

Emil Bukłaha

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

## Po co szpitalom outsourcing?

W numerze 10/2008 „Gospodarki Materialowej i Logistyki” ukazał się artykuł Katarzyny Nowickiej pt. *Outsourcing – remedium na bolączki szpitala?* Uzupełniając tezę jego autorki, chciałbym postawić jeszcze bardziej przewrotne pytanie: po co w ogóle szpitalom outsourcing? Niniejszy artykuł zawiera mój wywód oraz pewną polemikę z autorką wspomnianej publikacji. Wykorzystuję w nim wyniki kierowanych przez mnie badań z zakresu zastosowania outsourcingu jako narzędzia restrukturyzacji polskich szpitali w latach 2006–2008, które razem z zespołem Katedry Zarządzania Projektami SGH przeprowadziłem w ubiegłym roku.

### Pojęcie outsourcingu

Przez pojęcie **outsourcingu** rozumiem długotrwałe wydzielenie ze struktury organizacji obszarów działalności mających najczęściej charakter niekluczowy, pomocniczy i wspierający. Realizację tego typu działań powierza się przedsiębiorstwom zewnętrznym w stosunku do zleceniodawcy, od których oczekuje się, iż dzięki wysokiej specjalizacji usług będą w stanie skutecznie zastąpić ich wewnętrzną realizację. Ponieważ w literaturze przedmiotu można wyróżnić wiele sposobów klasyfikacji outsourcingu, na potrzeby tego artykułu przyjęto jego podział według formy prawnej zleceniobiorcy w relacji do zleceniodawcy. W tej kategorii wyróżnia się:

▼ **outsourcing kapitałowy** – nazywany także outsourcingiem wewnętrznym, np. przekazanie wydzielonych funkcji spółce-córce z udziałem większościowym lub mniejszościowym przedsiębiorstwa macierzystego;

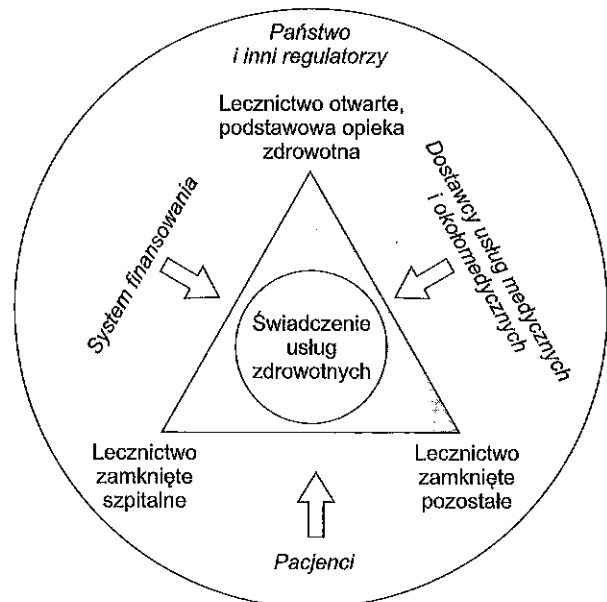
▼ **outsourcing kontraktowy** – powierzenie wykonania usługi outsourcingowej podmiotowi zewnętrznemu na zasadzie umowy o współpracy (SLA), m.in. w ramach *joint venture*, franchisingu, konsorcjum, licencji i porozumień handlowych, aliansów strategicznych, sieci biznesowych.

### Szpitale w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Szpitale stanowią – w moim przekonaniu – najważniejszy element systemu ochrony zdrowia w Polsce (rys. 1), ponieważ zapewniają komplekso-

wą opiekę zdrowotną, oferując najbardziej uniwersalne i złożone usługi medyczne ze wszystkich organizacji zajmujących się powszechnym świadczeniem usług zdrowotnych. I to właśnie szpitale są tą grupą, którą szczególnie silnie dotknął kryzys w systemie opieki zdrowotnej. Prawie 60% z nich nie ma płynności finansowej, a przeciętne zadłużenie szpitali publicznych wynosi tyle, ile ich dwuletnie wpływy z kontraktów z NFZ. Eksperti szacują, że dwadzieścia najbardziej zadłużonych placówek nie będzie w stanie zbilansować swoich wydatków przez 20–25 lat<sup>1</sup>. Dlatego szpitale, przy niestabilnym poziomie dotacji z Narodowego Funduszu Zdrowia, chcąc zachować ciągłość działalności, musiały podjąć szereg działań sanacyjnych, mających na celu m.in. obniżenie kosztów i uelastycznienie sposobu funkcjonowania. Ponieważ strategia outsourcingu dostarczała niezbędnych do tego narzędzi, kierownictwo szpitali decydowało się często na tę technikę restrukturyzacyjną. Czy z perspektywy ostatnich lat było to słuszne posunięcie?

