

Strategia outsourcingu w polskich szpitalach

Wstęp

Celem artykułu jest prezentacja wyników przeprowadzonych przez autora badań z zakresu wykorzystania outsourcingu jako narzędzia restrukturyzacji polskich szpitali w latach 2006-2008 oraz próba oceny zmian, jakie zaszły w nich od ostatniego badania o podobnym charakterze, przeprowadzonego przez autora w latach 2004-2006.

Pod pojęciem **outsourcingu** autor rozumie długotrwałe wydzielenie ze struktury organizacji obszarów działalności mających najczęściej charakter niekluczowy, pomocniczy i wspierający. Realizację tego typu działalności powierza się przedsiębiorstwom zewnętrznym w formie w stosunku do zleceniodawcy, od których oczekuje się, iż dzięki wysokiej specjalizacji swoich usług będą w stanie skutecznie zastąpić wewnętrzną ich realizację. Ponieważ w literaturze przedmiotu wyróżnia się wiele sposobów klasyfikacji outsourcingu, autor na potrzeby niniejszego artykułu jako obowiązujący przyjął jego podział według formy prawnej zleceniobiorcy w relacji do zleceniodawcy. W tej kategorii można wyróżnić dwa jego rodzaje:

- **outsourcing kapitałowy** (nazywany także outsourcingiem wewnętrznym, np.: spółka-córka z udziałem większościowym lub mniejszościowym przedsiębiorstwa macierzystego)
- **outsourcing kontraktowy** (zewnętrzny, m.in. *joint venture*, *franchising*, konsorcjum, licencje i porozumienia handlowe, aliansy strategiczne, sieci biznesowe)¹⁷⁶.

Zdaniem autora, zagadnienie reformy służby zdrowia i restrukturyzacji jej placówek wpisuje się w aktualnie omawianą tematykę problemów społeczno-ekonomicznych w Polsce. Uważa się, iż wprowadzenie w 1999 roku w Polsce reformy systemu opieki zdrowotnej spowodowane było niedopasowaniem ówczesnego systemu świadczenia usług medycznych do możliwości budżetu centralnego, potrzeb zdrowotnych obywateli, a także do poziomu oczekiwań pacjentów co do czasu dostępu do usługi i jej jakości. W rzeczywistości okazało się, że założenia reformy tylko w niewielkim stopniu odpowiadały rzeczywistym potrzebom społeczeństwa, zaś nowy, budżetowo-ubezpieczeniowy system finansowania opieki zdrowotnej, w negatywnym stopniu wpłynął zarówno na funkcjonowanie placówek medycznych jak i czas, dostępność oraz jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zakłady opieki zdrowotnej – w tym szpitale – w obliczu fluktuacji poziomu dotacji z Narodowego Funduszu Zdrowia (wcześniej z Kas Chorych), chcąc zachować ciągłość działania, zmuszone zostały do podjęcia szeregu działań sanacyjnych, mających na celu m.in. obniżenie kosztów funkcjonowania i uelastycznienie sposobu ich działania, co w efekcie wymusiło na jednostkach służby zdrowia zmiany organizacyjne, zarówno kadrowe, jak i dotyczące szeroko rozumianej gospodarki finansowej. Ponieważ strategia outsourcingu dostarczała niezbędnych do tego narzędzi, kierownictwo szpitali często decydowało się na tę technikę restrukturyzacyjną.

Zakres przeprowadzonych badań

Przedmiotem badań empirycznych były polskie szpitale publiczne, przyporządkowane do odpowiednich poziomów referencyjnych¹⁷⁷, mające zarówno lokalny, wojewódzki,

¹⁷⁵ Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

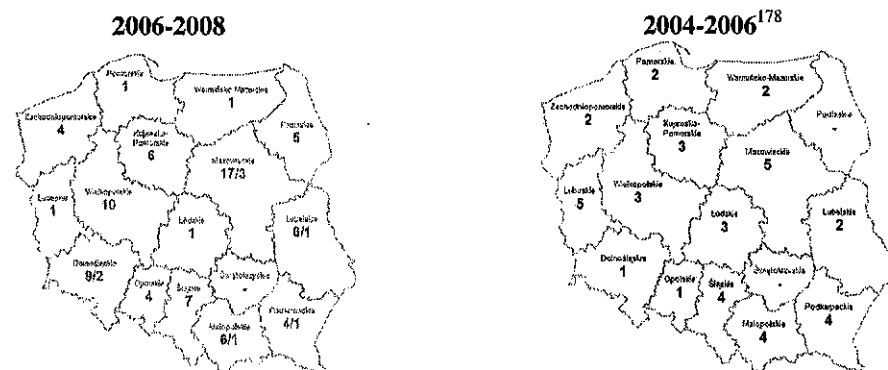
¹⁷⁶ M. Trocki, *Outsourcing jako metoda restrukturyzacji przedsiębiorstw*, [w:] *Gospodarka Materiałowa i Logistyka*, nr 9/1999, s. 183

