

Analiza procesu reorganizacji szpitali miejskich z wykorzystaniem outsourcingu na przykładzie miasta Chorzowa

Analysis of the use of outsourcing in the reorganization process of municipal hospitals in the city of Chorzow

Streszczenie:

W niniejszym artykule przedstawiono proces reorganizacji publicznych podmiotów medycznych na terenie miasta Chorzowa. Artykuł składa się z kilku części. W pierwszej została dokonana analiza procesu reorganizacji poszczególnych podmiotów medycznych na terenie miasta Chorzowa. W analizie przedstawiono przyczyny, jego przebieg oraz uzyskane efekty. Zdefiniowano i zidentyfikowano bardzo nowoczesne metody i koncepcje zarządzania aplikowanych podmiotach medycznych. Szczególnie zwrócono uwagę na aspekt społeczny wdrażanych zmian w podmiotach medycznych i to zarówno w kontekście otoczenia, jak i zatrudnionych pracowników. W kolejnej części przedstawiono szerzej koncepcje outsourcingu wykorzystane w procesie reorganizacji podmiotów medycznych na terenie Chorzowa. Przedstawiono zalety i wady wykorzystania outsourcingu. Wskazano obszary, w których możliwy jest do zastosowania outsourcing w podmiotach medycznych. W artykule przedstawiono wybrane projekty outsourcingowe zrealizowane przez Zespół Miejskich Szpitali w Chorzowie. W końcowej części artykułu przedstawiono wnioski zarówno aplikacyjne, jak i wnioski naukowe dla prowadzenia reorganizacji podmiotów medycznych.

Abstract:

This paper discusses the process of reorganizing public health entities in the city of Chorzow. The article consists of several parts. The first part is the analysis of the reorganization process of the different medical entities in Chorzow. The analysis shows the process cause, its course and the results achieved. The article defines and identifies cutting-edge management methods and concepts of applied medical entities. Special attention is drawn to the social aspect of the implemented changes, both in the environmental and employment-focused context. The next section presents more widely the outsourcing concepts used in the reorganization process of medical entities in the Chorzow area. The paper indicates the advantages and disadvantages of outsourcing and the areas in which it is possible to use outsourcing for medical entities. The paper also presents a selection of outsourcing projects carried out by the Municipal Hospital in Chorzow. In the final part both the application and scientific conclusions for the reorganization of medical entities are drawn.

Słowa kluczowe: reorganizacja, restrukturyzacja, podmioty medyczne, outsourcing

Keywords: reorganization, restructuring, medical entities, outsourcing

Wstęp

Obszar usług medycznych dla mieszkańców podlega transformacji ze względu na kryteria wewnątrz poszczególnych jednostek leczniczych, jak i ze względu na dynamiczne zmiany w ich otoczeniu. W procesie reorganizacji poszczególnych jednostek leczniczych obserwuje się w chwili obecnej brak tendencji do konsolidacji poszczególnych jednostek. W wielu miastach aglomeracji śląskiej można zdefiniować w zasadzie proces odwrotny, powodu-

jący rozproszenie usług, placówek zarówno publicznych jak i niepublicznych. Mając na uwadze optymalne usługi dla pacjentów (podejście holistyczne), reorganizacja przeprowadzana w Chorzowie jest przykładem bardzo nowoczesnego podejścia do kwestii zabezpieczenia usług medycznych dla ludności. W procesie restrukturyzacji wykorzystano bardzo nowoczesne metody (koncepcje) zarządzania z aplikacją w podmiotach medycznych, a mianowicie: outsourcing, metody zarządzania zasobami ludzkimi i inne.

Charakterystyka procesu reorganizacji podmiotów medycznych na terenie miasta Chorzowa

Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Organem tworzącym jest Gmina Chorzów. Przedmiotem działalności Zespołu Szpitali Miejskich jest świadczenie specjalistycznych usług medycznych (stacjonarnych, ambulatoryjnych oraz profilaktycznych) mieszkańcom Chorzowa oraz innych miast aglomeracji śląskiej.

Zespół Szpitali Miejskich powstał 01.01.2004r. na podstawie Uchwały Rady Miasta Chorzów nr XI/190/03 z dnia 4 września 2003 r., z połączenia trzech Miejskich Szpitali dla dorosłych:

- Szpitala im. dr A. Mielęckiego przy ul. Strzelców Bytomskich 11,
- Szpitala im. dr J. Rostka przy ul. K. Miarki 40,
- Szpitala im. dr W. Styczyńskiego przy ul. Szpitalnej 25.

Powstanie Zespołu Szpitali Miejskich było jednym z elementów restrukturyzacji chorzowskiego lecznictwa zamkniętego, które miało na celu dostosowanie bazy szpitalnej do optymalnego poziomu pod względem wielkości wykonywanych świadczeń medycznych, jakości tych świadczeń oraz ich rodzaju i dostępności. W związku z jego powstaniem nastąpiło i nadal następuje szereg zmian organizacyjnych w szpitalach wchodzących w jego skład. Podstawową zmianą było oprofilowanie jednostek organizacyjnych. Dawny Szpital im. dr A. Mielęckiego został szpitalem przyjmującym pacjentów w trybie ostrym (pilnym). Zaś dawny Szpital im. dr J. Rostka stał się szpitalem planowym. Na terenie Szpitala im. dr W. Styczyńskiego utworzono Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, który 16.08.2004 r. został wyłączony ze struktury i aktualnie funkcjonuje jako zakład niepubliczny.

Charakterystyka restrukturyzacji Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie

Obecnie w skład Zespołu Szpitali Miejskich wchodzi dwa szpitale – Szpital przy ul. Strzelców Bytomskich 11 i Szpital przy ul. Karola Miarki 40.