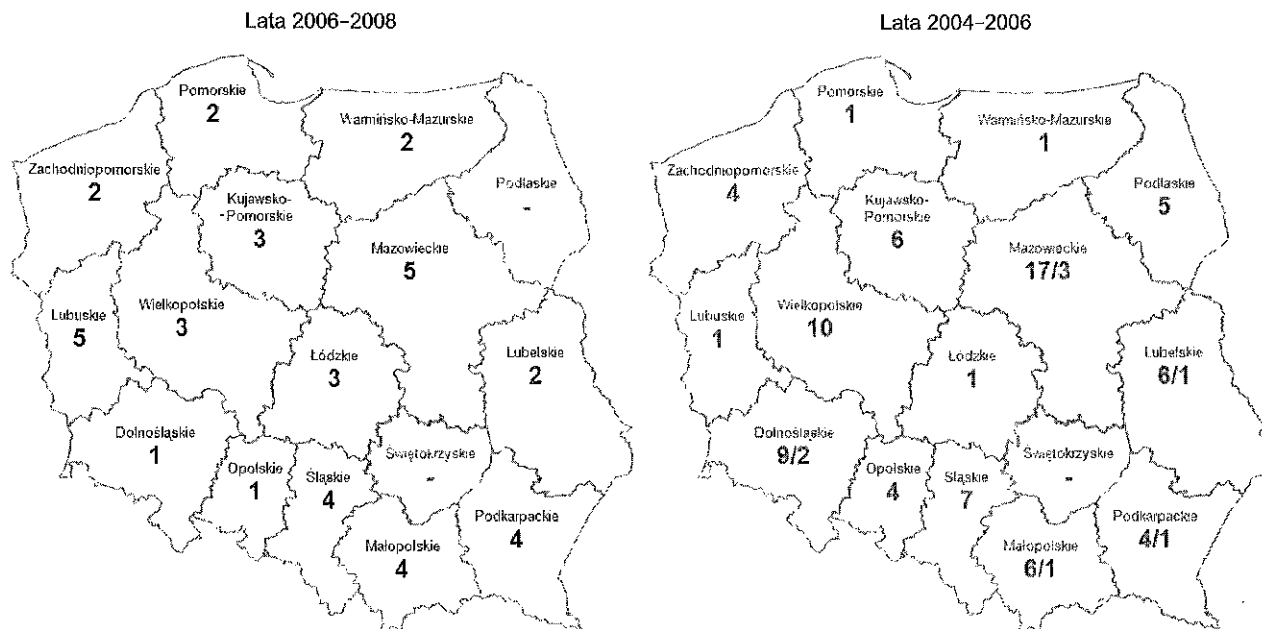
Rysunek 1  
Składowe systemu opieki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne.

<sup>1</sup> Na podstawie: P. Stefaniak, *Polska służba zdrowia potrzebuje reanimacji*, „Manager Magazine”, 26.06.2007, za: <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Polska-sluzba-zdrowia-potrzebuje-reanimacji-1602635.html>, 28.11.2008.

Rysunek 2  
Rozkład próby badawczej według województw



Uwaga: Po ukośniku (/) podano liczbę ankietowanych szpitali, w których nie dokonano żadnych wydziałań.  
Źródło: opracowanie własne.

Problem ten spróbuję przeanalizować w dalszej części tekstu, opierając się na wynikach wspomnianych badań. Miały one postać standaryzowanych pocztowych badań ankietowych oraz celowych wywiadów bezpośrednich przeprowadzonych w polskich szpitalach. Badaną populację stanowiły 732 szpitale publiczne, działające na terenie Polski. Próba badawcza objęła 42 placówki (ok. 6% badanej populacji), na co składało się 18 placówek z pierwszego, 20 z drugiego i 4 z trzeciego poziomu referencyjnego<sup>2</sup>. Choć grupa badawcza tej wielkości może stanowić próbę reprezentatywną i umożliwić uogólnianie wniosków dla całej populacji, to chciałbym zaznaczyć, że wyniki przedstawionych analiz powinny być traktowane raczej jako podstawa do dalszych, szczegółowych badań dotyczących funkcjonowania polskich szpitali niż wskazanie jedyne go słusznego sposobu ich restrukturyzacji.

Badania koncentrowały się na wieloaspektowej analizie podejścia placówek szpitalnych do outso-

urcingu. Obejmowały one przede wszystkim identyfikację wydzielanych funkcji w szpitalach, wyjaśnienie przyczyn i efektów przeprowadzonego wydzielenia, a także identyfikację interesariuszy i inicjatorów szpitalnego outsourcingu. Ważne miejsce w badaniach zajęła również ocena stopnia zadowolenia kadry kierowniczej placówek z wydzielenia pewnych funkcji oraz analiza rodzajów obszarów działalności przeznaczonych do wydzielenia w najbliższych latach.

### Zastosowanie outsourcingu w polskich szpitalach – wyniki badań empirycznych

Przedstawione analizy dotyczą okresu badawczego obejmującego lata 2006–2008. Aktualne dane zestawiono z wynikami podobnych badań z lat 2004–2006<sup>3</sup>, które przeprowadzono na próbie 82 z 700 polskich szpitali publicznych. Na tę liczbę składały się 33 placówki z pierwszego, 43 z drugiego i 6 z trzeciego poziomu referencyjnego. Uzyskano wówczas zwrot z ankiet na poziomie ok. 12%. Rozkład próby badawczej w obu okresach pokazano na rysunku 2.

<sup>2</sup> Szpitale były przyporządkowane do trzech poziomów referencyjnych: I poziom – szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowych specjalności medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii oraz anestezjologii i intensywnej terapii; II poziom – szpitale wojewódzkie, udzielające obok świadczeń zdrowotnych w wymienionych wyżej specjalnościach, świadczeń z co najmniej czterech następujących specjalności: kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, III poziom – szpitale kliniczne oraz jednostki badawczo-rozwojowe Ministerstwa Zdrowia. Podział na poziomy referencyjne został zniesiony w 2003 r. wraz z wejściem w życie ustawy o NFZ. Przyporządkowanie to zostało zastosowane przez autora jedynie w celu rozgraniczenia wielkości i funkcji szpitali.

<sup>3</sup> Również przeprowadzonych przez autora, których wyniki stały się podstawą części empirycznej jego rozprawy doktorskiej pt. *Zastosowanie outsourcingu w procesie restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej w Polsce*.