jak i krajowy zakres działania. Badania zostały wykonane w okresie 2008 roku i polegały na przeprowadzeniu standaryzowanych pocztowych badań ankietowych oraz celowych wywiadów bezpośrednich w polskich placówkach szpitalnych. Objęły swoim zakresem 732 szpitali publicznych, działających na terenie Polski (była to pełna podstawa doboru próby). **Próba badawcza** objęła 42 placówki, na co składało się 18 placówek z pierwszego, 20 z drugiego i 4 z trzeciego poziomu referencyjnego. Proporcja placówek, które udzieliły odpowiedzi do pozostałych wynosił ok. 6% badanej populacji. Choć grupa badawcza tej wielkości może stanowić próbę reprezentatywną i umożliwiać uogólnianie wniosków dla całej populacji, to należy wyraźnie zaznaczyć, że wyniki poniższych analiz powinny być traktowane raczej jako podstawa do dalszych, szczegółowych badań sposobu funkcjonowania polskich szpitali, niż odzwierciedlenie jedynie słusznego podejścia opisywanych placówek do outsourcingu i szerzej – ich restrukturyzacji.

Przedmiotowe badania koncentrowały się na wieloaspektowej analizie podejścia placówek szpitalnych do działań outsourcingowych. Obejmowały one przede wszystkim identyfikację obszarów outsourcingu w szpitalach, wyjaśnienie przyczyn i efektów przeprowadzanych wydzieżeń, a także identyfikację interesariuszy i inicjatorów szpitalnego outsourcingu. Autor za cel postawił sobie również ocenę stopnia zadowolenia kadry kierowniczej placówek z przeprowadzonych wydzieżeń, a także analizę rodzajów obszarów działalności przeznaczonych do wydzieszenia w najbliższych latach.

Zastosowanie outsourcingu w polskich szpitalach w latach 2006-2008 w porównaniu do lat 2004-2006 – wyniki badań empirycznych

Poniższe analizy zostaną opisane dla aktualnego okresu badawczego, tj. lat 2006-2008. Dla każdej badanej zmiennej zostaną one zestawione z wynikami podobnych badań z lat 2004-2006, 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”. Badania z lat 2004-2006 przeprowadzono na populacji 82 z 700 polskich szpitali publicznych przy wykorzystaniu standaryzowanych pocztowych badań ankietowych oraz wywiadów bezpośrednich, skierowanych do kierownictwa placówek. Na tą liczbę składały się 33 placówki z pierwszego, 43 z drugiego i 6 z trzeciego poziomu referencyjnego. Ówczesna próba badawcza wyniosła 82 placówki, co dało zwrot z ankiet na poziomie ok. 12%.



Rys. 1. Rozkład próby badawczej wg województw dla okresu badawczego.

Źródło: opracowanie własne

¹⁷⁷ Choć podział na poziomy referencyjne został zmieniony w 2004 roku, to przyporządkowanie to wykorzystano, aby zapewnić porównywalność wyników badań wykonanych w obydwu okresach.

¹⁷⁸ Po znaku „/” podano liczbę ankietowanych szpitali, w których nie dokonano żadnych wydzieżeń.

Każdy z przebadanych szpitali dokonał w latach 2006-2008 wydzieszenia przynajmniej jednej działalności, zaś w latach 2004-2006 wydzieszeń dokonano w 74 na 82 placówki (a zatem było to średnio 9 na 10 szpitali).

Kolejną z wykonanych analiz było zestawienie liczby dokonanych w badanym okresie wydzieszeń, a objętymi nimi działalnościami oraz typami stosowanego przez szpitale outsourcingu. Dla obu okresów badawczych zostało to przedstawione w poniższej tabeli.

Tab. 1. Liczba dokonanych wydzieszeń wg dziedzin działalności i typu outsourcingu dla okresów 2006-2008 i 2004-2006 z podziałem na poziomy referencyjne szpitale

LATA 2006-2008				
Poziom referencyjny szpitali	Liczba wydzieszeń (łącznie 302) z zakresu			
	dziedzin medycznych, w tym:		dziedzin pomocniczych (pozamedycznych), w tym:	
	outsourcing kontraktowy	outsourcing kapitałowy	outsourcing kontraktowy	outsourcing kapitałowy
I	28	-	83	-
II	32	1	123	9
III	2	1	23	-
Łącznie	62	2	229	9
Łącznie liczba wydzieszeń wg dziedzin działalności (% ogółu)	64 (21,2%)		238 (78,8%)	
Łącznie liczba wydzieszeń wg typu outsourcingu (% ogółu)	kontraktowy 291 (96,4%)		kapitałowy 11 (3,6%)	
LATA 2004-2006				
Poziom referencyjny szpitali	Liczba wydzieszeń (łącznie 562) z zakresu			
	dziedzin medycznych, w tym:		dziedzin pomocniczych (pozamedycznych), w tym:	
	outsourcing kontraktowy	outsourcing kapitałowy	outsourcing kontraktowy	outsourcing kapitałowy
I	50	-	151	-
II	61	2	246	11
III	12	-	28	1
Łącznie	123	2	425	12
Łącznie liczba wydzieszeń wg dziedzin działalności (% ogółu)	125 (22,2%)		437 (77,8%)	
Łącznie liczba wydzieszeń wg typu outsourcingu (% ogółu)	kontraktowy 291 (97,5%)		kapitałowy 14 (2,5%)	

