Joanna Kacała[1]

KRYZYS A ZARZĄDZANIE SZPITALEM

1. Wstęp

Kolejny rok funkcjonowania w zmienionych warunkach oraz kolejne zmiany zasad funkcjonowania w opiece zdrowotnej nie są już dzisiaj tylko grą o pozycję na rynku usług medycznych ale walką nawet o przetrwanie. Stąd istotnym zadaniem dla kierownictwa staje się zbudowanie odpowiedniej strategii, która umożliwi przetrwanie szpitalowi, a w przyszłości rozwój placówki. Wydaje się oczywiste, że dotychczasowe działania prowadzone w szpitalach powinny zmierzać do wprowadzenia takich zmian, które umożliwiłyby dopasowanie się do zasad funkcjonowania na rynku usług medycznych. Należą do nich:

- nastawienie się na rynek i wygodę pacjenta: rozwijanie działalności marketingowej, dopasowanie struktury usług do zagrożeń zdrowotnych regionu i potrzeb pacjentów, gdyż tylko wtedy opłacalne stają się nakłady na rozwój poszerzenie działalności usługowej;
- wycofywanie się z zagrożonych lub niepewnych rynków, natomiast utrwalanie się w atrakcyjnych dziedzinach działalności dzięki usprawnieniom procedur i obniżaniu kosztów, a także angażowaniu się w nowe, rokujące dobre perspektywy obszary specjalizacji medycznych przez odpowiednią współprace ze sobą różnych klinik;
- poszukiwanie innowacyjnych rozwiązań zarówno w sposobie funkcjonowania szpitala, jak i możliwych terapii pacjenta, doskonalenie procedur diagnostyczno-leczniczych, rozwijanie i wprowadzanie nowych usług, usprawnianie funkcjonowania szpitala;
- przyjęcie totalnej jakości za wartość kluczową dla szpitala (mam tu na myśli jakość usługi medycznej, jakość opieki pielęgniarskiej, jakość warunków bytowych pacjenta itp.), co oznacza, że jakość powinna stać się obowiązującą filozofią w szpitalu klinicznym, a pracownicy powinni być do tego stymulowani odpowiednią motywacją i szkoleniami;
- dysponowanie sprawnym systemem informacji, zwłaszcza o rynku usług medycznych, konkurentach, potrzebach kasy chorych itp.; dzięki temu szpital

[1] Joanna Kacała, dr, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu.

może szybciej reagować na potrzeby otoczenia i formułować realne koncepcje działania;
- uznanie, że pracownicy są głównym i najcenniejszym zasobem organizacji, w który należy inwestować, nie zaś kosztami zmiennymi szpitala;
- tworzenie elastycznego a zarazem prężnego kierownictwa, otwartego na zmiany i cechującego się gotowością i odwagą do podejmowania ryzyka i ponoszenia odpowiedzialności.

Z drugiej strony autorzy wprowadzanych zmian w ochronie zdrowia budowali nowy system na następujących założeniach:
- konsumenci, wskutek niekompetencji, nie pojawiają się na rynku zdrowia z wyraźnie określonymi preferencjami i nie poszukują najbardziej efektywnego dostawcy;
- maksymalizacja zysków świadczeniodawców usług zdrowotnych, w przeciwieństwie do dostawców towarów i usług funkcjonujących na innych rynkach, nie stanowi ich zasadniczego celu;
- dostawcy mają pewien (czasami nawet duży) wpływ na kreowanie poziomu i struktury popytu zgodnie z własnymi preferencjami (ograniczona suwerenność pacjenta), dlatego uważa się, że popyt ten nie powinien być w pełni zaspokajany;
- wielkość i struktura wytwarzanych usług nie jest optymalna oraz nie są one wytwarzane po najniższych kosztach.

Takie podejście miało wymusić na kierownictwie szpitali przeorganizowanie dotychczasowego sposobu zarządzania placówkami. W szczególności zaś miało spowodować zasadnicze zmiany w funkcjonowaniu szpitali, polegające na udzielaniu oferowanych świadczeń w sposób bardziej ekonomiczny, starając się przy tym nie ograniczać jakości opieki zdrowotnej. Kierownictwo szpitali musiało pogodzić dwa, z pozoru przeciwstawne, cele: podnoszenia jakości usług przy zmniejszających się kosztach – poprzez nowe rozwiązania organizacyjne i kierownicze. Konsekwencją zmian miała być racjonalizacja, wzrost konkurencyjności i wydajności w szpitalach.