Tabela 1  
Liczba dokonanych wydzieleń według dziedzin działalności i typu outsourcingu z podziałem na poziomy referencyjne szpitali

Poziom referencyjny szpitali	Liczba wydzieleń			
	z zakresu dziedzin medycznych		z zakresu dziedzin pomocniczych (pozamedycznych)	
	outsourcing kontraktowy	outsourcing kapitałowy	outsourcing kontraktowy	outsourcing kapitałowy
Lata 2006–2008 (łącznie 302 wydzielenia)				
I	23	-	83	-
II	32	1	123	9
III	2	1	23	-
Łącznie	62	2	229	9
Łącznie liczba wydzieleń wg dziedzin działalności (% ogółu)	64 (21,2%)		238 (78,8%)	
Lata 2004–2006 (łącznie 562 wydzielenia)				
I	50	-	151	-
II	61	2	246	11
III	12	-	28	1
Łącznie	123	2	425	12
Łącznie liczba wydzieleń wg dziedzin działalności (% ogółu)	125 (22,2%)		437 (77,8%)	

Źródło: opracowanie własne.

Każdy z przebadanych szpitali dokonał w latach 2006–2008 wydzielenia przynajmniej jednego rodzaju działalności, zaś w latach 2004–2006 wydzieleń dokonano w 74 z 82 placówek (a zatem było to średnio 9 na 10 szpitali).

Kolejnym przedmiotem analizy była liczba wydzieleń dokonanych w badanym okresie ze względu na objęte nimi obszary działalności oraz typy stosowanego przez szpitale outsourcingu. Dane dla obu okresów badawczych zawiera tabela 1.

Tabela 2  
Łączna liczba wydzieleń ze względu na typ outsourcingu

Badany okres	Liczba i odsetek wydzieleń	
	outsourcing kontraktowy	outsourcing kapitałowy
2006–2008	291 (96,4%)	11 (3,6%)
2004–2006	548 (97,5%)	14 (2,5%)

Z zestawienia pokazanego w tabeli 1 wynika, iż w latach 2006–2008, niezależnie od poziomu referencyjnego badanych szpitali, przeważał outsourcing dziedzin pozamedycznych nad *stricte* medycznymi. Prawie 80% wydzieleń pochodziło z grupy działań pomocniczych, a tylko co piąte dotyczyło usług medycznych. Porównując wyniki z obu okresów badawczych, można zauważyć, iż proporcje są w zasadzie identyczne. Może to świadczyć o atrakcyjnej i rozbudowanej ofercie zewnętrznych usługodawców z dziedzin pozamedycznych. Potwierdza to praktyka – wiele firm oferujących usługi ochrony,

sprzątania czy cateringu ma wieloletnie doświadczenie w ich świadczeniu przedsiębiorstwom komercyjnym, działającym na wolnym rynku. Oczywiście oferta kierowana do placówek zdrowotnych ma swoją specyfikę, niemniej jednak jest to na tyle duży rynek, że firmy zewnętrzne, korzystając ze zdobytych już doświadczeń, coraz częściej postrzegają sektor zdrowotny jako atrakcyjnego klienta.

Dane tabeli 2 pozwalają wnioskować, że w latach 2006–2008, podobnie jak w latach 2004–2006, dominującą formą szpitalnych wydzieleń był outsourcing kontraktowy. Również w tym przypadku proporcja wydzieleń kontraktowych do kapitałowych była prawie identyczna w obu okresach badawczych (odpowiednio 96,4 i 3,6% w pierwszym okresie oraz 97,5 i 2,5% w drugim). Może to świadczyć z jednej strony o dojrzałym rynku usługodawców komercyjnych działających w obszarach poddanych wydzieleniom, z drugiej zaś – wynikać m.in. z braku gotowości prawno-organizacyjnej do realizacji tego typu przedsięwzięć czy niechęci kierownictwa szpitali do podejmowania dodatkowego ryzyka gospodarczego powstającego w wyniku tworzenia szeregu spółek-córek świadczących usługi na rzecz placówki. I rzeczywiście, w latach 2006–2008 tylko 2 z 42 szpitali zdecydowały się na wykorzystanie outsourcingu kapitałowego w swoich procesach restrukturyzacyjnych.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że wydzieleniom podlegały liczne rodzaje działalności szpitala – zarówno z zakresu medycznego, jak i pozamedycznego. W ramach outsourcingu kon-

traktowego w latach 2006–2008 najczęściej wydzielanymi obszarami były:

- ▼ z zakresu działań medycznych:
  - usługi laboratoryjne i analityka medyczna,
  - zespół lekarzy rodzinnych,
  - pogotowie ratunkowe (ratownictwo medyczne),
  - sterylizacja,
  - dyżury lekarskie,
  - rehabilitacja;
- ▼ z zakresu działań pomocniczych:
  - usługi pralnicze,
  - sprzątanie,
  - stołówka i usługi żywieniowe,
  - ochrona mienia,
  - usługi transportowe,
  - doradztwo prawne.

Porównując otrzymane wyniki z danymi z lat 2004–2006, zauważono, że znaczna większość rodzajów działalności znajdowała się również na liście z tamtego okresu. Dotyczy to zarówno działań medycznych, jak i pomocniczych, co może świadczyć, z jednej strony, o niesłabnącym trendzie do wydzielania tego typu funkcji ze struktury szpitala oraz o ich szczególnie silnej podatności na outsourcing, z drugiej zaś, o zunifikowanych potrzebach w tym zakresie szpitali każdego poziomu referencyjnego.