Źródło: opracowanie własne

Z powyższego zestawienia wynika, iż dla okresu 2006-2008, niezależnie od poziomu referencyjnego badanych szpitali, przeważał outsourcing dziedzin pozamedycznych nad *stricte* medycznymi. Prawie 80% wydziałów pochodziło z grupy działalności pomocniczych, a tylko co piąte dotyczyło usług medycznych. Porównując ze sobą oba okresy badawcze widać, iż proporcje te są w zasadzie identyczne. Świadczyć to może o wysokiej atrakcyjności i rozbudowanej ilości ofert zewnętrznych usługodawców dziedzin pozamedycznych. Potwierdza to praktyka – wiele firm oferujących usługi typu ochrona, sprzątanie czy catering ma wieloletnie doświadczenie w świadczeniu tego typu usług przedsiębiorstwom komercyjnym, działającym na wolnym rynku. Oczywiście, oferta kierowana do placówek zdrowotnych ma swoją specyfikę, niemniej jednak jest ona na tyle atrakcyjna, że firmy zewnętrzne – korzystając ze zdobytych już doświadczeń – coraz częściej postrzegają sektor zdrowotny jako atrakcyjnego klienta.

Analizując powyższe zestawienie okazuje się, że w latach 2006-2008 – podobnie jak w latach 2004-2006 – dominującą formą szpitalnych wydziałów był outsourcing kontraktowy. Również w tym przypadku proporcja wydziałów kontraktowych do kapitałowych była prawie identyczna (96 vs. 97% / 3 vs. 4%). Świadczyć to może z jednej strony o dojrzałym rynku usługodawców komercyjnych z zakresu usług poddanych wydziałom, zaś z drugiej strony wynikać to może m.in. z braku gotowości prawno-organizacyjnej do realizacji tego typu przedsięwzięć czy niechęci kierownictwa szpitali do podejmowania dodatkowego ryzyka gospodarczego w postaci tworzenia szeregu spółek-córek, świadczących usługi na rzecz placówki. I rzeczywiście, w okresie 2006-2008 tylko 2 z 42 szpitali zdecydowało się na wykorzystanie outsourcingu kapitałowego w swoich procesach restrukturyzacyjnych.

W wyniku przeprowadzonych analiz okazało się, że wydziałom podlegał szereg działalności szpitala – zarówno z zakresu medycznego, jak i pozamedycznego. W ramach outsourcingu kontraktowego w latach 2006-2008 najczęściej wydziałanymi działalnościami były:

a) z zakresu działalności medycznych:

- usługi laboratoryjne i analityka medyczna,
- zespół lekarzy rodzinnych,
- pogotowie ratunkowe (ratownictwo medyczne),
- sterylizacja,
- dyżury lekarskie,
- rehabilitacja.

b) z zakresu działalności pomocniczych:

- usługi pralnicze,
- sprzątanie,
- stołówka i usługi żywieniowe,
- ochrona mienia,
- usługi transportowe,
- doradztwo prawne.

Porównując osiągnięte wyniki z danym za lata 2004-2006 okazało się, że przeważająca większość znalazła się na liście działalności najczęściej wydziałanych w tamtym okresie. Sytuacja ta dotyczy zarówno działalności medycznych jak i pomocniczych. Świadczyć to może o z jednej strony o niesłabnącym zapotrzebowaniu na wydziałanie tego typu funkcji ze struktury szpitala oraz o ich szczególnie silnej podatności na outsourcing, zaś

z drugiej o zunifikowanych potrzebach w tym zakresie szpitali każdego poziomu referencyjnego.

Dla okresu badawczego 2006-2008 kierownictwo placówek w różnorodny sposób oceniło stopień spełnienia oczekiwań funkcjonowania działalności po wydziałaniu¹⁷⁹. W przypadku wydziałów kontraktowych na uwagę zasługuje fakt, iż zarówno w przypadku działalności medycznych jak i pomocniczych żadna z najczęściej wydziałanych działalności nie otrzymała najwyższej oceny zadowolenia z wydziałania. Prawdopodobnie powodem była prawidłowość, iż im więcej razy dane wydziałanie było oceniane, tym większe była szansa zróżnicowania tych ocen. Zgodnie z tą zasadą, najwyższe noty uzyskiwały działalności w jednostkowy sposób pojawiające się w badaniach, m.in. takie jak 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 dokonywanym wydziałaniom (zarówno medycznym jak i pomocniczym) zawsze plasowały się w najwyższym kwartylu oceny.

Odmienne podejście zaprezentowali ankietowani dla wydziałów dokonanych w formie kapitałowej. W tym przypadku każda działalność realizowana w tej formie została oceniona na maksymalną ocenę. Świadczyć to może 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.