Tymczasem brak strategii w działaniach kierownictwa oraz zbyt mała ilość środków finansowych wydatkowana na zakup świadczeń medycznych spowodowała, że pacjent staje się intruzem generującym koszty. W szpitalach, w których kierownictwo zadbało o wyrobienie sobie dobrej marki i opinii, pojawienie się pacjenta w prosty sposób wiedzie do większych obowiązków pracy, wyeksploatowania sprzętu, przekroczenia budżetu, zadłużenia placówki itd. Jest to więc ze względów ekonomicznych nieopłacalne. Jedynie misja, do której realizacji placówki służby zdrowia zostały powołane, wartości etyczne, a wreszcie system odpowiedzialności zawodowej powodują, że wbrew zasadom efektywności placówki te wykonują swoje zadania.

2. Szpital a otoczenie zewnętrzne

W artykule tym przedstawiono badania przeprowadzone wśród kadry kierowniczej szpitali w roku 2001 oraz w roku 2003. Ponieważ z punktu widzenia nauk statystycznych reprezentatywność badań jest niewielka, stąd przedstawione wyniki badań należy traktować jedynie jako wskazujące na pewne charakterystyczne tendencje. Badania miały na celu między innymi próbę identyfikacji podejścia respondentów do problemu budowania i określenia strategii. W ankiecie umieszczone zostały pytania dotyczące konkurencji, tworzenia strategii, identyfikacji obszarów, w których konieczne jest podjęcie działań naprawczych oraz moment zmian, w jakim znajduje się szpital. Dostrzeganie zmienności otoczenia ma zdecydowany wpływ na sposób zarządzania placówką i zasady jej funkcjonowania. Przenosi się to przede wszystkim na stosunek szpitala do pacjenta, na inne placówki w sektorze, a w efekcie końcowym na wynik finansowy.

W przeprowadzonych badaniach interesujące było, czy w ciągu dwóch lat od ostatnich badań zmieniło się coś w zasadach funkcjonowania szpitali, czy szpitale zdają sobie sprawę z istniejącej konkurencji na rynku, czy widzą wynikające stąd zagrożenia, czy też skonsolidowały swoje wysiłki na rzecz współpracy zamiast rywalizacji?

Drugim istotnym czynnikiem otoczenia zewnętrznego, mającym wpływ na funkcjonowanie szpitali, są środki finansowe. W poprzednim systemie szpitale otrzymywały określony budżet na swoją działalność. Nie znaczy to wcale, że pieniędzy wystarczało na wszystko. Jak dzisiaj widzą możliwości finansowania swoich szpitali? Jaka jest wizja przyszłości w kwestii źródeł finansowania?

Próbę odpowiedzi na te pytania oraz ocenę stosunku szpitali klinicznych zarówno do otoczenia konkurencyjnego, jak i finansowania ich w przyszłości zawiera niniejszy podrozdział.

2.1. Stosunek do konkurencji

W ankiecie umieszczone zostały pytania dotyczące konkurencji. Jak zatem wygląda stosunek respondentów do konkurencji? W roku 2001 zaledwie 1 na 4 respondentów zauważa problem konkurencyjnej działalności innych jednostek. Z zaproponowanych do wyboru placówek respondenci uznali, że do konkurencyjnych należą: inne szpitale kliniczne, duże szpitale specjalistyczne, oraz szpitale wojewódzkie. Te placówki konkurują między sobą o pacjentów, jak również pod względem wyposażenia oraz o środki finansowe. Pozostałe wymienione placówki, czyli szpitale powiatowe, ośrodki diagnostyczne oraz szpitale prywatne, w ogóle nie były w tamtym czasie brane pod uwagę. Dziwiła wtedy tak radykalna postawa, zwłaszcza w stosunku do szpitali prywatnych, ponieważ w trakcie roz-

mów respondenci podkreślali, że te szpitale będą się liczyły w momencie zainwestowania w ten sektor potężnego kapitału.

Natomiast w roku 2003 z otrzymanych wyników jednoznacznie wynika, że respondenci traktują wszystkie wymienione szpitale jako konkurencję w każdym z proponowanych kryteriów, tzn.: liczby przyjmowanych pacjentów, posiadanego wyposażenia oraz, co za tym idzie, ilości otrzymywanych środków finansowych.

Wyniki badań przedstawia tabela.