W latach 2006–2008 kierownictwo placówek w różnorodny sposób oceniło stopień spełnienia oczekiwań odnośnie do działalności po wydzieleniu<sup>4</sup>. Jeśli chodzi o wydzielania kontraktowe, na uwagę zasługuje fakt, iż zarówno w obszarach medycznych, jak i pomocniczych żaden z najczęściej wydzielanych rodzajów działalności nie otrzymał najwyższej oceny zadowolenia z wydzielenia. Przepuszczalnie powodem tego jest prawidłowość, iż im więcej razy dane wydzielenie było oceniane, tym większe szansa zróżnicowania tych ocen. Zgodnie z tą zasadą najwyższe noty uzyskiwały rodzaje działalności występujące w badaniu sporadycznie, takie jak m.in. tomografia i rezonans magnetyczny, urologia czy oddział chorób wewnętrznych, a także opieka nad informatycznymi bazami danych, odbiór zwłok czy usługi finansowe. Należy jednak zaznaczyć, że poza ochroną mienia oceny przyznane najczęściej wydzielanym funkcjom (zarówno medycznym, jak i pomocniczym) zawsze plasowały się w najwyższym kwartyle oceny.

Odmienne podejście ankietowani mieli do wydzieleń dokonanych w formie kapitałowej. W tym przypadku każda działalność realizowana w tej formie uzyskała maksymalną ocenę. Może to świadczyć o przekonaniu kierownictwa ZOZ-u o słuszności tego typu podejścia do outsourcingu, znajomości lokalnych realiów działania placówki i efektywnych relacjach pomiędzy obiema stronami umowy outsourcingowej.

<sup>4</sup> W badaniach z lat 2004–2006 ocena zadowolenia z dokonanych wydzieleń nie była przeprowadzana.

Następnym przedmiotem badania była identyfikacja głównych przyczyn dokonywania outsourcingu w polskich szpitalach. Najważniejsze z nich zostały pokazane w tabeli 3.

Tabela 3  
Najczęstsze przyczyny wydzieleń w polskich szpitalach na podstawie wyników badań z lat 2004–2006 i 2006–2008

Najczęściej występujące przyczyny wydzieleń	Liczba szpitali	Procent szpitali, w których wystąpiła badana cecha
Lata 2006–2008 (N=42)		
Ograniczenie/uniknięcie nakładów inwestycyjnych	38	90,5
Obniżenie kosztów realizacji wydzielonej działalności dla zlecniodawcy	31	73,8
Dążenie do skupienia się na kluczowej działalności	27	64,3
Uproszczenie organizacji/zarządzania szpitalem	26	61,9
Potrzeba redukcji personelu placówki	21	50,0
Lata 2004–2006 (N=74)		
Obniżenie kosztów realizacji wydzielonej działalności dla zlecniodawcy	67	90,5
Ograniczenie/uniknięcie nakładów inwestycyjnych	61	82,4
Dążenie do skupienia się na kluczowej działalności	49	66,2
Uproszczenie organizacji/zarządzania szpitalem	48	64,9
Potrzeba redukcji personelu placówki	47	63,5

Źródło: opracowanie własne.

Z zestawienia powodów stosowania outsourcingu widać wyraźnie, że są one identyczne w obydwu badanych okresach. Może to oznaczać te same strategiczne problemy zarządcze, odzwierciedlające cały czas niedokończony proces restrukturyzacyjny polskich szpitali – i szerzej – systemu opieki zdrowotnej. Zbieżność ta może być również oznaką zunifikowanych potrzeb uelastyczniania struktury organizacyjnej oraz zwiększania efektywności placówek każdego poziomu referencyjnego i dążenia do osiągnięcia tego właśnie poprzez outsourcing. Analiza powodów dokonywania outsourcingu w szpitalach nasuwa ciekawe spostrzeżenie – są one niemal identyczne jak powody wydzieleń wskazywane w literaturze przedmiotu dla przedsiębiorstw działających na wolnym rynku. Stąd już tylko krok do stwierdzenia, że restrukturyzacja organizacyjna placówek szpitalnych jest wysoce zbieżna z modelem restrukturyzacji stosowanym w typowej działalności komercyjnej.

Kolejny etap badań stanowiła próba identyfikacji oraz oceny efektów osiąganych dzięki outsourcingowi. Zbiorcze wyniki zostały przedstawione w tabeli 4.

Tabela 4  
Najczęstsze efekty wydziałów i ich ocena w polskich szpitalach w badaniach z lat 2006–2008 i 2004–2006

Najczęściej występujące efekty i ich ocena	Liczba szpitali	Procent szpitali, w których wystąpiła badana cecha
Lata 2006–2008 (N=42)		
Ograniczenie/uniknięcie nakładów inwestycyjnych	39	92,9
Obniżenie kosztów realizacji wydzielonej działalności	35	83,3
Obniżenie liczby zatrudnionych przy wykonywaniu wydzielonej działalności	32	76,2
Uproszczenie organizacji/zarządzania	30	71,4
Wzrost jakości realizacji wydzielonych usług	28	66,7
Lata 2004–2006 (N=74)		
Obniżenie kosztów realizacji wydzielonej działalności	66	89,1
Ograniczenie/uniknięcie nakładów inwestycyjnych	62	83,8
Obniżenie liczby zatrudnionych przy wykonywaniu wydzielonej działalności	58	78,4
Obniżenie kosztów pracowniczych świadczeń socjalnych	52	70,3
Wzrost jakości realizacji wydzielonych usług	51	68,9

Źródło: opracowanie własne.

Analizując sytuację w bieżącym okresie badawczym, należy stwierdzić, iż najczęściej deklarowanym osiągniętym efektem było ograniczenie lub uniknięcie nakładów inwestycyjnych. Sytuację taką wskazało 9 na 10 ankietowanych szpitali. Kolejnym efektem było obniżenie kosztów realizacji wydzielonej działalności, co wybrało ponad 83% badanych placówek. Następne w kolejności było obniżenie liczby zatrudnionych przy wykonywaniu wydzielonych działań, co pociągnęło za sobą uproszczenie struktury organizacyjnej szpitala oraz obniżenie pracowniczych kosztów świadczeń socjalnych. Ostatnim z grupy pięciu najczęściej występujących efektów było osiągnięcie wyższej jakości świadczenia wydzielonych usług. W tym miejscu warto przywołać wyniki powodów dokonywania outsourcingu w szpitalach. Okazuje się, iż prawie wszystkie z najczęściej osiąganych efektów wydziałów pokrywają się z najczęściej wskazywanymi powodami ich dokonywania (wyjątkiem była potrzeba skupienia się na kluczowej działalności, która nie znalazła odzwierciedlenia w opisanych powyżej efektach).

