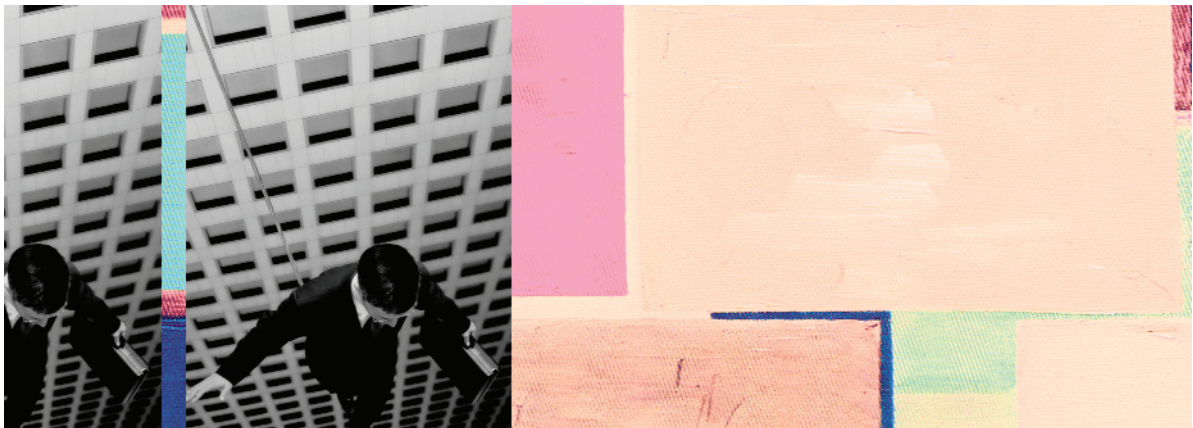


Mazowiecki Sojusz Partnerski



– alianse strategiczne zakładów opieki zdrowotnej

Dariusz R. Hajdukiewicz

Organizacje opieki zdrowotnej w Polsce funkcjonują w środowisku określonym jako burzliwe. Relacje zachodzące między organizacjami w takim środowisku mogą mieć różny charakter – relacji rynkowych, a także dobrowolnych lub zawartych pod przymusem związków. Alians strategiczny jest przykładem relacji dobrowolnych.

Strategie relacyjne zalicza się do biznesowych strategii współpracy. Jest wiele definicji aliansu. W potocznym języku *alians* oznacza współdziałanie przeciwników, a w języku zarządzania przeciwników zastępują konkurenci, zaś alians jest czymś pośrednim między rywalizacją a integracją.

W literaturze wymienia się 4 główne motywy zawierania aliansów:

- ▮ **obrona pozycji (to motyw lidera, dla którego dany sektor ma znaczenie kluczowe),**
- ▮ **poprawa pozycji (gdy sektor jest kluczowy w przypadku naśladowcy),**
- ▮ **utrzymanie się w sektorze (motyw lidera, gdy sektor ma znaczenie peryferyjne),**
- ▮ **restrukturyzacja (w przypadku na-**

śladowcy działającego w sektorze peryferyjnym).

Cele strategiczne dla których firmy dotychczas konkurujące zawierają alianse to m.in.:

- ▮ **wzrost rynku (wzrost udziału, znalezienie niszy, nowe produkty, nowe kanały dystrybucji),**
- ▮ **poprawa potencjału organizacyjnego (wyższy poziom współpracy, zwiększenie zdolności do świadczenia usług o wysokiej jakości, wyższe morale pracowników itp.),**
- ▮ **rozwój zdolności innowacyjnych (udoskonalanie procesów, innowacje technologiczne, promocja nowoczesności itp.),**
- ▮ **uzyskanie nowych przewag konkurencyjnych (stworzenie nowych barier wejścia lub wyjścia, uznanie dla marki, uzyskanie pozycji lidera, uzyskanie efektu korzyści skali),**
- ▮ **korzyści finansowe (spadek i racjonalizacja kosztów stałych, wzrost przychodów, wzrost zysków itp.).**

W praktyce aliansów okazuje się, że głównym celem jest wspólne przygotowanie nowego wyrobu, a w mniejszym stopniu jego wspólna produkcja, rzadziej marketing i wszystkie elementy razem. Najważniejsze korzyści wynikające z zawarcia aliansów strategicznych to – poza realizacją ww. celów strategicznych – m.in.:

- ▮ **zachowanie autonomii organizacji członkowskich,**

- ▮ **łatwość odwrotu w przypadku zmiany strategii,**
- ▮ **przezwyciężenie dotychczasowej bierności,**
- ▮ **redukcja ryzyka,**
- ▮ **czasem przeżycie organizacji,**
- ▮ **wzajemne uczenie się poprzez wykorzystanie doświadczenia partnerów,**
- ▮ **wzrost satysfakcji klientów i poprawa wizerunku organizacji partnerskich.**

Ale związki dwóch lub więcej organizacji niosą ze sobą też pewne niebezpieczeństwa dla jednej lub wszystkich firm. Część zagrożeń wynika z ujawnienia potencjalnej konkurencji swoich najbardziej chronionych informacji, inne z pewnej współzależności organizacji członkowskich aliansu.

Zagrożenia te to przykładowo:

- ▮ **osłabienie konkurencyjności organizacji,**
- ▮ **spadek efektywności poszczególnych partnerów,**
- ▮ **nadszarpnięcie wizerunku partnerów w przypadku niepowodzenia jednego z nich,**
- ▮ **uzależnienie jednego partnera od innych lub zdominowanie wszystkich przez jednego z partnerów,**
- ▮ **nierówny podział obowiązków i udziałów partnerów.**

Poza zagrożeniem bezpieczeństwa czy nawet istnienia organizacji, istot-

ne jest również niebezpieczeństwo niepowodzenia przedsięwzięcia:

- ▶ **zawarcie aliansu pod przymusem,**
- ▶ **spadek efektywności sojuszu na skutek sztywności partnerów,**
- ▶ pomawianie o znowę i praktyki monopolistyczne,
- ▶ niedostosowanie produktu do potrzeb klientów lub partnerów,
- ▶ **rotacja odpowiedzialności,**
- ▶ brak porozumienia partnerów odnośnie wspólnych celów związku,
- ▶ ryzyko skomplikowania wzajemnych relacji i koordynacji wysiłków,
- ▶ ryzyko konfliktu efektywności całości z celami jednostkowymi partnerów.

Alianse strategiczne w ochronie zdrowia

Często uważa się, że alianse organizacji ochrony zdrowia łatwo się rozpadają, nie osiągając zamierzonych celów. W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że taki los czeka 50–80 proc. związków organizacji medycznych. Ale to w Stanach właśnie są też największe pozytywne doświadczenia w tworzeniu aliansów organizacji medycznych i w odniesieniu przez nie sukcesów. Opisano tam 15 dużych aliansów, obejmujących ponad 1 600 szpitali, a ok. 30 proc. wszystkich szpitali w Stanach należy do aliansów. W 1978 r. powstał w Rochester w stanie Nowy Jork związek 9 szpitali, które zrzeszyły się, by wspólnie realizować kilka programów, m.in. plan wynagradzania szpitali, czy program ograniczania kosztów. 10 lat później w Southeast powstała sieć SHA, która została utworzona przez kilkanaście szpitali klinicznych z obawy przed konkurencją szpitali rejonowych, coraz częściej świadczących usługi wysoce specjalistyczne. *Voluntary Hospitals of America* (VHA) to z kolei stowarzyszenie 100 szpitali amerykańskich. Także w Polsce znane są przykłady skutecznie funkcjonujących konsorcjów szpitali, powoływanych najczęściej w celu dokonania wspólnie dużych zakupów. Kilka lat temu zostało utworzone tzw. *konsorcjum ciechanowskie*, skupiające kilka sąsiednich placówek. W ostatnich latach zawiązano też na Mazowszu m. in. Ligę Północną i Ligę Zdrowia – konsorcja powołane

w celu organizacji wspólnych zakupów – karettek pogotowia czy komputerów. Ale alianse w ochronie zdrowia mogą być tworzone także przez pojedynczych lub zorganizowanych w grupy lekarzy (rodzinnych, specjalistów), instytucje rządowe, ubezpieczeniowe itp.