Kolejnym wymiarem badawczym była identyfikacja głównych przyczyn dokonywania outsourcingu w polskich szpitalach. Najważniejsze z nich zostały zaprezentowane w poniższej tabeli.

Tab. 2. Najczęstsze przyczyny wydziałów w polskich szpitalach na podstawie wyników badań dla okresów 2006-2008 i 2004-2006

Najczęściej występujące przyczyny wydziałów	ilość szpitali	% szpitali w których wystąpiła badana cecha
LATA 2006-2008		
ograniczenie / uniknięcie nakładów inwestycyjnych	38	90,5%
obniżenie kosztów realizacji wydziałanej działalności dla zleceniodawcy	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		
obniżenie kosztów realizacji wydziałanej działalności dla zleceniodawcy	67	91,78%
ograniczenie / uniknięcie nakładów inwestycyjnych	61	83,56%
dążenie do skupienia się na kluczowej działalności	49	67,12%
uproszczenie organizacji / zarządzania szpitalem	48	65,75%
potrzeba redukcji personelu placówki	47	64,38%

Źródło: opracowanie własne

¹⁷⁹ Dla okresu 2004-2006 ocena zadowolenia z dokonanych wydziałów nie była przeprowadzana.

Zestawiając powody stosowania outsourcingu widać wyraźnie, że *de facto* są one identyczne w obydwu badanych okresach. Oznaczać to może te same strategiczne problemy zarządcze, mające swoje odbicie w cały czas jeszcze niedokończonych procesach restrukturyzacyjnych polskich szpitali – i szerzej – systemu opieki zdrowotnej. Zbieżność ta może być również oznaką zunifikowanych potrzeb uelastyczniania struktury organizacyjnej oraz zwiększania efektywności dla 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 wydziałów wskazywane w literaturze przedmiotu dla przedsiębiorstw działających na wolnym rynku. Stąd krok już tylko do stwierdzenia, że restrukturyzacja organizacyjna placówek szpitalnych jest wysoce zbieżna z modelem restrukturyzacji stosowanym w typowej działalności komercyjnej.

Kolejnym etapem badań była próba identyfikacji oraz oceny efektów osiąganych dzięki outsourcingowi. Zbiorcze wyniki zostały przedstawione w poniższym zestawieniu.

Tab. 3. Najczęstsze efekty wydziałów i ich ocena w polskich szpitalach na podstawie wyników badań dla okresów 2006-2008 i 2004-2006

Najczęściej występujące efekty i ich ocena	Ilość szpitali	% szpitali w których wystąpiła badana cecha
LATA 2006-2008		
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		
obniżenie kosztów realizacji wydzielonej działalności	66	90,4%
ograniczenie / uniknięcie nakładów inwestycyjnych	62	84,9%
obniżenie liczby zatrudnionych przy wykonywaniu wydzielonej działalności	58	79,4%
obniżenie kosztów pracowniczych świadczeń socjalnych	52	71,2%
wzrost jakości realizacji wydzielonych usług	51	69,9%

Źródło: opracowanie własne

Analizując sytuację w bieżącym okresie badawczym należy stwierdzić, iż najczęściej deklarowanym osiągniętym efektem było ograniczenie lub uniknięcie nakładów inwestycyjnych. Sytuacja taka była wykazywana w 9 na 10 ankietowanych szpitali. Kolejnym efektem było obniżenie kosztów realizacji wydzielonej działalności, na co wskazywało ponad 83% badanych placówek. Następnym w kolejności było obniżenie liczby zatrudnionych przy wykonywaniu wydzielonej działalności, 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 realizacji wydzielonych usług. W tym miejscu warto przywołać

wyniki powodów dokonywania outsourcingu w szpitalach. Okazuje się, iż prawie wszystkie z najczęściej osiąganych efektów wydziałów korespondują z najczęściej wskazywanymi powodami ich dokonywania (wyjątkiem była potrzeba skupienia się na kluczowej działalności, która nie znalazła swego odzwierciedlenia w opisanych powyżej efektach).

Porównując obydwa analizowane okresy badawcze okazuje się, że deklarowane przez kierownictwo placówek efekty outsourcingu są również – tak jak przyczyny jego stosowania – w zasadzie identyczne. Wyjątek stanowi pojawienie się w zestawieniu za lata 2006-2008 efektu uzyskania lepszej przejrzystości finansowej. Dla wyjaśnienia – występował on również w poprzednim okresie badawczym, jednak na dalszym miejscu w rankingu.

Przyznawane oceny osiągnięcia poszczególnych efektów również nie pozostawiają złudzenia, że stosowanie outsourcingu jako narzędzia restrukturyzacji jest przypadkowe. W zestawieniu najwyższej ocenianych efektów dwa z pięciu w aktualnym 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. Świadczyć to może 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 wydziałów nie zawsze się udają. Potwierdza to przykład kilku szpitali z południowej Polski, których głównym zastrzeżeniem 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. Generalnie zaznaczyć jednak trzeba, że głosy takie były jednostkowe – w zdecydowanej większości przypadków proces wydziałów oceniany był 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 poniższej tabeli.