Szpital przy ul. Strzelców Bytomskich 11 zlokalizowany jest w centrum miasta Chorzów. Jest to obiekt o zabudowie pawilonowej z lat 1902-1916, w większości wpisany do rejestru zabytków, co niekorzystnie wpływa na koszty remontów i modernizacji. Budynek otacza rozległy park. Wszystkie oddziały szpitalne, blok operacyjny, pracownie diagnostyczne oraz Izba przyjęć zlokalizowane są w dwóch połączonych ze sobą budynkach (w pawilonie I i II), co umożliwia bardzo dobrą komunikację bez konieczności wyjścia z pawilonów na zewnątrz. Problem

stanowi laboratorium oraz apteka, które umiejscowione są w oddzielnych budynkach.

Szpital przy ul. Karola Miarki 40 oddalony jest ok. 2 km od centrum miasta. Oddziały, poradnia i pracownie zlokalizowane są w jednym obiekcie budowlanym.

Zespół Szpitali Miejskich jest szpitalem wielospecjalistycznym, posiada 12 oddziałów, tj.: oddział chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurologiczny z pododdziałem udarowym, endokrynologiczno-diabetologiczny, reumatologiczny, okulistyczny, dermatologiczny, chorób wewnętrznych z pododdziałem geriatrycznym, hematologiczny, rehabilitacji neurologicznej oraz nowoczesny blok operacyjny, centralną sterylizatornię, pracownie diagnostyczne – tomografii komputerowej z nowym 16-rzędowym aparatem, endoskopii, RTG, USG, EKG, EEG, mammografii, histopatologii, laboratorium analityczne i aptekę, a także 7 poradni specjalistycznych, w tym poradnię okulistyczną, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii ogólnej, chorób piersi, proktologiczną, hematologiczną i medycyny pracy.

Zespół Szpitali Miejskich liczy obecnie 310 łóżek, zatrudnia 603 pracowników (589 etatów), w tym 67 lekarzy (63 etaty), 242 pielęgniarki (239 etatów). ZSM posiada także 108 osób wykonujących zawód medyczny (w tym 78 lekarzy i 18 pielęgniarek), zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (w tym kontraktowych).

Strukturę organizacyjną Zespołu Szpitali Miejskich tworzą komórki organizacyjne tj.: oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, pracownie diagnostyczne i pozostałe komórki (dział kadr i szkoleń, dział finansowo-księgowy, dział administracyjno-gospodarczy, dział zamówień publicznych, dział dokumentacji i statystyki medycznej, dział techniczny, apteka szpitalna, centralna sterylizatornia) oraz samodzielne stanowiska pracy. Zasady funkcjonowania komórek organizacyjnych i ich kompetencje określa Regulamin organizacyjny ZSM.

Zespół Szpitali Miejskich jest kierowany, zarządzany oraz reprezentowany na zewnątrz przez dyrektora. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników. Ponosi odpowiedzialność za zarządzanie ZSM. Podczas nieobecności dyrektora, ZSM kieruje jego zastępca lub osoba przez niego wyznaczona.

Organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego, a także doradczym dyrektora jest Rada Społeczna.

Głównym źródłem finansowania Zespołu Szpitali Miejskich jest kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Poza tym ZSM pozyskuje przychody z tytułu najmu pomieszczeń, ze sprzedaży usług w zakresie sterylizacji oraz świadczeń medycznych (badania laboratoryjne, histopatologiczne, endoskopowe, konsultacje specjalistyczne lekarskie, itp.). ZSM boryka się z problemami finansowymi. Zobowiązania z tytułu dostaw i usług kształtują się

na poziomie ok. 13 mln zł, z czego 35% (ok. 4,5 mln zł) stanowią zobowiązania wymagalne. Opóźnienia w płatnościach wobec dostawców mieszczą się w granicach 4-5 miesięcy. Na bieżąco regulowane są zobowiązania publiczno-prawne (podatki, składki ubezpieczeń społecznych) oraz zobowiązania wobec pracowników (wynagrodzenia).

Pogarszająca się sytuacja finansowa ZSM w 2010 r. skutkowałą podjęciem decyzji o zmianie Strategii SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich na lata 2009-2011. Na pogorszenie sytuacji finansowej złożyło się kilka czynników, m.in.:

1. Obniżenie kontraktu z NFZ na oddziałach szpitalnych w roku 2010 (w zakresie świadczenia medyczne – leczenie szpitalne) oraz zagrożenie dalszego obniżania w latach następnych (prowadzona polityka NFZ – zwiększanie kontraktów na procedury ratujące życie, np. na kardiologiczne procedury inwazyjne, kosztem innych procedur medycznych).
2. Zmiana sposobu płatności za świadczenia przez NFZ (przekazanie należności w okresie nie krótszym niż 14 dni po przedłożeniu faktury).
3. Niepłacenie przez NFZ tzw. nadlimitów, a tylko za procedury ratujące życie według wąskiej definicji NFZ.
4. Konieczność realizacji budowy stacji transformatorowo-rozdzielczej – większe zapotrzebowanie na pobór mocy, z uwagi na nowy blok operacyjny i centralną sterylizatornię.
5. Nieoczekiwane roboty dodatkowe związane z budową nowego bloku operacyjnego.
6. Konieczność zakupu sprzętu medycznego i wyposażenia dla nowego bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni – odmowa dofinansowania projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego (środki unijne).
7. Konieczność zakupu aparatu tomografii komputerowej.