Mazowiecki Sojusz Partnerski

Koncepcja stworzenia w Polsce aliansu strategicznego niekonkurencyjnych dla siebie szpitali, powstała jako odpowiedź na niebezpieczeństwo nieznalesienia się w strukturach krajowej sieci szpitali. Mazowiecki Sojusz Partnerski został przygotowany dla szpitala powiatowego w Makowie Mazowieckim i szpitala kolejowego w Pruszkowie. Oba zakłady są usytuowane po przeciwległych stronach Warszawy, w odległości ok. 100 km od siebie. Z powodu położenia geograficznego są to zakłady, które nie konkurują ze sobą. Makowski szpital zatrudnia 570 osób. Do najważniejszych osiągnięć zakładu należą – akredytacja CMJ (2001), zdobycie tytułu *Szpital przyjazny dziecku* (2003), wdrożony, zintegrowany system zarządzania jakością i środowiskiem zgodny z normą ISO 9001:2000 i 14001:1996 (2003). Szpital posiada też liczne akredytacje do szkoleń personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. W latach 1999–2002 zakład przeszedł głęboką restrukturyzację zatrudnienia, powstały nowe jednostki (ZOL) i komórki organizacyjne (m.in. SOR, rehabilitacja, poradnie). Obecnie w zakładzie funkcjonuje 7 jednostek organizacyjnych: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, dział pomocy doraźnej, zespół poradni specjalistycznych, podstawowa opieka zdrowotna, dział rehabilitacji i dział diagnostyki. W szpitalu działają następujące oddziały – chirurgii, ortopedii, chorób wewnętrznych, nefrologiczny, stacja dializ, ginekologiczno-położniczy, dziecięcy, noworodkowy, intensywnej terapii, rehabilitacyjny, szpitalny oddział ratunkowy i izba przyjęć. W skład zespołu poradni wchodzi 20 poradni specjalistycznych.

W strukturach Szpitala Kolejowego w Pruszkowie znajdują się oddziały szpitalne, przychodnia przy szpitalna oraz pracownie diagno-

Alians MSP powstał w trosce o obniżenie ciągle rosnących kosztów funkcjonowania placówek medycznych

styczne. Od 1995 roku szpital jest członkiem Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie. W szpitalu działają następujące komórki organizacyjne: oddziały – chorób wewnętrznych, diabetologiczny, gastroenterologiczny, kardiologiczny, intensywnego nadzoru kardiologicznego, nefrologiczny ze stacją dializ, intensywnej terapii, pulmonologii, rehabilitacji kardiologicznej, chirurgii ogólny, urologiczny, chirurgii jednego dnia, ginekologiczny, dziennego pobytu, dla przewlekłe chorych i izba przyjęć, a także 18 poradni specjalistycznych.

Alians MSP powstał w trosce o obniżenie ciągle rosnących kosztów funkcjonowania placówek medycznych, poprzez stosowanie zapożyczonych, tańszych rozwiązań inwestycyjnych, dokonywanie wspólnych przetargów i zakupów, a także ograniczenie zatrudnienia personelu administracji dzięki podziałowi niektórych obowiązków między oba zakłady. Warto podkreślić, iż rozwiązanie to nie przyczyni się do zwiększenia kosztów funkcjonowania zakładów, a jego realizacja przyniesie wręcz wymierne korzyści.

W obu szpitalach od wielu lat wykonuje się regularnie analizy strategiczne, pozwalające kierownictwu lepiej znać obecne i potencjalne możliwości zakładów czy szanse i zagrożenia dla nich. Z analizy satysfakcji pacjentów kierownictwo szpitali poznaje opinie na temat zakładów. Jednym z najczęstszych badań jest analiza kluczowych czynników sukcesu firmy, do których zaliczono, podobnie w obu zakładach, następujące czynniki – umiejętność zaspokojenia przez pracowników oczekiwań różnych grup pacjentów, zdolność świadczenia profesjonalnych usług o wysokiej jakości i łatwej dostępności, akceptację przez pracowników potrzeby dostosowania się do standardów akredytacyjnych oraz umiejętność ustalania własnych zakładowych standardów i kształtowanie nawyków oszczędnościowych. W obu zakładach prowa-

dzi się także analizy otoczenia konkurencyjnego, zgodnie z modelem M.E. Portera, a pozycję każdego zakładu ocenia się przy użyciu macierzy McKinsey'a i macierzy Hofera. Macierz McKinsey'a i macierzy Hofera. Macierz McKinsey'a pozwala ocenić, jak te same rodzaje świadczeń (sektory dializ, szpitalnictwa i ambulatoryjnej specjalistyki) postrzegane są pod względem atrakcyjności w odmiennych warunkach lokalnych rynków Mazowsza.