Tab. 4. Główni odpowiedzialni za przygotowanie wydziałów w polskich szpitalach na podstawie wyników badań dla okresów 2006-2008 i 2004-2006

	lata 2006-2008		lata 2004-2006	
	Ilość szpitali	% szpitali w których wystąpiła badana cecha	Ilość szpitali	% szpitali w których wystąpiła badana cecha
własne służby	36	85,7%	62	85%
własne służby + konsultanci zewnętrzni	6	14,3%	10	14%
konsultanci zewnętrzni	0	0	1	1%

Źródło: opracowanie własne

W przeważającej ilości przypadków wydzielenia 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: 62 na 82 szpitale zaliczyły się do tej grupy. Drugą pod względem częstości wystąpień była sytuacja, w której służby wewnętrzne placówki wspierane są przez konsultantów zewnętrznych (firmy doradcze specjalizujące się w outsourcingu lub samych wykonawców usług outsourcingowych). Dzięki połączonym siłom zespołów pracowniczych oraz konsultantów zewnętrznych udało się przygotować wydzielenia w ok. 14% szpitali dla obydwu okresów badawczych. W bieżącym okresie badawczym nie stwierdzono ani jednego przypadku całkowitego przeprowadzenia wydzielenia na podstawie umowy z konsultantami zewnętrznymi (w okresie 2004-2006 był tylko jeden taki szpital).

Może to prowadzić do wniosku, że kierownictwo badanych placówek jest w wysokim stopniu zaznajomione z procedurami outsourcingowymi i dojrzałe do samodzielnego ich stosowania, sporadycznie korzystając z pomocy firm zewnętrznych. Analizując strukturę organizacyjną wybranych placówek daje się nawet zauważyć istnienie specjalnych komórek (najczęściej samodzielnych stanowisk) ds. outsourcingu, funkcjonujących najczęściej jako stanowiska doradcze.

W aktualnym okresie badawczym głównymi inicjatorami procesu outsourcingu był w przeważającej większości zarząd szpitala (ponad 92%) oraz średnia kadra kierownicza i organ nadzorujący placówkę (po 19% wskazań). Najmniej zainteresowani procesami wydzielenia byli pracownicy szpitala (0% przypadków) oraz reprezentacje pracownicze (niecałe 3%), w szczególności zaś związki zawodowe. Szczegółowe dane zaprezentowano w poniższej tabeli.

Tab. 5. Źródło inicjatywy wydzielenia w polskich szpitalach na podstawie wyników badań dla okresów 2006-2008 i 2004-2006

Inicjatorzy wydzielenia	lata 2006-2008		lata 2004-2006	
	Ilość szpitali	% szpitali w których wystąpiła badana cecha	Ilość szpitali	% szpitali w których wystąpiła badana cecha
Zarząd szpitala	39	92,9%	65	89,04%
Średnia kadra kierownicza	8	19,0%	14	19,18%
Organ Nadzorujący	8	19,0%	10	13,70%
Rada Społeczna	7	16,7%	6	8,22%
Reprezentacje pracownicze (np. związki zawodowe)	1	2,4%	2	2,74%
Pracownicy	brak		11	15,07%

Źródło: opracowanie własne

Niemal identyczna sytuacja wystąpiła również w przypadku lat 2004-2006 z tym, że w owym okresie zanotowano działania pracowników szpitala jako trzeciego co do wielkości inicjatora wydzielenia. Przepuszczalnie wynikało to stąd, że pracownicy – w przeciwieństwie do kadry kierowniczej – nie byli zainteresowani procesami restrukturyzacyjnymi, a co za tym idzie zmianami zakresów odpowiedzialności wykonywanych zadań czy potencjalną likwidacją stanowisk pracy. Dokonane analizy pozwalają przypuszczać, że tendencja wyraźnej dominacji zarządu szpitala co do inicjowania

działań outsourcingowych jeszcze się wzmocni po zmianie formy organizacyjnej z SPZOZ na spółki prawa handlowego.

Ważną częścią przeprowadzonych badań była analiza interesariuszy w kontekście działań outsourcingowych. Pod tym pojęciem autor rozumie wszystkie instytucje, grupy bądź osoby, które w jakikolwiek sposób są zainteresowane efektami działania lub zaprzestania działania szpitala¹⁸⁰. Układ sił w analizowanych placówkach został przedstawiony w poniższym zestawieniu.