W związku z powyższym wytyczone zostały nowe kierunki działania:

1. Zlikwidowanie przyczyny obniżania kontraktu z NFZ na oddziałach szpitalnych – przekazanie prowadzenia oddziału kardiologicznego oraz pracowni hemodynamiki firmie zewnętrznej.
2. Konsolidacja świadczeń zdrowotnych Zespołu Szpitali Miejskich w jednej lokalizacji (przy ul. Strzelców Bytomskich 11).
3. Dostosowanie pawilonu IV do wymogów prawnych – przekazanie prowadzenia usług medycznych w zakresie ginekologii, położnictwa i neonatologii firmie zewnętrznej (najem pomieszczeń, zobligowanie do wybudowania nowego obiektu).
4. Dostosowanie pomieszczeń do wymogów prawnych – realizacja budowy magazynu odpadów medycznych,

ogólnego oraz archiwum, dostosowanie pomieszczeń do przepisów przeciwpożarowych.

Ad 1.

Znaczne obniżenie kontraktu w 2010 r. na większości oddziałach spowodowane było zwiększeniem kontraktu na kardiologiczne procedury inwazyjne. W efekcie tego działania kontrakt na oddziałach szpitalnych, w porównaniu do roku 2009, obniżył się średnio o 12% a wzrósł na procedury kardiologiczne inwazyjne o 91%. Obniżenie kontraktu na oddziałach szpitalnych niosło za sobą wiele skutków. Pomimo wprowadzenia wielu działań oszczędnościowych, m.in. budżetowanie, redukcja etatów, oddziałom ciężko było się zbilansować, a zła sytuacja finansowa całego szpitala pogłębiała się. Poza tym w dobie kryzysu, polityka NFZ ukierunkowana została na zwiększanie kontraktów na procedury ratujące życie (za które NFZ i tak zobligowany jest zapłacić) kosztem innych procedur medycznych.

Biorąc powyższe pod uwagę, Zespół Szpitali Miejskich musiał podjąć działania zapobiegające obniżaniu kontraktu na oddziałach szpitalnych, stanowiącego zagrożenie dla funkcjonowania szpitala.

Rozważono kilka wariantów związanych z oddziałem kardiologicznym, oddziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego i pracownią hemodynamiki, w tym:

- A/ Utrzymywanie Oddziału Kardiologicznego, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Pracowni Hemodynamiki na dotychczasowych warunkach – dalsze generowanie nadlimitów.
- B/ Likwidacja Oddziału Kardiologicznego, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Pracowni Hemodynamiki – najgorsze rozwiązanie, nieakceptowane z punktu widzenia społecznego. Spowodowałoby obniżenie dostępu do wysokiej jakości usług medycznych mieszkańcom Chorzowa, a przecież przyczyną utworzenia Oddziału Kardiologicznego w Chorzowie był wysoki wskaźnik zapadalności i umieralności na choroby układu krążenia.
- C/ Przejęcie i samodzielne wykonywanie procedur z zakresu kardiologii inwazyjnej – brak możliwości pozyskania kadry lekarskiej do pracy w Pracowni Hemodynamiki.
- D/ Przekazanie prowadzenia usług medycznych w zakresie kardiologii, w tym kardiologii inwazyjnej firmie zewnętrznej – sprzedaż know-how, najem pomieszczeń.

Wybrano realizację wariantu D. W tym celu, po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Społecznej oraz zgody Prezydenta Miasta Chorzów, ogłoszono postępowanie przetargowe w trybie negocjacji, w wyniku którego sprzedano know-how, część zbędnego sprzętu medycznego i wyposażenia

oraz wynajęto pomieszczenia. Realizacja wskazanego wariantu przyczyniła się do rozwiązania problemu Zespołu Szpitali Miejskich, a jednocześnie nie pozbawiła mieszkańców Chorzowa dostępu do specjalistycznych świadczeń kardiologicznych. Jednym z warunków negocjacji było zagwarantowanie świadczenia usług kardiologicznych w mieście Chorzowie, a także przejście zatrudnionych Oddziale Kardiologicznym pracowników na podstawie art. 23¹ Kodeksu pracy.

Ad 2.

Lokalizacja Zespołu Szpitali Miejskich w dwóch miejscach (dwa szpitale) jest ekonomicznie nieefektywna, z powodu generowania dodatkowych kosztów z tytułu:

- 1) transportu pacjentów na badania diagnostyczne (TK, kolonoskopie, EEG);
- 2) transportu środków farmakologicznych (np. leków, materiałów aptecznych), bielizny (czystej i brudnej), materiału do sterylizacji;
- 3) utrzymywania, zgodnie z wymogami NFZ, podwójnych ośrodków kosztów, takich jak: RTG, USG, Izba przyjęć, magazyn apteczny;
- 4) wydatków na podwójne dyżury lekarskie (podwójna obsada lekarzy dyżurujących);
- 5) administrowania budynkiem – służby gospodarcze, techniczne i administracyjne, ochrona mienia;
- 6) użytkowania budynku – media, ubezpieczenie, czynsz dzierżawny;
- 7) utrzymania technicznego budynku – modernizacje i remonty (np. dachu, instalacji wody, kanalizacji);
- 8) utrzymania łączności – usługi telekomunikacyjne i informatyczne (Internet).

Tab. 1. Harmonogram zmian organizacyjnych w Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie

Lp.	Nazwa	Data przeniesienia
1	Oddział Reumatologiczny	01.08.2011
2	Oddział Endokrynologiczno-Diabetologiczny	01.09.2011
3	Oddział Okulistyczny, Blok Operacyjny Okulistyczny, Poradnia Okulistyczna	01.01.2012
4	Pracownia Mammografii	20.03.2012
5	Poradnia Chorób Piersi	01.05.2012
6	Oddział Dermatologiczny	17.08.2012
7	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	01.09.2012
8	Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	01.03.2013

Źródło: Opracowanie własne.