Podobnie plasuje się, np. pozycja świadczeń szpitalnych w obu zakładach. Sektor ten oceniany jest jako leżący na granicy przeciętnej i wysokiej atrakcyjności. Pozycja konkurencyjna tych świadczeń dla zakładu w Pruszkowie oceniana jest jako mocna, a dla makowskiego zakładu jako leżąca na granicy pozycji przeciętnej i mocnej. Sektor świadczeń specjalistyki ambulatoryjnej oceniany jest już w nieco odmienny sposób. Pruszkowskie poradnie specjalistyczne mają przeciętną pozycję konkurencyjną, ale sektor tych świadczeń oceniany jest jako wysoce atrakcyjny. Przeciętnie atrakcyjny jest natomiast ten sektor dla poradni makowskich, których pozycja konkurencyjna jest dla odmiany mocna. Dializy stanowią przykład całkowicie odmiennej oceny identycznych świadczeń na podobnym rynku. Makowski szpital postrzega ten sektor jako bardzo atrakcyjny i zajmuje tu mocną pozycję konkurencyjną, natomiast szpital w Pruszkowie ma słabą pozycję konkurencyjną, a sam sektor ocenia jako położony na granicy przeciętnej i niskiej atrakcyjności. Regularne prowadzenie tego typu analiz w odniesieniu do wszystkich rodzajów świadczeń pozwala szybko reagować na potencjalnie groźne zmiany w otoczeniu. Analizy wykorzystania łóżek w poszczególnych oddziałach przez mieszkańców okolicznych powiatów są jednymi z częściej wykonywanych analiz. Podobnie dokładna identyfikacja jednostek chorobowych umożliwia planowanie rozwoju zakładów, zgodnie z zapotrzebowaniem zdrowotnym. Oba szpitale regularnie od kilku lat oceniają ich klienci. Wyniki ankiet są omawiane na specjalnych zebraniach we wszystkich oddziałach. W wyniku analiz tych ankiet wprowadzane są w obu zakładach zmia-

ny, dostosowujące ich funkcjonowanie do oczekiwań pacjentów. W obu szpitalach daje się zauważyć stałą tendencja wzrostowa w ocenie jakości świadczonych w nich usług medycznych i pomocniczych, choć te drugie wypadają na ogół gorzej.

Analizy technikami benchmarkingu, czyli sposobami naśladowania wzorcowych metod działania na zasadzie uczenia się od lepszych, stosuje się również od kilku lat w obu szpitalach. Technika benchmarkingu wewnętrznego polega, w obu przypadkach, na analizowaniu, np. szczegółów każdego z wymienionych wcześniej kluczowych czynników sukcesu w odniesieniu do, np. wszystkich oddziałów szpitalnych poprzez porównywanie z najlepszym, pod względem danego kryterium, oddziałem. Wyniki ankiet badających satysfakcję pacjentów omawiane na spotkaniach rady ordynatorów, zebraniach pielęgniarek oddziałowych lub przy okazji szkoleń wewnętrznych w poszczególnych komórkach organizacyjnych; to także forma analiz technikami benchmarkingu wewnętrznego w obu szpitalach. Analizy technikami benchmarkingu zewnętrznego, zorientowanego na konkurencję, stosowane są w obu zakładach rzadziej, na podstawie nie zawsze pewnych informacji o konkurencyjnych szpitalach w okolicy lub o liderach na rynku. Ale niektóre aspekty działalności medycznej można ocenić bardzo wnikliwie, np. poziom kontroli zakażeń szpitalnych na tle innych szpitali skupionych w sieci OPTY (elitarnej grupie szpitali, prowadzących rozsądną kontrolę zakażeń szpitalnych).

Porównywanie struktury kadrowej obu szpitali pozwala na analizowanie przyczyn nadzatrudnienia niektórych grup zawodowych w niektórych specjalnościach.