Porównując obydwa analizowane okresy badawcze, zauważymy, że deklarowane przez kierownictwo placówek efekty outsourcingu są również – tak jak przyczyny jego stosowania – w zasadzie iden-

tyczne. Wyjątek stanowi pojawienie się w zestawieniu z lat 2006–2008 efektu uzyskania lepszej przejrzystości finansowej. Dla wyjaśnienia należy dodać, że występował on również w poprzednim okresie badawczym, jednak na dalszym miejscu w rankingu.

Przyznawane oceny osiągnięcia poszczególnych efektów również nie pozostawiają złudzeń, że stosowanie outsourcingu jako narzędzia restrukturyzacji jest przypadkowe. W zestawieniu najwyższej ocenianych efektów dwa z pięciu w bieżącym okresie badawczym oraz wszystkie w okresie poprzednim należały również do grupy efektów najczęściej występujących. Poza oceną wzrostu jakości realizacji wydzielonych usług w bieżącym okresie każdy z efektów plasował się również w najwyższym kwartyle oceny. Może to świadczyć o wyraźnie sprecyzowanych oczekiwaniach co do efektywności dokonywania wydziałów oraz osiągania zamierzonych efektów, a także o dojrzałości kooperacyjnej partnerów outsourcingowych.

Zdaniem autora taka zbieżność osiąganych efektów, jak również ich ocena – i to niezależnie od poziomu referencyjnego szpitali oraz okresu badawczego – może wskazywać na wysoką trafność oczekiwań co do realnego zaspokojenia przyczyn dokonywania wydziałów oraz na menedżerskie umiejętności kierownictwa szpitali w stosowaniu outsourcingu. Stanowi to również dowód na efektywność tego narzędzia restrukturyzacji w zarządzaniu placówkami zdrowotnymi.

Niestety, trzeba przyznać, że wydziałenia nie zawsze się udają. Potwierdza to przykład kilku szpitali z południowej Polski, których głównym problemem był wzrost kosztów wydzielonej działalności po wydzieleniu (zespołu lekarzy rodzinnych, sprzedaży leków oraz usług żywieniowych), głównie z powodu zbyt małej konkurencji w danych obszarach w badanym regionie. Trzeba jednak zaznaczyć, że głosy takie były jednostkowe – w zdecydowanej większości przypadków proces wydziałów był oceniany jednoznacznie pozytywnie.

Kolejnym ważnym aspektem przeprowadzonych badań była identyfikacja podmiotów ostatecznie odpowiedzialnych za przygotowanie i przeprowadzenie działań outsourcingowych. Zbiorcze wyniki dla obu okresów badawczych zaprezentowano w tabeli 5.

W zdecydowanej większości przypadków wydziałenia były dokonywane przy udziale wewnętrznych służb szpitala. Sytuację taką raportowało ponad 80% wszystkich placówek w okresie badawczym 2006–2008. Nie inaczej było też w okresie poprzednim: 63 na 74 szpitale należały do tej grupy. Następna pod względem liczby wskazań była sytuacja, w której służby wewnętrzne placówki były wspierane przez konsultantów zewnętrznych (firmy doradcze specjalizujące się w outsourcingu lub samych wykonawców usług outsourcingowych). Dzięki po-

Tabela 5  
Główni odpowiedzialni za przygotowanie wydziałów w polskich szpitalach na podstawie wyników badań z lat 2006–2008 i 2004–2006

Podmioty	Lata 2006–2008		Lata 2004–2006	
	liczba szpitali	procent szpitali, w których wystąpiła badana cecha N=42	liczba szpitali	procent szpitali, w których wystąpiła badana cecha N=74
Własne służby	36	85,7	63	85,1
Własne służby + konsultanci zewnętrzni	6	14,3	10	13,5
Konsultanci zewnętrzni	0	0,0	1	1,4

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6  
Źródło inicjatywy wydziałów w polskich szpitalach na podstawie wyników badań z lat 2006–2008 i 2004–2006

Inicjatorzy wydziałów	Lata 2006–2008		Lata 2004–2006	
	liczba szpitali	procent szpitali, w których wystąpiła badana cecha N=42	liczba szpitali	procent szpitali, w których wystąpiła badana cecha N=74
Zarząd szpitala	39	92,9	65	87,8
Średnia kadra kierownicza	8	19,0	14	18,9
Organ nadzorujący	8	19,0	10	13,5
Rada społeczna	7	16,7	6	8,1
Reprezentacje pracownicze (np. związki zawodowe)	1	2,4	2	2,7
Pracownicy	0	0,0	11	14,9

Źródło: opracowanie własne.

łączonym siłom zespołów pracowniczych oraz konsultantów zewnętrznych udało się przygotować wydziałów w ok. 14% szpitali w obydwu okresach badawczych. W bieżącym okresie nie stwierdzono ani jednego przypadku całkowitego przeprowadzenia wydziałów na podstawie umowy z konsultantami zewnętrznymi (w latach 2004–2006 był tylko jeden taki szpital). Pozwala to wysnuć wniosek, że kierownictwo badanych placówek jest w wysokim stopniu zaznajomione z procedurami outsourcingowymi i gotowe do samodzielnego ich stosowania przy sporadycznym wsparciu firm zewnętrznych. Analizując strukturę organizacyjną wybranych placówek, możemy nawet zauważyć istnienie specjalnych komórek (najczęściej samodzielnego stanowiska) ds. outsourcingu, funkcjonujących najczęściej jako stanowiska doradcze.