Tabela 1. Klasyfikacja konkurencji dla szpitali w roku 2001 i 2003

Placówki konkurencyjne	Kryteria konkurencji					
	Ilości przyjmowanych pacjentów		Otrzymanych środków finansowych		Wyposażenia	
	2001 r.	2003 r.	2001 r.	2003 r.	2001 r.	2003 r.
Inne szpitale kliniczne	21	0	32	40	5	40
Duże szpitale specjal.	21	50	21	30	21	30
Szpitale wojewódz.	26	20	37	20	26	30
Szpitale powiatowe	0	10	0	10	0	20
Ośrodki diagnostyczne	0	20	0	20	0	20
Szpitale sektora pryw	0	20	0	30	0	50

Źródło: Opracowanie własne.

Może to świadczyć zarówno o zrozumieniu sytuacji, w jakiej znalazły się te szpitale, jak i o uświadomieniu sobie przez kierownictwo, że jednak część szpitali będzie musiała być zlikwidowana bądź przekształcona w zakłady długoterminowej opieki paliatywnej.

2.2. *Postrzeganie otoczenia*

Dane opisujące nastawienie dyrektorów szpitali do zmian otoczenia pozwalają na wyciągnięcie wniosków dotyczących ich postaw. Wydawało się naturalne, że po wprowadzeniu nowych zasad funkcjonowania szpitali na rynku usług medycznych dyrekcja skupi swoją uwagę na obserwacji otoczenia rynkowego. Tymczasem w hierarchii ważności wybranych czynników w zarządzaniu szpitalem, a ocenianych przez respondentów w roku 2001, otwartość i elastyczność w reagowaniu na otoczenie postawiona została dopiero na 4. miejscu (patrz tabela).

Tabela 2. Hierarchia ważności w zarządzaniu szpitalem klinicznym

Kryteria ważności w zarządzaniu szpitalem klinicznym	Miejsce według hierarchii					
	Rok 2000			Rok 2003		
	cała grupa	sytuacja finansowa		cała grupa	sytuacja finansowa	
		zadłuż	nie zadłuż		zadłuż	nie zadłuż
Wynik ekonomiczny	1	1	3	1	1	1
Uczciwość i rzetelność w kontaktach z pacjent	5	6	4	3	3	2
Podnosz. kwalifikacji, kompetencji i rozwój pracow.	6	4	6	5	5	6
Efektywność w wykorzystywaniu dostępnego potencjału	2	3	1	2	2	5
Otwartość i elastyczność w reagowaniu na otoczenie	4	5	2	6	6	3
Odpowiedzialność za podejmowane decyzje i działania	3	2	5	4	4	4
Osobiste osiągnięcia w działaniach na rzecz szpitala	7	7	7	7	7	7

Źródło: Opracowanie własne.

Interesująco przedstawiają się te wyniki, kiedy interpretujemy je z punktu widzenia sytuacji finansowej placówki. Okazuje się, że respondenci w placówkach niezadłużonych otwartość i elastyczność w reagowaniu na otoczenie stawiali już na 2. miejscu po efektywności w wykorzystaniu dostępnego potencjału, gdy tymczasem w placówkach zadłużonych zajmowała ona dopiero 5. miejsce w hierarchii ważności tego kryterium w zarządzaniu. To pytanie pokazuje wiele różnic w zarządzaniu szpitalami klinicznymi. Dyrektorzy placówek niezadłużonych na 1 miejscu stawiali efektywność w wykorzystaniu dostępnego potencjału, na 2. lub 3. ważny był wynik ekonomiczny. Ciekawy jest również stosunek do odpowiedzialności za podejmowane decyzje, gdzie respondenci placówek zadłużonych stawiają go na 2. miejscu, natomiast w niezadłużonych zajmuje dopiero 5. miejsce.

Po dwóch latach (w 2003 roku) od poprzednich badań czynnik ten, tak istotny przy tworzeniu strategii, jest przez respondentów przesunięty jeszcze niżej w hierarchii ważności, z 4. miejsca w 2001roku na miejsce 6., na rzecz odpowiedzialności za podejmowane decyzje oraz podnoszenia kwalifikacji i rozwój pracowników. Wśród tej grupy respondentów zaledwie 10% określiło swoją sytuację, jako dobrą bądź zrównoważoną. Są to szpitale prywatne lub szpitale po gruntownej reorganizacji, które postawiły na rozwój własnej bazy diagnostycznej, częściowo sprywatyzowanej, obsługującej inne szpitale oraz przychodnie. Kierownictwo tych szpitali, zgodnie z oczekiwaniami, stawia otwartość i elastyczność w reago-

waniu na otoczenie na 3. miejscu, jednak ustawienie pozostałych elementów jest dużym zaskoczeniem. Jeżeli nawet przyjmiemy, że obecnie efektywność w wykorzystywaniu dostępnego potencjału jest po wprowadzonych zmianach bardzo wysoka, to czy można ją ustawiać na 5 miejscu w hierarchii ważności?