Analiza SWOT wykonywana jest regularnie w obu szpitalach przez różne grupy pracowników. Porównawcza analiza SWOT dla obu szpitali przedstawia się następująco:

Mocne strony

- ▮ Wysokie pozycje w rankingach: 2. miejsce szpitala w Pruszkowie na Mazowszu w rankingu *Rzeczpospolitej* i 1. miejsce oddziału

chirurgii w tym rankingu; 11. miejsce oddziału chorób wewnętrznych i 30. ortopedii szpitala w Makowie w kraju w rankingu *Newsweek*;

- ▮ pełna 3-letnia akredytacja CMJ, system ISO 9001:2000, 14001:1996 i tytuł *Szpital przyjazny dziecku* to osiągnięcia szpitala w Makowie; szpital pruszkowski aktualnie przygotowuje się do oceny CMJ;
- ▮ obecność ponadstandardowych komórek/oddziałów: nefrologii, ortopedii, SOR, ZOL, stacji dializ w Makowie; kardiologii, nefrologii, pulmonologii, gastrologii, diabetologii, urologii, stacji dializ w Pruszkowie;
- ▮ realizacja zadań ponadstandardowych: hemodializy w obu zakładach, diagnostyka kardiologiczna (echo przezprętykowe), pełna panendoskopia, ECPW w Pruszkowie; dializy ADO/CADO, intensywna terapia dorosłych z niewydolnością nerek w Makowie;
- ▮ duże doświadczenie w intensywnej terapii, mikrobiologii i zwalczaniu zakażeń szpitalnych w Makowie; w chirurgii i kardiologii w Pruszkowie;
- ▮ akredytacja do szkoleń personelu średniego w Makowie (oparzenia, reanimacja, EKG, dializoterapia); personelu lekarskiego w Makowie: ortopedia, interna, nefrologia, anestezjologia i intensywna terapia, medycyna ratunkowa; personelu lekarskiego w Pruszkowie: kardiologia, gastrologia, diabetologia, nefrologia, chirurgia, anestezjologia i intensywna terapia;
- ▮ brak zobowiązań finansowych w obu zakładach;
- ▮ realizacja ustawy 203 – bez zaległości w obu zakładach;
- ▮ dobry stan budynków sukcesywnie modernizowanych, położonych w estetycznym parku w Makowie; rozwiązania ekologiczne ogrzewania, termomodernizacja w Pruszkowie.

Słabe strony

- ▮ częściowo wyeksploatowany sprzęt specjalistyczny (RTG w Makowie, sterylizator w Pruszkowie);
- ▮ przestarzałe zaplecze logistyczne (kuchnia, pralnia, kotłownia

w Makowie, konieczność modernizacji centralnej sterylizacji i wymiany windy w Pruszkowie);

- ▀ trudności z pozyskaniem niektórych specjalistów – neurolog, kardiolog w Makowie, odchodzenie doświadczonej kadry w Pruszkowie.

Szanse

- ▀ stworzenie Krajowej Sieci Szpitali może być szansą dla obu szpitali;
- ▀ podobnie wyrównanie stawek między szpitalami powiatowymi a specjalistycznymi za te same procedury.

Zagrożenia

- ▀ opóźnianie wejścia w życie ustawy o państwowym ratownictwie medycznym grozi problemami finansowania SOR w Makowie;
- ▀ ekspansja niepublicznych stacji dializ;
- ▀ ryzyko niezalezienia się w sieci;
- ▀ obawa o zmniejszenie nakładów na system ochrony zdrowia;
- ▀ zmniejszenie sprawności systemu na skutek kolejnej zmiany reguł;
- ▀ obawa o zaniżenie stawek po wyrównaniu ich między województwami.

Zadania MSP

Autorzy projektu, precyzując misję MSP – *współpraca zakładów opieki zdrowotnej skutkująca poprawą ich wyników finansowych, pozycji rynkowej i wizerunku* określili także cele sojuszu w następujący, świadomie ogólnikowy, sposób:

- ▀ poszukiwanie oszczędności i szans na poprawę wyników finansowych poprzez wzajemne analizowanie kosztów zakupów, kosztów leczenia w odniesieniu do porównywalnych oddziałów, średnich kosztów leczenia jednego chorego i wreszcie wspólna organizacja przetargów w uzasadnionych przypadkach;
- ▀ doradztwo i pomoc organizacyjna w niemedyycznej działalności szpitala – problematyka ogrzewania, komputeryzacji, remontów, estetyki otoczenia, a także wymiana doświadczeń i wzajemna pomoc w rozwiązywaniu problemów związanych z ochroną środowiska i z potencjalnym dla środowiska

zagrożeniem, jakie stanowią odpady medyczne i technologiczne, powstające w zakładach opieki zdrowotnej.

