami staną zupełnie nowe, nieznanne dotąd wyzwania, które wcześniej ujawniły się w innych krajach. Czuwanie strategiczne i obserwowanie oto-

czenia organizacyjnego powinno zatem dotyczyć również otoczenia międzynarodowego, trudności i sukcesów jednoimiennych placówek funkcjonujących na innych rynkach o podobnej strukturze.

## Literatura

- [1] Brillman J., *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa.2002.
- [2] Granrut C., *L'impact du vieillissement démographique en France à l'horizon 2020–2040*, Futuribles, nr 250 Février styczeń 2000.
- [3] Jarosiński M., *Planowanie strategiczne w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] M. Trocki, *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej – zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, IPIS, Warszawa 2002.
- [4] Kautsch M., Klich J., Mazur A., *Procesy planowania w jednostkach opieki zdrowotnej, Raport z badań*, „Antidotum”, 1996 nr 11-12
- [5] Nogalski B., Rybicki J., *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Towarzystwo Naukowe i Kierownictwa Dom Organizatora, Toruń 2002.
- [6] *Rapport d'information déposé par la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales sur l'organisation interne de l'hôpital*, nr 714, cz. 1, Assemblée Nationale, 19 marca 2003 r., [tłum. własne].
- [7] *Raport: finansowanie ochrony zdrowia w Polsce*, red. S. Golimowska, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.
- [8] Romanowska M., *Analiza strategiczna zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej – zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, red. M. Trocki, IPIS, Warszawa 2002.

## CREATION OF HOSPITAL STRATEGY BASED ON FRENCH EXPERIENCE

### Summary

In the process of managing an enterprise, a range of methods for making strategic decisions are applied. Because each organisation has to plan its activity several years in advance, and market mechanisms are moving into health care, it seems appropriate to use tools for applied strategic analysis in enterprises to evaluate hospital strategy. Because of the necessity of limiting the risk associated with conducting activity – in this case medical activity – based on predicting situations that could arise, each organisation must plan for the long term.

In this work, we find out about the need for shaping a medical organisation's strategic position on the strength of, among others, foreign experience. Because France is a completely different country to Poland in terms of financing health care, and similar in its structure of providing medical services, it is possible to make the assumption that the difficulties that we can see at present in the organisation of the health service in France will also exist in Poland after the stabilisation of the system of financing and the functioning of medical care. We should therefore prepare today for expected difficulties and take them into account when creating a strategy for Polish health care facilities.