Oczywiście można uznać, że są kryteria ważniejsze niż reagowanie na otoczenie. Jednak w dniu dzisiejszym to umiejętność reagowania i dostosowywania się lub korzystania z zaistniałych okazji może zdecydować o istnieniu szpitala klinicznego.

2.3. Strategia w szpitalach klinicznych

Kolejna grupa pytań dotyczyła strategii. Miały one na celu próbę identyfikacji podejścia respondentów do problemu określenia strategii.

W ankiecie umieszczone zostały pytania dotyczące identyfikacji obszarów, w których konieczne jest podjęcie działań naprawczych oraz w jakim momencie zmian obecnie znajduje się szpital.

Na początek respondenci mieli za zadanie określić obszary, w ramach których działania zostały już podjęte, oraz obszary, w których działania będą dopiero podjęte (tab. 3).

Tymczasem aż 2 na 3 ankietowanych w roku 2001 uznało obszar niedostrzegania zmienności otoczenia za nieistotny, w którym nie są i nie będą podejmowane działania. Jest to zbieżne z wcześniejszymi pytania i potwierdza brak zainteresowania kierownictwa analizowaniem otoczenie zewnętrznego. Proporcje te w 2003 roku wyraźnie się odwróciły i 70% respondentów podjęło lub podejmie działania w tym obszarze. Różnice w opinii respondentów ujawniły się jeszcze w punkcie 9.: nieefektywne wykorzystanie aparatury diagnostycznej, gdzie 16% podjęło działania naprawcze, a 42% dopiero podejmie w tym kierunku działania. Odpowiedzi takie są współbrzmiące z wcześniejszymi wskazania dotyczącymi tego obszaru

Pytanie następne dotyczyło momentu zmian, w jakim znajduje się szpital. Odpowiedź respondentów w roku 2001 przedstawiono w tab. 4.

47% respondentów stwierdziło, że dopiero rozpoczęli wdrażanie zmian, 37% uważa, że jest na półmetku, ale jest jeszcze wiele do zrobienia i 16% respondentów określiło, że osiągnięte zostały najważniejsze cele i proces zmian dobiega końca. Była to opinia respondentów, którzy swoją sytuację finansową określili jako dobrą. W roku 2003 odpowiedzi nie były już tak optymistyczne (patrz tabela). 31% respondentów dopiero pracuje nad zaplanowaniem i przygotowaniem procesu zmian, 43% rozpoczęło wdrażanie zmian, 17% jest na półmetku, ale ma jeszcze dużo do zrobienia. Trzeba w tym miejscu zwrócić uwagę na te 10% respondentów, którzy zaznaczyli odpowiedź, że nie planują zmian. Jest to ta grupa, która jest właśnie po śmiałej restrukturyzacji swojej działalności.

Tabela 3. Wybrane obszary funkcjonowania szpitali w roku 2001 oraz w roku 2003

	Rok 2001			Rok 2003		
Obszary zmian w szpitalu	zostały podjęte	będą podjęte	brak wskazań	zostały podjęte	będą podjęte	brak wskazań
Niedostosowanie stanu majątkowego szpitala w stosunku do potrzeb	68	16	16	37	26	37
Wysoki poziom zadłużenia	47	21	32	48	21	31
Pogorszenie się wypłacalności szpitala	52	11	37	38	31	31
Wzrost konkurenc. innych szpitali w stosunku do szpitala klinicznego	42	5	53	21	31	48
Niedostrzeganie zmienności otoczenia	37	0	63	48	21	31
Zła jakość świadczonych usług	42	0	58	37	26	37
Złe warunki sanitarno-bytowe dla pacjentów	31	38	31	31	31	38
Kształt struktury organizacyjnej	48	26	26	48	21	31
Nieefektywne wykorzystania aparatury diagnostycznej	32	26	42	16	42	42
Brak działalności marketingowej	26	32	42	31	38	31

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4. Moment procesu zmian w szpitalu w roku 2001 oraz w roku 2003

W jakim momencie procesu zmian znajduje się obecnie szpital	Rok 2000	Rok 2003
Nie planujemy	0	10
Pracujemy nad ich zaplanowaniem i przygotowaniem	0	31
Rozpoczęliśmy wdrażanie zmian	47	43
Jesteśmy na półmetku, ale jest jeszcze wiele do zrobienia	37	17
Osiągnęliśmy najistotniejsze cele i proces zmian dobiega końca	16	0
Proces zmian w naszej firmie się zakończył	0	0

Źródło: Opracowanie własne.