- ▀ wzajemna współpraca w zakresie prowadzenia szkoleń personelu średniego, obejmująca również wymianę kadr – praktyki w celu poznania specyfiki pracy w organizacji partnerskiej i stosowanych w niej rozwiązań organizacyjnych, a także wymiana doświadczeń i wspólne analizowanie problemów diagnostyczno-terapeutycznych, konsultacje pacjentów i szkolenia praktyczne personelu lekarskiego, z uwzględnieniem kursów praktycznych z zakresu obsługi specjalistycznej aparatury medycznej, a więc też zwiększenie dostępu partnerów do szeroko pojętej nowoczesności.
- ▀ wzajemna wymiana doświadczeń z zakresu ustawicznej poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjentów i personelu przez, np. ujednoczenie zasad ankietowania poziomu satysfakcji pacjenta, wzajemne szkolenia personelu, wzajemne audytowanie procesów zarządzania jakością w organizacji, ale także przez wspólne opracowanie i stosowanie programów kontroli zakażeń szpitalnych i zapobiegania im, polityki antybiotykowej, profilaktyki przeciwzakrzepowej, przeciwwrzdodowej i przeciwoleżynowej, a w razie potrzeby innych wspólnych zasad postępowania, ograniczających ryzyko wystąpienia niepożądanych zdarzeń w zakładach leczniczych.

Zadania MSP opierają się na następujących wnioskach dotyczących:

- ▀ kosztów – szczególnie ciekawe jest zestawienie kosztów leków, gdzie stwierdzono, że średnia różnica cen leków wynosi 10,14 proc. Obniżenie tych kosztów o 10 proc. daje oszczędności rzędu 240 tys. zł rocznie. Analogiczne zestawienia kosztów zakupów sprzętu jednorazowego użytku wskazują na możliwość poczynienia dalszych oszczędności na poziomie 150 tys. zł rocznie. Wspólna organizacja przetargów w ramach sojuszu strategicznego umożliwi oszczędności rzędu 400 tys. rocznie,

▀ posiadanie specjalistycznych oddziałów umożliwi wymianę kadr, możliwość szkoleń, łatwość konsultacji, pomoc w stworzeniu nowych oddziałów w partnerskim szpitalu,

- ▀ zaawansowana technologicznie informatyzacja w szpitalu kolejowym daje możliwość skorzystania z doświadczeń w przeprowadzaniu przetargu informatycznego i tworzenia specyfikacji istotnych warunków zamówienia, szkolenia pracowników i wdrażania programów dla szpitala w Makowie. Współpraca obu zakładów w tym zakresie przyniesie oszczędności rzędu 90 tys. zł we wdrożeniu nowego systemu oprogramowania,
- ▀ wymiana doświadczeń w zakresie promocji zdrowia umożliwi wspólne wypracowanie skuteczniejszych sposobów pozyskiwania środków na to zadanie od samorządów,
- ▀ akredytacja w Makowie usprawni proces akredytacji w Pruszkowie,
- ▀ termomodernizacja przeprowadzona w Pruszkowie, polegająca na dociepleniu ścian, wymianie okien oraz zamianie tradycyjnego źródła ogrzewania na źródła ekologiczne i uzasadnione ekonomicznie, jest kierunkiem, do którego powinien dążyć szpital w Makowie. Pierwsze badanie potrzeb i możliwości wskazuje na szansę zaoszczędzenia ok. 500 tys. zł rocznie po wdrożeniu rozwiązań z Pruszkowa. Największym sukcesem tego przedsięwzięcia jest efekt ekonomiczny, ale też i efekt ekologiczny. Taki sposób realizacji przedsięwzięcia przynosi 380 tys. zł oszczędności,

- ▀ wymiana metodologii analitycznych w prowadzeniu analiz działalności zakładów, np. w zakresie analizy 5 sił Portera, benchmarkingu, analizy macierzy,
- ▀ współpraca w zakresie ochrony środowiska.