W bieżącym okresie badawczym głównymi inicjatorami procesu outsourcingu byli w zdecydowanej większości przypadków zarząd szpitala (ponad 92%), średnia kadra kierownicza i organ nadzorujący placówkę (po 19% wskazań). Najmniej zainteresowani procesami wydziałów byli pracownicy szpitala (0% przypadków) oraz reprezentacje pracownicze (niecałe 3%). Niemal identyczna sytuacja wystąpiła również w latach 2004–2006, lecz pracownicy szpitala byli wówczas trzecim co do wielkości inicjato-

rem wydziałów. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli 6.

Małe zaangażowanie pracowników, jeśli chodzi o inicjowanie wydziałów, wynika przypuszczalnie stąd, że pracownicy – w przeciwieństwie do kadry kierowniczej – nie są zainteresowani procesami restrukturyzacyjnymi i wiążącymi się z nimi zmianami zakresów odpowiedzialności wykonywanych zadań czy potencjalną likwidacją stanowisk pracy. Dokonane analizy pozwalają przypuszczać, że tendencja do wyraźnej dominacji zarządu szpitala w kwestii inicjowania działań outsourcingowych jeszcze się wzmocni po zmianie formy organizacyjnej szpitali z samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (SPZOZ) na spółki prawa handlowego.

Ważną część przeprowadzonych badań stanowiła analiza postaw interesariuszy w stosunku do działań outsourcingowych. Przez pojęcie interesariuszy rozumiem wszystkie instytucje, grupy bądź osoby, które w jakikolwiek sposób są zainteresowane efektami działania lub zaprzestania działania przez szpital<sup>6</sup>. Układ sił w analizowanych placówkach został przedstawiony w tabeli 7.

<sup>6</sup> Można wyróżnić interesariuszy (ang. *stakeholders*) pozytywnych (wspierających firmę w działaniu, np. pracowników, dostawców, banki, odbiorców, końcowych klientów), obojętnych (najczęściej tzw. regu-

Tabela 7

Stosunek grup interesariuszy do wydziałów w polskich szpitalach na podstawie wyników badań z lat 2006–2008 i 2004–2006

Lata	Grupy interesariuszy	Stosunek grup interesariuszy do wydziałów					
		pozytywny		obojętny		negatywny	
		liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
2006–2008	<b>Interesariusze wewnętrzni</b>						
	właściciele szpitala	28	66,7	6	14,3	0	0,0
	kadra kierownicza	35	83,3	4	9,5	1	2,4
	reprezentacje pracownicze (np. związki zawodowe)	11	26,2	13	31,0	14	33,3
	pracownicy	10	23,8	13	31,0	14	33,3
	<b>Interesariusze zewnętrzni</b>						
	władze państwowe	8	19,0	14	33,3	1	2,4
	władze samorządowe	23	54,8	10	23,8	0	0,0
	wierzycciele	4	9,5	19	45,2	0	0,0
	pacjenci	7	16,7	25	59,5	2	4,8
2004–2006	<b>Interesariusze wewnętrzni</b>						
	właściciele szpitala	37	50,0	16	21,6	3	4,0
	kadra kierownicza	62	83,8	3	4,0	4	5,4
	reprezentacje pracownicze (np. związki zawodowe)	19	25,7	16	21,6	31	41,9
	pracownicy	16	21,6	27	36,5	24	32,4
	<b>Interesariusze zewnętrzni</b>						
	władze państwowe	11	14,9	26	35,1	2	2,7
	władze samorządowe	35	47,3	24	32,4	5	6,7
	wierzycciele	7	9,6	35	47,3	0	0,0
	pacjenci	17	23,0	39	52,7	1	1,3

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki analizy jednoznacznie wskazują, iż niezależnie od okresu badawczego najbardziej pozytywny stosunek do procesu outsourcingu mają kadra kierownicza, właściciele szpitala oraz władze samorządowe (odpowiednio 83,3; 66,7 i 54,8% w latach 2006–2008 oraz 83,8; 50,0 i 47,3% w latach 2004–2006). Może to być spowodowane presją na możliwie największą redukcję kosztów działalności i zwiększenie efektywności działania placówki (kadra kierownicza), co pociąga za sobą korzystne zmiany w preliminarzu finansowym gminy/powiatu (władze samorządowe). Największymi przeciwnikami dokonywania wydziałów były reprezentacje pracownicze i sami pracownicy. Tendencja ta uwiarydliła się wyraźnie w latach 2006–2008, kiedy to obie wymienione grupy były przeciwne dokonaniu co trzeciego wydziału. W poprzednim okresie negatywne stanowisko na jeszcze większą skalę deklarowały głównie reprezentacje pracownicze,

mające z założenia bronić interesów pracowników (41,9% wskazań). Analizując podejście szeregowych pracowników szpitala, obserwuje się polaryzację ich nastawienia do outsourcingu – o ile w latach 2004–2006 byli oni generalnie obojętni wobec tego zjawiska, o tyle obecnie daje się zauważyć zdecydowaną zmianę ich nastawienia na negatywne. Jeśli chodzi o interesariuszy zewnętrznych, obserwuje się istotną zmianę w podejściu władz samorządowych do outsourcingu – w poprzednim okresie badawczym należały one do grup o również negatywnym nastawieniu, podczas gdy obecnie stanowią najbardziej przychylnie nastawioną grupę wśród interesariuszy zewnętrznych.