Kolejne pytanie dotyczyło opracowania długofalowej strategii rozwoju w szpitalu. W 2001 roku 42% respondentów stwierdziło, że taka strategia jest opracowana, jednak wymieniano głównie długofalowe programy naprawcze lub restrukturyzacyjne. Natomiast 58% ankietowanych przyznało, że w ich szpitalach nie opracowano do tej pory żadnej strategii rozwoju. W roku 2003 tylko 10% respondentów stwierdziło, że strategia została opracowana, natomiast aż 90% odpowiedziało negatywnie. W trakcie rozmów uzasadniano to brakiem ustabilizowania sytuacji szpitali. Biorąc pod uwagę problemy finansowe i organizacyjne, z jakimi muszą się borykać dyrektorzy szpitali po wprowadzeniu zmian systemowych, pytanie kolejne miało ten pogląd zweryfikować. Okazało się jednak, że zarówno w roku 2001, jak i w roku 2003 aż 84% respondentów stwierdziło, że aktualna sytuacja szpitala zmusza ich do koncentrowania uwagi na bieżących działaniach w celu utrzymania szpitala. Tym nieustannym „gaszeniem pożarów", jak określali swoją pracę niektórzy z dyrektorów, tłumaczyli również brak strategii dla swoich placówek.

Tabela 4. Przeprowadzenie zmian strukturalnych w szpitalach w 2001 roku oraz w 2003 roku (w %)

Czy nastąpiły w szpitalu zmiany strukturalne	Rok 2001	Rok 2003
Tak	74	58
Nie	26	42

Źródło: Opracowanie własne.

Pytanie dotyczące wprowadzania zmian strukturalnych w szpitalach jak najbardziej potwierdziły działania w tym kierunku. Biorąc pod uwagę całość próby badawczej, okazało się, że w 74% badanych placówek zmiany strukturalne miały miejsce. Część ankietowanych (26%) stwierdziło, że nie przeprowadzało u siebie żadnych zmian strukturalnych. Natomiast wśród powodów przeprowadzenia zmian strukturalnych w szpitalach w roku 2001 podawano następujące:

- konieczność redukcji kosztów (58%),
- założenia opracowanej strategii (26%),
- racjonalizacja zatrudnienia (11%).

Pomimo że pytanie było na wpół otwarte i istniała możliwość dodania własnych opcji, nikt z ankietowanych nie określił innych powodów poza wymienionymi. Podobnie było w roku 2003 i wyniki były następujące:

- konieczność redukcji kosztów (70%),
- założenia opracowanej strategii (20%),
- dostosowanie się do zmiennych wymogów stawianych przez NFZ (10%).

Na koniec respondenci zostali poproszeni u udzielenie odpowiedzi w formie otwartej na pytanie: co będzie sukcesem dla ich szpitala klinicznego.

Również w odpowiedziach na to pytanie dało się zauważyć wpływ sytuacji finansowej badanej placówki. Respondenci ze szpitali klinicznych nie zadłużonych rozwój swojej placówki widzieli w kategoriach rozwoju medycznego. Podkreślali znaczenie dalszego rozwoju bazy diagnostyczno-laboratoryjnej, tworzenia nowych oddziałów specjalistycznych, rozwój ilościowy i jakościowy dotychczasowych usług. Podkreślali również, że wielkim sukcesem będzie utrzymanie dotychczasowej pozycji wśród szpitali oraz wyróżniającego wizerunku wśród pacjentów. Umożliwi im to pozyskanie nowych klientów zarówno instytucjonalnych (inne regionalne kasy chorych, firmy ubezpieczeniowe, przedsiębiorstwa), jak i nowych klientów indywidualnych.

Respondenci z zadłużonych szpitali klinicznych nie potrafili wyjść poza problemy finansowe. Dlatego sukces ich szpitala to np.: zrównoważenie przychodów i rozchodów, restrukturyzacja bazy łóżkowej oraz centralizacja diagnostyki, likwidacja zadłużenia i zmniejszenie kosztów funkcjonowania.