W związku z powyższym podjęta została decyzja o konsolidacji usług w jednej lokalizacji, w Szpitalu przy ul. Strzelców Bytomskich 11. Proces przenoszenia oddzia-

łów, poradni i pracowni rozpoczął się w roku 2011, zakończył się około 2015 r. Tabela 1 przedstawia wykaz przeniesionych komórek ZSM oraz terminy zmiany lokalizacji.

Ad 3.

Wzoruując się na postępowaniu negocjacyjnym, dotyczącym przekazania oddziału kardiologicznego firmie zewnętrznej, w podobny sposób przekazano usługi ginekologiczne, położnicze oraz neonatologiczne. Przyczyną takiej decyzji było:

- brak środków finansowych na remont i modernizację budynku, w którym zlokalizowane są w/w oddziały – brak dotacji z Urzędu Miasta,
- brak możliwości przeniesienia w/w oddziałów do innej lokalizacji - brak wolnych przestrzeni lokalowych (konieczność spełnienia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą),
- obniżenie liczby porodów.

Oddziały: ginekologiczno-położniczy i noworodkowy zlokalizowane były (i są) w Pawilonie nr IV z roku 1905. Budynek wymaga kompleksowej modernizacji, bowiem nie spełnia wymagań sanitarno-epidemiologicznych, technicznych i przeciwpożarowych. Pomieszczenia zajmowane przez ww. oddziały nie spełniały wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. Budynek nie posiada windy, instalacje wodno-kanalizacyjne są zużyte i wymagają wymiany, podobnie jak wyposażenie sanitariatów. Od strony termomodernizacji budynek wymaga wymiany okien i docieplenia poddasza. Szacunkowy koszt modernizacji Pawilonu nr IV wynosi ok. 6 700 000 zł.

Stan techniczny budynku obniżał wartość i dyskredytował Oddziały w oczach pacjentek. Wpływało to na zmniejszenie liczby porodów, co przedstawia poniższe zestawienie:

Tab. 2. Liczba porodów w Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie w latach 2009-2011

Liczba porodów		
2009 r.	2010 r.	2011 r.
736	758	637

Źródło: Opracowanie własne.

Poprawa wyników finansowych nastąpiłaby poprzez modernizację ww. oddziałów, ale także uzyskanie wyższego stopnia referencyjności. Oddziały mogłyby zwiększyć

zakres i podnieść jakość usług medycznych, a tym samym uzyskiwać większe przychody z NFZ. Zmiana stopnia referencyjności związana jest ze spełnieniem odpowiednich wymagań sanitarno-epidemiologicznych, personalnych (w zakresie liczby i kwalifikacji personelu medycznego) i sprzętowych.

Realizacja przedstawionych wyżej działań byłaby możliwa po zainwestowaniu środków finansowych, których Zespół Szpitali Miejskich nie posiadał.

W związku z powyższym podjęta została decyzja o przekazaniu prowadzenia usług medycznych w zakresie ginekologii, położnictwa i neonatologii podmiotowi zewnętrznemu (na wzór przekazania prowadzenia oddziału kardiologicznego).

W tym celu przeprowadzono postępowanie w trybie negocjacji na sprzedaż: know-how, sprzętu medycznego, wyposażenia oraz najem pomieszczeń w pawilonie IV. W trakcie negocjacji podmiot zewnętrzny przejął pracowników w trybie art. 23¹ Kodeksu pracy i zagwarantował ich dalsze zatrudnienie na dotychczasowych warunkach przez okres dwóch lat. Poza tym zewnętrzny niepubliczny podmiot medyczny zobowiązał się do:

- wybudowania nowego obiektu (pawilonu) dla potrzeb oddziału ginekologiczno-położniczego, noworodkowego (dzierżawa),
- rozszerzenia działalności w zakresie ginekologii, położnictwa lub neonatologii – utworzenie 5 poradni,
- zorganizowania wyższego stopnia referencyjności (drugiego – w wynajmowanym budynku, trzeciego – w nowo wybudowanym budynku),
- wynajęcia sali operacyjnej ginekologicznej ZSM na okres 15 lat, po zrealizowaniu inwestycji budowy nowego obiektu.

Należy podkreślić, że takie rozwiązanie pozwoliło na utrzymanie w mieście Chorzów usług ginekologicznych, położniczych i neonatologicznych, a także to, że miasto dodatkowo zyska świadczenia o wyższym niż dotychczas standardzie. Nadal realizowane są usługi w ramach kontraktu z NFZ (bezpłatne dla pacjentek).

Ad 4.

Decyzja o realizacji inwestycji budowy magazynu odpadów medycznych, ogólnego oraz archiwum, a także dostosowania pomieszczeń do przepisów przeciwpożarowych podjęta była w wyniku konieczności dostosowania do przepisów prawnych na skutek kontroli szpitala przez odpowiednie instytucje (Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Straż pożarna). Wśród argumentów przemawiających za realizacją inwestycji można wskazać na następujące:

- **obecny magazyn odpadów medycznych** – decyzja Śląskiego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Katowicach o dostosowaniu do przepisów prawnych

w terminie do 31.12.2012 r. (wcześniej dwie prolongaty terminów);

- **budynek archiwum** – ekspertyza rzeczoznawcy (konstruktora budowlanego) dotycząca oceny możliwości dalszego użytkowania budynku w charakterze archiwum zaleca: „Ze względu na stan techniczny budynku oraz panujące w nim warunki cieplno-wilgotnościowe należy w trybie pilnym rozpocząć generalny remont budynku. (...) Po remoncie budynek nie może pełnić funkcji archiwum szpitalnego”, ze względu na nośność stropów niższą od wymaganej odpowiednią normą (norma dla archiwum 500 kg/m²);
- **budynek magazynu ogólnego** – wymaga modernizacji w zakresie poprawy warunków użytkowych oraz zapewnienia funkcjonalności rozwiązań logistycznych;
- **dostosowanie do przepisów ppoż.** – brak wymaganych przepisami rozwiązań technicznych w zakresie ochrony przeciwpożarowej zapewniających bezpieczną ewakuację pacjentów oraz personelu w przypadku wystąpienia zagrożenia pożarem, decyzja Komendanta Miejskiego Państwowej Straży Pożarnej w Chorzowie o dostosowaniu do przepisów prawnych w terminie do 31.12.2012 r. (dwie prolongaty terminu).