Z badań wynika, że do wydziałów z największą obojętnością podchodzą pracownicy szpitala oraz – co ciekawe – wierzycciele ZOZ-ów i ich pacjenci. Ci ostatni, w moim przekonaniu, stanowią dużą grupę oczekującą poprawy jakości usług medycznych. Są oni jednak nadal na tyle rozproszeni, że mają znikomy wpływ na decyzje kierownictwa szpitali i niską świadomość swojej pozycji w tym układzie. Z badań przeprowadzonych na rynku niemieckim wynika, iż pacjenci dopiero na trzecim miejscu stawiają metody leczenia, natomiast to, co dla nich najważniejsze w czasie pobytu w szpitalu, to warunki pobytu

latorów, np. organy kontrolne i ustawodawcze) i negatywnych (a więc zainteresowanych niepowodzeniem działań podejmowanych przez organizację, np. jej konkurentów rynkowych). W literaturze przedmiotu funkcjonuje również podział na interesariuszy wewnętrznych i zewnętrznych, pierwszo- i drugoplanowych oraz pozostałych, a także koalicje interesariuszy. Więcej na temat interesariuszy – zob. np. *Zarządzanie projektem europejskim*, pod red. M. Trockiego i B. Gruczy, PWE, Warszawa 2007, s. 65–77.

oraz wyżywienie<sup>6</sup>. Stąd być może bierze się generalnie bierne oczekiwanie pacjentów na poprawę jakości świadczonych usług medycznych.

Ostatnim elementem analizy wynikającym z przeprowadzonych badań było dokonanie zestawienia działań przewidzianych do wydzielenia w najbliższych kilku latach. Wynika z niego, iż preferowanym typem będzie nadal outsourcing kontraktowy, a do głównych obszarów planowanych wydzielen (według ankietowanych) należą: sterylizacja, usługi laboratoryjne i analityka medyczna. Z grupy działań pomocniczych najczęściej wymieniano: usługi żywieniowe, serwisowo-remontowe, pralnicze, informatyczne. Takie zamiary kierownictwo szpitali deklarowało niezależnie od okresu badawczego.

Jeśli wydzielenia usług pomocniczych nie będą zastrzeżeń, to należy zaznaczyć, że przy okazji obecnych planów reformy opieki zdrowotnej toczą się dyskusje nad potrzebą, zakresem i sensem wydzielenia ze struktury szpitali działań medycznych. Ponieważ jednak – w moim przekonaniu – kierujący placówkami będą nadal przykładali większą wagę do poprawy efektywności placówki, również poprzez kształtowanie optymalnej jej wielkości, to outsourcing usług medycznych będzie nadal stosowany.



Wyniki badań należy potraktować wielopłaszczyznowo. Pomimo znacznego zróżnicowania wielkości i zakresu działalności badanych placówek należy stwierdzić, że polskie szpitale wykazały się znacznym podobieństwem na wielu płaszczyznach badawczych związanych ze stosowaniem outsourcingu, niezależnie od miejsca pochodzenia czy poziomu referencyjnego. Okazało się, że outsourcing jest narzędziem powszechnie wykorzystywanym w procesie restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej w przyjętym obszarze badawczym. Jego stosowanie jest oceniane wysoko, zarówno pod kątem skuteczności, wysokiego stopnia osiągania oczeki-

<sup>6</sup> A. Krajewska, Outsourcing w placówkach medycznych, [http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul\\_rodzaj=31&idartykul=408](http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=31&idartykul=408), 10.04.2008.

wanych efektów, jak i długofalowego wpływu na funkcjonowanie placówki. Szczególnie często występuje on w postaci kontraktowej, co upodabnia szpitale do typowych przedsiębiorstw komercyjnych, działających na wolnym rynku. Jest to spowodowane tym, że aby było możliwe dokonywanie wydzielen, musi istnieć oferta wykonywania tych usług na zasadach komercyjnych, przedstawiona przez zewnętrznych wykonawców.

Wyniki przeprowadzonych badań świadczą również o tym, że choć szpitale wydzielały ze swoich struktur przede wszystkim działania pozamedyczne (autorka wspomnianego na wstępie artykułu wydaje się sugerować, że jest to jedyny obszar wydzielen), to jednak wcale nie stronią od outsourcingu usług medycznych. Dane zebrane w wywiadach bezpośrednich przeprowadzonych z kierownikami wybranych szpitali pokazują, że najczęstszy model wprowadzania outsourcingu polegał na wydzieleniu najpierw jednego rodzaju działalności pozamedycznej, a po osiągnięciu zamierzonych efektów – na wydzieleniu kolejnych rodzajów działalności zarówno pozamedycznej, jak i typowo medycznej.

Ankietowani wskazali również na kilka kwestii, które opóźniały lub niekiedy wręcz uniemożliwiały dokonywanie wydzielen. Były to:

▼ niejasne kryteria wyceny i weryfikacji procedur medycznych utrudniające określenie rynkowej ceny usługi;

▼ brak zainteresowania outsourcingiem firm komercyjnych;

▼ próba zawyżania cen i dyktowania warunków przez wykonawcę kontraktowego, spowodowana małą podażą tego typu usług w regionie;

▼ kwestie finansowe wynikające m.in. stąd, iż usługi pozamedyczne dla szpitala są obciążone podatkiem VAT, co może powodować nieopłacalność ofert komercyjnych;

▼ kwestie prawne związane z tym, iż wydzielenie jednostek ze struktury szpitala było możliwe wyłącznie w tych szpitalach, które nie mają zajęć komornicznych.

Należy jednak wyraźnie stwierdzić, że głosy o niepowodzeniu outsourcingu stanowiły wyjątki, a przytoczono je w celu dopełnienia obrazu wydzielen przeprowadzanych w polskich szpitalach.