Tab. 6. Stosunek grup interesariuszy do wydzielen w polskich szpitalach na podstawie wyników badań dla okresów 2006-2008 i 2004-2006

LATA 2006-2008						
Stosunek grup interesariuszy do wydzielenia	POZYTYWNY		OBOJĘTNY		NEGATYWNY	
Interesariusze wewnętrzni						
właściciele szpitala	28	66,7%	6	14,3%		
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%
Interesariusze zewnętrzni						
władze państwowe	8	19,0%	14	33,3%	1	2,4%
władze samorządowe	23	54,8%	10	23,8%		
wierzyteli	4	9,5%	19	45,2%		
pacjenci	7	16,7%	25	59,5%	2	4,8%
LATA 2004-2006						
Stosunek grup interesariuszy do wydzielenia	POZYTYWNY		OBOJĘTNY		NEGATYWNY	
Interesariusze wewnętrzni						
właściciele szpitala	37	51%	16	22%	3	4%
kadra kierownicza	62	85%	3	4%	4	5%
reprezentacje pracownicze (np. związki zawodowe)	19	26%	16	22%	31	42%
pracownicy	16	22%	27	37%	24	33%
Interesariusze zewnętrzni						
władze państwowe	11	15%	26	36%	2	3%
władze samorządowe	35	48%	24	33%	5	7%
wierzyteli	7	10%	35	48%	0	0%
pacjenci	17	23%	39	53%	1	1%

Źródło: opracowanie własne

¹⁸⁰ Można wyróżnić interesariuszy (ang. *stakeholders*) pozytywnych (wspierających firmę w działaniu, np. pracowników, dostawców, banki, odbiorców, końcowych klientów), obojętnych (najczęściej tzw. regulatorów, 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. Układ interesariuszy jest specyficzny dla każdego realizowanego przedsięwzięcia (np.: w przypadku projektów restrukturyzacyjnych zwalniani pracownicy oraz związki zawodowe byłiby najprawdopodobniej negatywnie nastawieni do działań podejmowanych przez firmę, co mogłoby skutkować protestami, akcjami strajkowymi i innymi działaniami opóźniającymi ich realizację). Więcej na temat interesariuszy – zob. np. *Zarządzanie projektem europejskim*, red. M. Trocki i B. Grucza, PWE, Warszawa 2007, s. 65-77

Wyniki analizy jednoznacznie wskazują, iż niezależnie od okresu badawczego najbardziej pozytywny stosunek do procesu outsourcingu wykazywała kadra kierownicza szpitala i właściciele szpitala oraz władze samorządowe (odpowiednio 83 i 67% w latach 2006-2008 oraz 85 i 51% w latach 2004-2006). Zdaniem autora mogło być to spowodowane presją na możliwie największą redukcję kosztów działalności i zwiększenie efektywności działania placówki (kadra kierownicza), co pociągnęłoby za sobą korzystne zmiany w preliminarzu finansowym gminy / powiatu (władze samorządowe). Z drugiej strony, największymi przeciwnikami dokonywania wydziałów były reprezentacje pracownicze i sami pracownicy. Tendencja ta uwidoczniła się wyraźnie w latach 2006-2008, kiedy to obie wyżej wymienione grupy były przeciwne dokonaniu do trzeciego wydziału. W poprzednim okresie analizy negatywne stanowisko na większą jeszcze skalę prezentowały głównie reprezentacje pracownicze, mające z założenia bronić interesów pracowników (42% wskazań). Analizując podejście szeregowych pracowników szpitala widać polaryzację ich nastawienia do outsourcingu – o ile w latach 2004-2006 byli oni generalnie grupą nastawioną obojętnie do tego zjawiska, o tyle obecnie daje się zauważyć zdecydowaną zmianę ich nastawienia w kierunku negatywnym. W ramach interesariuszy zewnętrznych daje się zauważyć pozytywną zmianę władz samorządowych w podejściu do outsourcingu – w poprzednim okresie badawczym należały one do grupy o również negatywnym nastawieniu, podczas gdy w chwili obecnej stanowią one najbardziej pozytywnie nastawioną grupę w ramach interesariuszy zewnętrznych.

Z badań wynika, że do przeprowadzonych wydziałów z największą obojętnością podchodzą pracownicy szpitala oraz – co ciekawe – wierzyciele ZOZ-u i jego pacjenci. Ci ostatni, w przekonaniu autora, stanowią dużą grupę oczekującą poprawy jakości usług medycznych, jednak nadal na tyle rozproszoną, że mającą znikomą siłę wpływu na decyzje kierownictwa szpitala i świadomą swojej pozycji w tym układzie. Z badań przeprowadzonych na rynku niemieckim wynika, iż pacjenci dopiero na trzecim miejscu stawiają metody leczenia, natomiast co dla nich najważniejsze w czasie pobytu w szpitalu to warunki pobytu oraz wyżywienie¹⁸¹. Stąd być może ich – generalnie bierne – oczekiwanie na poprawę jakości świadczonych usług medycznych.

Ostatnim elementem analizy wynikającym z przeprowadzonych badań było dokonanie zestawienia działalności przewidzianych do wydziału w ciągu najbliższych kilku lat. Wynika z niej, iż preferowanym typem będzie nadal outsourcing kontraktowy, zaś głównymi obszarami wydziałów (według ankietowanych) mają się stać: sterylizacja, usługi laboratoryjne i analityka medyczna, zaś z grupy działalności pomocniczych: usługi żywieniowe, serwisowo-remontowe, pralnicze czy informatyczne. Na tego typu plany kierownictwo szpitali wskazywało niezależnie od okresu badawczego.