Proces restrukturyzacji w jednostce ochrony zdrowia jest procesem złożonym i trudnym w realizacji. Wybrane aspekty procesu restrukturyzacji niejednokrotnie zakończone są brakiem osiągnięcia założonych celów, w tym celów ekonomiczno-finansowych.

Wybranymi przyczynami nieosiągnięcia założonych celów procesu (poszczególnych jego etapów, składowych) restrukturyzacji są:

- duża zmienność przepisów dotyczących wymogów kadrowych i wyposażenia medycznego stawianych przez NFZ,
- wchodzące z roku na rok nowe ustawy, wymagające nakładów finansowych ze strony zakładów opieki zdrowotnej,
- nieprzewidywalny proces kontraktowania usług medycznych z NFZ,
- kadencyjność kadry politycznej gminy i brak gwarancji kontynuacji strategii reorganizacji jednostek,
- obowiązek wykonywania usług medycznych ratujących życie pacjenta, bez gwarancji zapłaty za nie (pozostaje długa procedura sądowa).

Biorąc pod uwagę powyższe przyczyny, restrukturyzacja w szpitalach powinna odbywać się na różnych płaszczyznach, na drodze ewolucji dostosowania do warunków wewnętrznych i interesariuszy otoczenia.

W przypadku Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie celem restrukturyzacji jest: zrównoważenie przychodów szpitala z kosztami jego funkcjonowania.

Trudność procesu restrukturyzacji w przypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (SPZOZ) wynika przede wszystkim z charakteru usług – usług medycznych niedających się w ilości oraz zakresie przewidzieć. Podpisana z NFZ umowa nie dopuszcza do wykonywania „nadlimitów”, a w konsekwencji niewypłacenia środków finansowych za udzielone świadczenia.

Oczekiwanie pacjentów (z założenia słuszne), poparte wypowiedziami polityków, decydentów w rzeczywistości nie idą w parze z możliwościami finansowymi NFZ, a w konsekwencji szpitala, co stawia dyrektora szpitala w wyjątkowo niekorzystnej sytuacji tłumaczenia się z decyzji reorganizacyjnych, mających na celu dbanie o finanse placówki zdrowotnej.

Przykładem aktualnie medialnym, bardzo traumatycznym, jest problem oddziałów geriatrycznych. Nie ma niepublicznego podmiotu medycznego w kraju, który kontraktuje z NFZ tego typu usługi dla ludzi w podeszłym wieku. Oczywiście pozostaje pytanie o przyczyny takiego stanu rzeczy, który z punktu widzenia oczekiwań społecznych jest bardzo istotny. Przyczyną takiego stanu rzeczy postaje fakt, że koszty pacjenta na oddziale geriatrycznym są prawie dwukrotnie większe od wyceny NFZ. Dyrektor SPZOZ nie podejmie decyzji o jego likwidacji, z jednej strony patrząc na potrzeby społeczne miasta, z drugiej strony aspekt ekonomiczny-finansowy determinuje ogromny dyskomfort pracy kierowniczej.

Z ww. powodów w Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie wprowadzono restrukturyzację wielopłaszczyzną:

- operacyjna
polega na ograniczaniu kosztów na podstawowym poziomie w sposób ciągły – ograniczanie kosztów zakupów codziennych, wprowadzenie limitów telefonów komórkowych, monitorowanie połączeń telefonicznych, ograniczenie zakupu czasopism do niezbędnych w pracy (BHP, epidemiologia, finanse), kontrola zużycia wody, energii elektrycznej i ciepłej (szukanie najtańszych źródeł dostawy);
- kadrowa
polega na przeglądzie stanowisk pracy w każdym dziale, począwszy od administracji oddziałów szpitalnych, poradni i służb pomocniczych. Skutkuje redukcją etatów, łączeniem stanowisk, zwiększeniem obowiązków pracy;
- motywacyjna
polega na zdefiniowaniu i wdrożeniu nowych narzędzi dla motywowania pracowników na wszystkich stanowiskach. Wśród nich można wymienić motywator w postaci premii finansowej za wypracowanie zidentyfikowanego efektu ekonomiczno - finansowego, w proporcjach: 50% pracownik, 50% szpital. Dla takiego podejścia i identyfikowania narzędzi motywacyjnych potrzebne jest dokładne monitorowanie comiesięcz-

nych kosztów. Docelowo zostanie wprowadzony controlling wraz z systemem informatycznym;

- organizacyjna
polega na centralizacji usług medycznych w jednej lokalizacji. Aktualnie w skład Zespołu Szpitali Miejskich wchodzi dwa szpitale, oddalone od siebie około 2 km, co w konsekwencji pociąga za sobą duże wydatki związane z transportem pacjentów i utrzymaniem infrastruktury szpitalnej. Koszt utrzymania obiektu to ok. 800 000 zł rocznie. Centralizacja trwa już około jednego roku. Zakończy się około 2015 roku, w wyniku czego wszystkie oddziały będą funkcjonować w jednym miejscu;
- własnościowa
przekazanie dwóch oddziałów w formie sprzedaży know-how zewnętrznym niepublicznym podmiotom medycznym:
 - z zagwarantowaniem ciągłych usług medycznych w ramach NFZ,
 - z obowiązkiem utworzenia nowych poradni,
 - zobligowaniem podmiotu do budowy nowych obiektów.