## Do the hospitals actually need outsourcing?

### Summary

The article presents the outcomes of the research conducted in Polish hospitals in years 2004-2008 concerning the usage of outsourcing as a tool of restructuring processes in health care system. The intention was also to examine the point of using outsourcing-driven approach in hospitals in the field of both medical and non-medical functions. Despite significant variety of medical services offered and different roles played by hospitals in Polish health care system, it turned out that areas of outsourcing as well as the reasons for and effects of using it were highly similar in the research group and positively accounted for. The outcomes of the research conducted clearly pointed out that outsourcing had taken and will take in future important role in hospital management and its restructuring processes.



miesięcznik

12

2009

ISSN 1231-2037

INDEKS 359 327

# GOSPODARKA MATERIAŁOWA & LOGISTYKA



Polskie  
Wydawnictwo  
Ekonomiczne



Kompleksowość obsługi klientów  
w przedsiębiorstwach produkcyjnych  
w ujęciu marketingowo-logistycznym

Koszty zaopatrzenia  
na rynkach niskokosztowych  
– wyniki badań

Po co szpitalom outsourcing?

[www.gmil.pl](http://www.gmil.pl)

ROK LXI  
Nr 12 (1180)

„Gospodarka Materiałowa i Logistyka” jest czasopismem naukowym, punktowanym przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (6 punktów).

**Komitet redakcyjny**  
Teresa Magdalena Dudzik (redaktor naczelna)  
Anna Wornor (sekretarz redakcji)

**Rada programowa**  
Halina Brdulak, Danuta Kempny, Jolanta Mazurek, Joanna Mildner-Woś, Czesław Skowronek, Michał Trocki, Stanisław Wesołowski, Jarosław Witkowski, Aleksander Zielenka

**Wydawca**  
Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne SA  
00-099 Warszawa, ul. Canaletta 4  
adres internetowy: <http://www.pwe.com.pl>

**Adres Redakcji**  
00-099 Warszawa, ul. Canaletta 4, p. 305,  
tel. 022 827-80-01 w. 381, fax 022 827-55-67  
e-mail: [gnil@pwe.com.pl](mailto:gnil@pwe.com.pl)  
adres internetowy: <http://www.gnil.pl>

**Warunki prenumeraty**  
Cena prenumeraty krajowej w 2010 r.: roczna 504 zł; półroczna 252 zł. Cena pojedynczego numeru 42 zł (VAT 0%).  
Nakład wynosi poniżej 15 000 egz.

**Prenumerata przez „Ruch” SA**  
Wpłaty, tylko na okresy kwartalne, przyjmują:  
– jednostki kolportażowe „Ruch” SA właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby prenumeratora,  
– od osób lub instytucji w miejscowościach, w których nie ma jednostek kolportażowych „Ruch”, wpłaty należy wnosić do kas „Ruch” SA Oddział Krajowej Dystrybucji Prasy, 01-248 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 31/33 lub na konto Pekao SA IV O/W-wa nr 6812401063111000004430494,  
– za granicę: wpłaty na konto (jw.); cena prenumeraty krajowej + rzeczywiste koszty wysyłki.  
Terminy przyjmowania wpłat: do 5 każdego miesiąca poprzedzającego okres rozpoczęcia prenumeraty. Informacji udziela „Ruch” SA, Oddział Krajowej Dystrybucji Prasy, adres jw., tel. (0-22) 532-87-31, 532-88-19, 532-88-16, infolinia: 0-804-200-600.

**Prenumerata pocztowa**  
Przedpłaty, bez pobierania dodatkowych opłat, bez obowiązku wypełniania blankietów wpłat, przyjmują w całym kraju urzędy pocztowe oraz doręczyciele.

**Terminy przyjmowania przedpłat:**  
– w urzędach pocztowych właściwych dla miejsca zamieszkania i u listonoszy: do 30 XI na prenumeratę od I I, do 28 II na prenumeratę od I IV, do 31 V na prenumeratę od I VII, do 31 VIII na prenumeratę od I X,  
– we wszystkich urzędach pocztowych do 25 XI, II, V i VIII z uwzględnieniem okresów podanych wyżej.

**Prenumerata u Wydawcy**  
Dowolne numery na dogodne okresy, także numery archiwalne, można zamawiać pod adresem:

Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne SA  
Dział Handlowy  
ul. Canaletta 4, 00-099 Warszawa,  
tel. 022 827-82-07, fax 022 827-55-67,  
e-mail: [rynek@pwe.com.pl](mailto:rynek@pwe.com.pl)  
Prenumerata u Wydawcy: roczna 10% taniej, półroczna 5% taniej.

Redakcja zastrzega sobie prawo do opracowania redakcyjnego oraz dokonywania skrótów w nadesłanych artykułach.

Skład: Egraf s.c., Warszawa  
Druk i oprawa: KAWDRUK s.c., Warszawa,  
ul. Ostrobroga 10.

## SPIS TREŚCI

Bożena Gajdzik  
Kompleksowość obsługi klientów w przedsiębiorstwach produkcyjnych w ujęciu marketingowo-logistycznym 2

Barbara Ocicka  
Koszty zaopatrzenia na rynkach niskokosztowych – wyniki badań 8

Emil Bukłaha  
Po co szpitalom outsourcing? 14

## EDUKACJA EKONOMICZNA

Dariusz Milewski  
Optymalizacja dostaw w dystrybucji towarów – wybór między strategią ssania a tłoczenia 22

## PRZEGLĄD WYDAWNICTW

Włodzimierz Januszkiewicz  
Najlepsze praktyki w logistyce i zarządzaniu łańcuchem dostaw 27

## POLEMIKI

Józef Okulewicz  
Moja odpowiedź na *Nowe problemy z logistyką* 28

Spis treści rocznika 2009 30