O ile wydziałów usług pomocniczych nie budzą zastrzeżeń, to należy zaznaczyć, że przy okazji aktualnych planów reformy opieki zdrowotnej toczą się dyskusje nad potrzebą, zakresem i sensem wydziałów ze swojej struktury działalności medycznych. Ponieważ jednak – w przekonaniu autora – kierujący placówkami nadal będą zwracali większą uwagę na dążenie do polepszania efektywności placówki, również poprzez kształtowanie optymalnej jej wielkości, to outsourcing usług medycznych będzie nadal stosowany.

¹⁸¹ A. Krajewska, Outsourcing w placówkach medycznych, http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=31&idartykul=408, 10 kwietnia 2008

Podsumowanie wyników badań

Wyniki badań należy potraktować wielopłaszczyznowo. Pomimo znacznego zróżnicowania wielkości i zakresu działalności badanych placówek należy stwierdzić, że polskie szpitale wykazały się znacznym podobieństwem w wielu płaszczyznach badawczych związanych ze stosowaniem outsourcingu, niezależnie od miejsca pochodzenia czy swojego poziomu referencyjnego. Okazało się, że outsourcing jest narzędziem powszechnie wykorzystywanym w procesie restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej w obszarze badawczym przyjętym przez autora. Jego stosowanie oceniane jest wysoko, zarówno pod kątem skuteczności, wysokiego stopnia osiągania oczekiwanych efektów jak i swojego długofalowego wpływu na funkcjonowanie placówki. Szczególnie często występuje on pod postacią kontraktową (stosunkiem 26:1 przeważa wybór wydziałów kontraktowych nad kapitałowymi), w czym upodabnia szpitale do typowych przedsiębiorstw komercyjnych, działających na wolnym rynku. Spowodowane jest to tym, że aby istniała możliwość dokonywania wydziałów, musi istnieć oferta wykonywania tych usług na zasadach komercyjnych, oferowana przez zewnętrznych wykonawców. W wyniku informacji zebranych w wywiadach bezpośrednich, przeprowadzonych z kierownikami wybranych szpitali okazało się, że najczęstszy model outsourcingu polegał na wydziału najpierw jednej działalności pozamedycznej, a po osiągnięciu zamierzonych efektów na wydziałaniu kolejnych działalności, zarówno pozamedycznych jak i typowo medycznych.

Ankietowani wskazali również kilka kwestii, które opóźniały lub niekiedy wręcz uniemożliwiały dokonywanie wydziałów. Były nimi:

1. niejasne kryteria wyceny i weryfikacji procedur medycznych, utrudniające określenie rynkowej ceny usługi,
2. brak zainteresowania outsourcingiem firm komercyjnych,
3. próba zawyżania cen i dyktowania warunków przez wykonawcę kontraktowego, spowodowana małą podażą tego typu usług w regionie,
4. kwestie finansowe, wynikające m. in. stąd, iż dla szpitala usługi pozamedyczne są obciążone podatkiem VAT, co może powodować nieopłacalność ofert komercyjnych,
5. kwestie prawne związane z tym, iż wydziałowanie jednostek ze struktury szpitala możliwe było wyłącznie dla tych z nich, które nie mają zajęć komorniczych.

Należy jednak wyraźnie stwierdzić, że głosy o niepowodzeniu outsourcingu były wyjątkowe, zaś autor przytacza je w celu dopełnienia obrazu wydziałów przeprowadzanych w polskich szpitalach.

W trakcie przeprowadzonych badań okazało się, że choć szpitale wydziałają ze swoich struktur przede wszystkim działalności pozamedyczne, to jednak wcale nie stronią od outsourcingu usług medycznych. Były nimi przede wszystkim: usługi laboratoryjne i diagnostyka medyczna, ratownictwo medyczne i zespoły lekarzy rodzinnych. W przypadku wydziałów funkcji pozamedycznych najczęściej wskazań otrzymały m.in. usługi pralnicze, ochrona obiektów, sprzątanie czy obsługa cateringowa. Planowane są również dalsze wydziałowania usług medycznych i pomocniczych – warunkiem jest możliwość wyboru spośród kilku oferentów świadczonej usługi. Motywy stosowania outsourcingu są wielorakie, a dominuje potrzeba obniżenia kosztów działania, redukcji personelu, skupienia się na działalności kluczowej, uproszczenia organizacji, wreszcie poprawy jakości obsługi pacjenta. Według autora wskazuje to na uniwersalność tego narzędzia restrukturyzacji, ponieważ z jednej strony oferuje on możliwość osiągania tych samych efektów zarówno dla małych jak i większych placówek, a z drugiej strony nadaje się ono do zastosowania nie tylko w firmach komercyjnych ale również w zakładach opieki zdrowotnej.