Główne przyczyny dla tak zdefiniowanego procesu restrukturyzacji to: w przypadku kardiologii – obniżanie poziomu kontraktów na pozostałych oddziałach szpitalnych, a w przypadku ginekologii – brak środków finansowych (ok. 6 mln zł) na modernizację budynku. Oddział ginekologiczno-położniczy oraz noworodkowy mieści się w starym stuletnim budynku, niespełniającym wymogów sanitarno-epidemiologicznych i przeciwpożarowych. Pozyskane środki finansowe ze sprzedaży know-how oraz comiesięczne przychody z tytułu najmu pomieszczeń, sprzedaży usług medycznych (np. laboratoryjnych, histopatologicznych) są inwestowane w nowy sprzęt medyczny i w inwestycje szpitalne;

- outsourcing
ważnym, wspierającym proces restrukturyzacji jest outsourcing usług, pozwalający osiągnąć poprawę jakości usług i pozyskać środki finansowe na inwestycje szpitalne lub spłatę długu SPZOZ.

Outsourcing w procesie restrukturyzacji Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie

W zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie w procesie restrukturyzacji zastosowano outsourcing. Outsourcing w swojej definicji i poszczególnych swoich rodzajach jest koncepcją bardzo efektywną (obniża koszty funkcjonowania), identyfikuje koszty, zmienia koszty stałe w koszty zmienne i inne.

Za prekursora idei outsourcingu można uznać Henry'ego Forda. Sformułował on rewolucyjną, jak na owe czasy hipotezę: Jeśli jest coś, czego nie potrafimy zrobić

wydajniej, taniej i lepiej niż nasi konkurenci, nie ma sensu żebyśmy to robili. Powinniśmy zatrudnić do wykonania tej pracy kogoś, kto zrobi to lepiej.

Outsourcing, czyli pozyskiwanie zasobów z zewnątrz i przekazywanie procesów biznesowych organizacji niezależnym dostawcom, jest współcześnie rozwiązaniem wykorzystywanym powszechnie przez wszystkie rodzaje organizacji na globalnym rynku. Wśród warunków można zdefiniować między innymi:

- 1. Powtarzalność.** Aby mówić o outsourcingu, funkcja powierzona firmie zewnętrznej musi być powtarzalnym działaniem, wykonywanym w ramach przyjętego podziału pracy. Jednorazowa usługa nie może być interpretowana jako wydzielenie funkcji na zewnątrz. Różnica taka istnieje np. między sytuacją, gdy pracownik raz weźmie taksówkę na koszt przedsiębiorstwa a taką, gdy zostanie podpisana umowa z firmą transportową na przewóz pracowników.
- 2. Podmiot usługi.** Podmiot usługi musi być precyzyjnie określony, np. pojedynczy lunch dla pracownika (pomimo że może to być realizowane wielokrotnie i w różnych restauracjach) nie jest outsourcingiem natomiast catering nim jest.
- 3. Pracownicy.** Pracownicy wykonujący zadania, są pracownikami firmy zewnętrznej, nie macierzystej. Przedsiębiorstwo outsourcingowe (usługodawca) wykonuje zlecenie dzięki własnym zasobom, chociaż istnieją odstępstwa, np. co-sourcing.
- 4. Cel wydzielenia.** Wydzielenie działalności z organizacji nie może być celem samym w sobie. Cel jest związany z długookresowymi korzyściami organizacji wydzielającej, dotyczy perspektywy strategicznej przedsiębiorstwa.
- 5. Zleceniobiorca** powinien być niezależny prawno-organizacyjnie od macierzystej firmy. Mogą istnieć relacje własnościowo-ekonomiczne (np. spółka „córka”).

Niższe koszty to tylko część korzyści ze zlecenia zadań. Firmy specjalizujące się w outsourcingu są nierzadko motorem innowacji. Inna wielka korzyść polega na tym, że firmy outsourcingowe często podnoszą jakość wykonania zadań, poprzednio realizowanych samodzielnie przez firmę-zleceniodawcę.

Organizacja dla dobrego wykorzystania outsourcingu musi dobrać odpowiednią jego koncepcję, zarówno ze względu na sytuację wewnątrz, jak i na zewnątrz (otoczenie bliższe i dalsze) organizacji, a także ze względu na perspektywę czasową. Bardzo istotnym pozostaje aspekt wyboru odpowiedniego usługodawcy.

Pierwszym wyznacznikiem pozostaje sformułowanie celów strategicznych, a dalej w perspektywie – analiza otoczenia organizacji. Wśród możliwych rodzajów projektów outsourcingowych można scharakteryzować następujące:

- A) Outsourcing wewnętrzny.** Wykonywanie usług w ramach tej samej organizacji polega na tym, że poszczególne działy, procesy, obszary organizacji realizują usługi dla „klientów”, znajdujących się wewnątrz przedsiębiorstwa. Przy takiej koncepcji komórki świadczą usługi dla pozostałych (w ramach tej samej struktury organizacyjno-prawnej), a docelowo także dla klientów spoza organizacji. W pierwszym etapie, można zawierać kontrakty wewnątrz firmy, które docelowo prowadzą (lub mogą prowadzić) do przygotowania kontraktu, poszczególnych projektów outsourcingowych. Koncepcja ta, posiada ogromne znaczenie, dla określenia (szkolenia) kompetencji personelu wykonawczego oraz zarządzającego. Koncepcja ta szczególnie może być istotna dla podmiotów medycznych
- B) Zlecenie funkcji.** Zlecenie funkcji ma miejsce wtedy, gdy angażuje się zewnętrzne firmy do wykonywania usług, zadań, produktów, które dotąd wykonywał wewnętrzny dział organizacji. Zastosowanie tej koncepcji, odbywa się w perspektywie taktyki postępowania firmy (krótkoterminowej). W przeważającej części dotyczy funkcji pomocniczych, np. sprzątnięcia, żywienia, ochrony i innych. W przypadku tej koncepcji niezbędnym pozostaje, aby kontrakt nie skupiał się na samych czynnościach, ale na rezultatach. Wynika to z tego, że podstawą zlecenia jest redukcja kosztów.
- C) Co-sourcing.** Co-sourcing jest kontraktem, w którym odbiorca usługi zapewnia własnych pracowników w celu jej wykonania, ale nie są oni przenoszeni na stałe. Jest to szczególnie interesująca koncepcja outsourcingu, która w warunkach gospodarki polskiej, jest stosowana dość powszechnie w branży budowlanej. Może to być bardzo istotny element procesu restrukturyzacji, szczególnie obszaru zasobów ludzkich. Daje to poczucie bezpieczeństwa pracowników, że w przypadku zaistnienia nadmiaru personelu szuka się innych rozwiązań, niż tylko zwalnianie. Koncepcja co-sourcingu kapitałnie zwiększa poziom identyfikacji z firmą macierzystą, działanie więzi zawodowych, wyzwala wśród personelu dodatkowe inicjatywy. Koncepcja co-sourcingu może być traktowana jako forma outplacementu. Wydaje się także, że duże możliwości ten rodzaj outsourcingu ma w podmiotach medycznych
- D) Outsourcing oparty na udziale w korzyściach.** W koncepcji udziału w korzyściach, obie strony – dostawca i odbiorca usług, inwestują w outsourcing i dzielą się zyskami. Istota tych reakcji polega na tym, że obie firmy uwzględniają pozycję wyjściową i współpracują dla osiągnięcia kluczowych celów. Uzyskane korzyści są dzielone między obie strony” [1].
- E) Business Process Outsourcing (BPO).** Koncepcja BPO polega na tym, że dostawca usługi nie tylko odpowiada za przejmowaną funkcję lub proces, ale

również projektuje je w taki sposób, aby lepiej wykorzystać istniejące zasoby zleceniodawcy i zleceniobiorcy. Poprzez usprawnienie procesu tworzy dodatkową wartość dla firmy. Najważniejszym w tej koncepcji jest określenie odpowiedzialności za zaprojektowaną i przejętą funkcję, szczególnie w momencie wystąpienia nieprawidłowości.

F) **Contracting out.** Contracting out to zakup towarów lub usług od zewnętrznego dostawcy, w tym przypadku kupujący kontroluje proces wytworzenia danej usługi czy towaru. Innymi słowy wyraźnie określa, co chce otrzymać i jak ma to być zrobione. Koncepcja ta pozostaje podstawą działania dla firm, które chcą uzyskać wysoką jakość swoich produktów i usług. Niezbędnym pozostaje tutaj kontrola procesu produktów i usług.

G) **Outsourcing wirtualnej przestrzeni gospodarczej.** Koncepcja ta polega na wykorzystywaniu nowych technologii z obszaru IT, tworzących wirtualną przestrzeń, w której rezyduje wiele zjawisk gospodarczych. Można nią wspomagać wyżej przedstawione koncepcje outsourcingu, może ona także istnieć samodzielnie. Różni się innymi zasadniczym elementem, a mianowicie charakterem relacji pomiędzy partnerami projektu (relacje osobiste zostały zastąpione relacjami pośrednimi). Zagrożeniem między innymi dla stosowania tej koncepcji pozostaje fakt, że nie wszyscy pracownicy posiadają odpowiednie kompetencje dla funkcjonowania w takich relacjach (pośrednich). Koncepcja ta doskonale wpisuje się w proces globalizacji i może przekształcić się docelowo jako coaching dla przedsiębiorstwa [1].

Nie ma uniwersalnej, jednej koncepcji outsourcingu, która może być odpowiednia (najlepsza, optymalna) dla wielu przedsiębiorstw. Uwarunkowania wewnętrzne (stosowane technologie, kompetencje pracownicze, zasoby finansowe, kulturowe i inne), jak i uwarunkowania istniejące w otoczeniu (bliższym, dalszym – szczególnie przy stosowaniu offshoringu) determinują indywidualizację podejścia do każdego przedsiębiorstwa, które planuje projekty outsourcingowe, szczególnie istotne w przypadku podmiotów medycznych.