Efekty współpracy obu zakładów można podzielić na efekty doraźne, których wymiar pozytywny można dostrzec i ocenić w perspektywie kilku miesięcy oraz efekty długofalowe, które zaczną owocować na przestrzeni kilku lat. Pierwszą grupę stanowią zadania, które można uruchomić bezkosztowo, jedynie po-

przez zmiany organizacyjne i szkolenia. Druga grupa to przedsięwzięcia, wymagające dodatkowych nakładów na realizację projektów, przebudowy infrastruktury zakładów i ich organizacji. Alians MSP może być docelowo poszerzony o udział szpitala klinicznego i kilku (2–3) szpitali pierwszego poziomu referencyjnego, niebędących dla siebie terytorialnie konkurentami. W celu spotęgowania siły układu symbiotycznego można rozważyć zaproszenie nsoz-ów realizujących świadczenia z zakresu poz, z terenu działania partnerskich szpitali. W skład zarządu MSP wchodzić ma po trzech przedstawicieli organizacji: obligatoryjnie dyrektorzy zakładów, a także po dwie wskazane przez nich osoby, reprezentujące zakład (tak, by nie wykluczyć interesów innych grup zawodowych) i gwarantujące stabilizację sojuszu w przypadku zmian na kierowniczych stanowiskach w zakładach. W okresie późniejszym możliwe będzie również zatrudnienie wyspecjalizowanej grupy menedżerskiej, pełniącej funkcję zarządu.

Podsumowanie

Pełne wrozenie współpracy w oparciu o Mazowiecki Sojusz Partnerski może przynieść tworzącym go zakładom wymierne korzyści wynoszące 1 220 tys. zł rocznie. Mając na uwadze fakt, że w obu prezentowanych zakładach opieki zdrowotnej, przeprowadzono w ostatnich la-

tach różne formy reorganizacji i stosowano różne strategie rozwoju, słuszną wydaje się dalsza tendencja do poszukiwania i wykorzystania nowych rozwiązań strategicznych. Liderzy obu organizacji doskonale zdają sobie sprawę z ryzyka podjętego przedsięwzięcia, ale też z wysokości kosztów utraconych szans w przypadku rezygnacji z zawiązania aliansu.

Należy założyć, że najbliższe lata wiązać się będą z pewną centralizacją w systemie ochrony zdrowia, będzie to jednak głównie centralizacja finansowa. W obliczu starzenia się polskiego społeczeństwa, a także gwałtownie rosnącej wypadkowości (drogowej, w pracy i w rolnictwie) prawidłowa organizacja opieki medycznej na szczeblu podstawowym będzie wymagała realizacji dwóch kierunków zmian. Pierwszy – to tworzenie powiązań między lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a szpitalami, dysponującymi szerokim profilem świadczeń, dobrym zapleczem diagnostycznym i przede wszystkim możliwościami intensywnej terapii w stanach zagrożenia życia.

Drugi kierunek – to łączenie się szpitali w organizacje wzajemnie się uzupełniające i wzajemnie się uczące, tak aby w efekcie zapewnić swoim pacjentom kompleksową usługę medyczną.

Ale niepewność przyszłości obecnego systemu ochrony zdrowia w Polsce, rosnąca konkurencja, po-

głębiający się deficyt środków finansowych, niejasne kryteria przyjęcia do krajowej sieci szpitali, obawa przed likwidacją szpitali, zagrożenie bioterroryzmem czy epidemiami chorób zakaźnych i wiele innych potencjalnych wstrząsów w burzliwym otoczeniu placówek medycznych nakazują uwzględnić scenariusz zakładający mnożenie się związków tych organizacji na znacznie większą skalę. Łatwiej bowiem stawiać czoła zagrożeniom, będąc w układzie partnerskim czy w związku kilku szpitali niż w pojedynkę. Ale szpitale, które już teraz nawiążą współpracę z partnerami strategicznymi zyskają zarówno doświadczenie, jak i kolejną przewagę konkurencyjną.

Piśmiennictwo

1. Penc-Pietrzak I. *Strategie biznesu i marketingu*. Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2000.
2. Romanowska M. *Alianse strategiczne przedsiębiorstw*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1997.
3. Romanowska M. *Strategie rozwoju i konkurencji*. Centrum Informacji Menedżera, Warszawa 1998.
4. Shortell SM, Kaluzny AD. *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2001.
5. Strategor. *Zarządzanie firmą – strategie, struktury, decyzje, tożsamość*. Polskie Towarzystwo Ekonomiczne, Warszawa 1999.
6. Suszyński C. *Restrukturyzacja przedsiębiorstw*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1999.
7. Trocki M i wsp. *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej – zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*. IPIŚ Warszawa 2002.

Dariusz R. Hajdukiewicz – specjalista chirurg, MBA, dyrektor naczelny SPZOZ w Makowie Mazowieckim, interesuje się problematyką ustawicznej poprawy jakości i nowoczesnymi technikami zarządzania placówkami ochrony zdrowia.