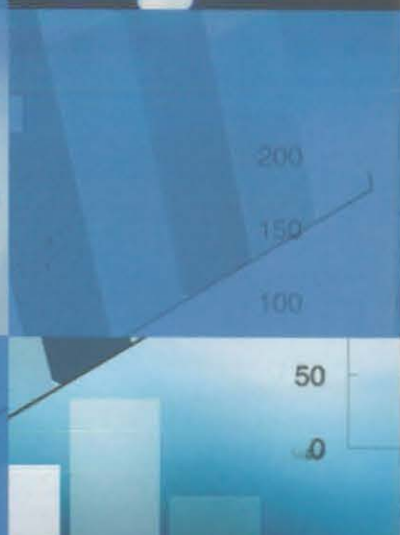
Bibliografia

1. M. Trocki, *Outsourcing jako metoda restrukturyzacji przedsiębiorstw*, [w:] *Gospodarka Materiałowa i Logistyka*, nr 9/1999
2. *Zarządzanie projektem europejskim*, red. M. Trocki i B. Gucza, PWE, Warszawa 2007
3. A. Krajewska, *Outsourcing w placówkach medycznych*, http://www.emedyk.pl/artukul.php?idartykul_rodzaj=31&idartykul=408, 10 kwietnia 2008

WSPÓŁCZESNE WYZWANIA MENADŻERSKIE W OCHRONIE ZDROWIA

Pod redakcją:

Romana Lewandowskiego, Ryszarda Walkowiaka, Marcina Kautscha



OLSZTYN 2009

**Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania
im. prof. Tadeusza Kotarbińskiego**
Prof. Tadeusz Kotarbiński Olsztyn Academy of Computer Science and Management

10-165 Olsztyn, ul./str. Artyleryjska 3 c
tel./phone: + 48 (89) 534 32 03; fax: +48 (89) 534 33 20
e-mail: owsiiiz@owsiiiz.edu.pl
www.owsiiiz.edu.pl

Recenzent/Reader

Prof. dr hab. Eugeniusz Niedzielski, prof. zw.
Dr hab. Dariusz Waldziński, prof. nadzw.

ISSN 978-83-88629-41-9



Wydawnictwo /Published by:
Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania
im. prof. T. Kotarbińskiego
Olsztyn 2009

Nakład/Expenditure: 420 egzemplarzy

Druk/Printed by:
Zakład Poligraficzny Niestępscy s. j.
10-282 Olsztyn, ul./str.: Poprzeczna 13 b
tel./phone: +48 (89) 534 83 92

Spis treści

Przedmowa	5
1. Zarządzanie strategiczne i operacyjne	7
Strategia zakładu opieki zdrowotnej – mrzonka czy konieczność?	
- Mirosław Jaroński	9
Zrównoważona karta wyników i możliwości jej zastosowania w szpitalach	
- Magdalena Kludacz	15
Innowacje operacyjne w jednostkach ochrony zdrowia	
- Kamila Stańczak-Strumiłło, Jędrzej Strumiłło	25
Efekty wdrożenia planu strategicznego w pionie pielęgniarskim Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej – studium przypadku	
- Urszula Lasa, Marcin Kautsch	33
Systemowe lekarstwo	
- Paweł Puchalski	45
Informatyzacja w zakładach opieki zdrowotnej	
- Marcin Kautsch, Dariusz Poznański	49
Stosowanie wybranych planów trwale obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej	
- Marcin Kautsch, Roman Lewandowski	59
Standardy identyfikacyjne i komunikacyjne w procesie zarządzania szpitalem	
- Anna Gawrońska-Błaszczuk	69
Racjonalizacja kosztów jako źródło wzrostu efektywności ZOZ	
- Wiesław Janik	77
Analiza porównawcza wybranego szpitala powiatowego w Polsce i USA	
- Jarosław J. Fedorowski	87
2. Zarządzanie zasobami ludzkimi w jednostkach ochrony zdrowia	91
Występowanie negatywnych zachowań w miejscu pracy a etyka zarządzania zasobami ludzkimi.	
- Danuta Kunecka, Beata Karakiewicz	93
System oceniania pracowników wybranego zakładu opieki zdrowotnej	
- Maria Danuta Głowacka, Piotr Pagórski	105
Praktyki zarządzania personelem w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej	
- Beata Buchelt	113
Problemy zarządzania kadrami w jednostkach ochrony zdrowia (wyniki badań empirycznych)	
- Karol Kowalewski	123
Poziom zgodności istniejącego systemu motywacyjnego z oczekiwaniami pracowników. Studium przypadku	
- Agnieszka Krawczyk-Soltys	131
Kompetencje zarządcze pielęgniarki oddziałowej w świetle wyników badań	
- Iwona Kraśniak, Janusz Kraśniak	143
Wykorzystanie asan i ćwiczeń oddechowych w procesie samoregulacji psychicznej	
- I.W. Bierdiuk	153
3. Kierunki zmian organizacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej	155
Strategia outsourcingu w polskich szpitalach	
- Emil Bukłaha	157
Outsourcing w zakładach opieki zdrowotnej - szanse czy zagrożenia?	
- Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Aleksandra A. Olejarsz	169