3. *Wnioski dla zarządzania szpitalem klinicznym*

Obecnie służba zdrowia, a zwłaszcza szpitalnictwo, znajduje się w trudnej sytuacji kryzysowej. Wpływ na to mają dwie przyczyny: zbyt małe środki na zakup świadczeń medycznych po stronie dostawcy, czyli NFZ, oraz brak jasno określonej strategii i wynikającego z niej procesu zmian wprowadzanego w szpitalach.

Uzyskane wyniki badań skłaniają do sformułowania kilku podstawowych wniosków dotyczących zarządzania szpitalami. Odnosząc się do procesu zarządzania szpitalami, należy na obecnym etapie zwrócić uwagę na zagadnienie stosunku do otoczenia oraz stosunku do strategii.

Analiza otoczenia jest warunkiem koniecznym i niezbędnym w tworzeniu strategii, tymczasem stosunek do otoczenia prezentowany przez badanych był wręcz zaskakujący. Wprowadzone zmiany systemowe w służbie zdrowia zmieniły warunki funkcjonowania szpitali. Zmieniły się przede wszystkim uwarunkowania otoczenia zewnętrznego tych placówek. Jednak dla przeważającej grupy respondentów problem zmiany tego otoczenia nie istnieje. Reagowanie na otoczenie wśród innych kryteriów znajduje się na jednym z końcowych miejsc.

Zmieniło się natomiast podejście do konkurencji. Według 70% kadry zarządzającej szpitalami w roku 2001 placówki te nie miały konkurencji w żadnym z proponowanych kryteriów, tj. liczby przyjmowanych pacjentów, wyposażeniu placówki oraz ilości otrzymywanych środków finansowych. Mogło to świadczyć o braku rozeznania w tworzących się układach organizacyjnych na rynku świadczeń medycznych.

Kolejna grupa wniosków dotyczy wprowadzania zmian i strategii w szpitalach. Badaną grupę charakteryzuje brak szerokiego spojrzenia na całokształt problemów zarządzania szpitalem. Z jednej strony wszystkie działania naprawcze podporządkowane są i dotyczą obszaru finansowego, a jednocześnie brak jest widocznej inwencji i działań w celu zwiększenia przychodów szpitala. Taka sytuacja powoduje dalsze problemy finansowe. Kiedy szpitale niezadłużone wprowadzanie wszelkich zmian zaczynają od dostosowania stanu majątkowego szpitala do potrzeb (86%) oraz działań naprawczych w związku ze wzrostem konkurencyjności innych szpitali (57%), to w zadłużonych placówkach działania naprawcze skupiają się na wypłacalności szpitala (75%) i poziomie zadłużenia (67%).

Ostatni wniosek dotyczy samej kadry zarządzającej szpitalem klinicznym. Mimo upływu dwóch lat od poprzednich badań nie dało się zauważyć żadnych znaczących różnic w podejściu do zarządzania szpitalem. Na podstawie przedstawionych powyżej wniosków dotyczących problemów związanych z zarządzaniem szpitalami, które w większości dotyczą szpitali zadłużonych, można mówić o braku menedżerskiego przygotowania do pełnienia funkcji kierowniczych na stanowisku dyrektora szpitala.

Bibliografia

1. Czerska M., Rutka R., *Kierunki doskonalenia struktury organizacyjnej szpitala w warunkach reformy służby zdrowia*, w: *Zmiana warunkiem sukcesu*, red. J. Skalik, Wyd. AE we Wrocławiu, Wrocław 2000.
2. Instrukcja Ministra Zdrowia z 2 grudnia 1955 r. w sprawie zasad organizacji państwowych szpitali klinicznych (Dz. Urz. Min. Zdrowia nr 23, poz. 129; i zmiany).
3. Kliś L., *Czas na szpitale kliniczne*, „Antidotum", 1996.
4. Koronkiewicz A., Miśkiewicz M., Murkowski M., *Metodologia i planowanie efekty restrukturyzacji szpitali w Polsce*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1999.
5. Kacała J., *Strategia w szpitalu klinicznym – rzeczywistość czy fikcja?*, Wydawnictwo AE we Wrocławiu, Wrocław 2002.
6. Obłój K., *Strategia organizacji*, PWE, Warszawa 1998.
7. Penc J., *Strategie zarządzania. Perspektywiczne działanie*, Agencja wydawnicza Placet, Warszawa 1994.

Joanna Kacała

CRISIS AND HOSPITAL MANAGEMENT

SUMMARY

The article describes the organization of hospital and identifies the differences compared to other business organizations. The analysis covers the influence of the market conditions on hospital managing. The medical care environment and the strategy building in hospitals had been researched between 2001 and 2003 and the results are presented in the summary of the article.