Inny bardzo ciekawy i interesujący podział rodzajów outsourcingu definiują Power, Desouza, Bonifazi, którzy wśród kryteriów wskazują na :

a) lokalizację:

- wewnątrz,
- na zewnątrz (w kraju klienta – onshore w kraju pobliskim – nearshore w kraju odległym – offshore),

b) głębokość:

- indywidualny (outsourcing pojedynczych stanowisk pracy),

- funkcjonalny (zlecenie na zewnątrz określonej dziedziny funkcjonowania przedsiębiorstwa, często mówimy o wydzielaniu centrów kosztów),
- kompetencyjny (zlecenie na zewnątrz działań, związanych z podejmowaniem decyzji. Dostawca kontroluje przepływ produktów lub usług przez organizację klienta. Będzie to np. outsourcing logistyki, rozwoju technologii czy rozliczania płac. Outsourcing kompetencyjny odbywa się na jeszcze wyższym szczeblu niż funkcjonalny, ponieważ wymaga wydzielenia na zewnątrz wielu różnych funkcji. Ten model współpracy, zakłada duże zaufanie do dostawcy, ponieważ każdy błąd ma negatywny wpływ na prosperowanie firmy klienta),

c) pracę:

- proces, zwykle dotyczy zleceń o standardowej i usystematyzowanej strukturze, np. zewnętrzna obsługa rozliczania płac, gdzie ważna jest cykliczność i sprawny przepływ dokumentów. Klient dobrze zna wymagane procedury postępowania,
- projekt, zlecenie niepowtarzalnych, nierutynowych przedsięwzięć, np. tworzenia oprogramowania. Zarządzanie tego rodzaju outsourcingiem jest skomplikowane, gdyż klient nie do końca rozumie złożoność konsekwencji zlecanych prac, a kierowanie pracą przez niedoinformowanych menedżerów, bez wystarczającego doświadczenia, niesie za sobą duże ryzyko [2].

Bragg podaje następujące powody rozważań nad zastosowaniem outsourcingu:

- zdobycie nowych umiejętności,
- potrzeba lepszego zarządzania,
- chęć skoncentrowania uwagi zarządzających (menedżerów) na strategii,
- koncentracja na działalności podstawowej, która decyduje o przetrwaniu organizacji,
- unikanie dużych inwestycji,
- zwiększenie elastyczności [3].

Bardzo interesujące wyniki badań nad przesłankami (przyczynami) zastosowania outsourcingu w przedsiębiorstwach, publikuje na swoich stronach internetowych firma IBM Global Services (publikowane dane pochodzą z roku 2007). Powyższa firma wśród przesłanek zastosowania outsourcingu w przedsiębiorstwach wymienia następujące:

- przyspieszenie uzyskiwania korzyści z restrukturyzacji (reengineeringu). Szczególnie pod kątem redefinicji poszczególnych restrukturyzowanych obszarów, jak i całego przedsiębiorstwa. Wprowadzenie do procesu reengineeringu w zasadzie dowolnych zasobów, występujących w otoczeniu poszczególnych przedsiębiorstw. Pozwala uwzględnić dużą turbulencję,

występującą w bliższym i dalszym otoczeniu przedsiębiorstw,

- dostęp do możliwości światowej klasy. Światowej klasy dostawcy usług intensywnie inwestują w technologie, metody i zasoby ludzkie. Stając w obliczu podobnych wyzwań, zdobywają doświadczenie, dzięki współpracy z wieloma klientami. Z połączenia specjalizacji i doświadczenia korzystają klienci, co pomaga im zmniejszyć koszty wdrożenia nowoczesnych technologii,
- lepsze skupienie się firmy na jej podstawowych zadaniach,
- wolne zasoby, które można przeznaczyć do innych celów,
- ograniczanie ryzyka,
- zasoby niedostępne wewnątrz firmy,
- uzyskiwanie przychodów. Korzystanie z usług zewnętrznych zakłada częste przekazywanie przez klienta aktywów na rzecz dostawcy usług. Nabywca wykorzystuje te aktywa w procesie świadczenia usług na rzecz klienta. W zależności od wartości zaangażowanych aktywów, sprzedaż ta może przynieść klientowi znaczny dochód,
- zadania sprawiające kłopot w zarządzaniu lub wymykające się spod kontroli. Nie oznacza to jednak zrzeczenia się odpowiedzialności za zarządzanie, ani też nie sprawdza się jako odruchowa reakcja firmy znajdującej się w kłopotach,
- udostępnienie funduszy kapitałowych. Korzystanie z usług zewnętrznych może ograniczyć konieczność inwestowania funduszy kapitałowych w zadania niestanowiące podstawowej działalności firmy. Zamiast zdobywania zasobów w wyniku wydatków kapitałowych, pozyskiwane są w ramach umów, zgodnie ze stopniem ich wykorzystania,
- ograniczenie kosztów operacyjnych. Firmy, które próbują robić wszystko własnymi siłami mogą ponosić o wiele wyższe wydatki na badania, rozwój, marketing i organizację prac, co zostaje wliczone w koszty, jakie ponosi klient. Dzięki dostawcy zewnętrznemu, niższe koszty, wynikające z oszczędności na większą skalę lub z innych korzyści, związanych ze specjalizacją, ograniczają koszty operacyjne firmy i zwiększają jej konkurencyjność. Doskonałą metodą, możliwą do zastosowania w tym aspekcie, jest finansowanie się przez zobowiązania ta metoda, powinna być nieodzownym składnikiem każdego projektu outsourcingowego. Powyższe jest szczególnie istotnie w obszarze finansowania aktywów obrotowych, wynikających z cyklu produkcyjno-handlowego każdego przedsiębiorstwa [3].

Obszary zastosowania outsourcingu zmieniały się w korelacji do zmian w postrzeganiu i wdrażaniu outsourcingu

w przedsiębiorstwach. Coutto i Divakaran wyróżniają trzy etapy ewolucji outsourcingu:

- outsourcing pierwszej generacji. Na tym etapie firmy widzą w outsourcingu przede wszystkim sposób na obniżenie kosztów działalności. Dzięki temu, że dostawcy usług outsourcingowych korzystają z efektów skali, firma może pozyskać z zewnątrz potrzebne zasoby taniej, niż gdyby korzystała z zasobów własnych. Outsourcing pierwszej generacji charakteryzują długie, wieloletnie kontrakty, podpisywane przez firmę z jednym usługodawcą, działającym na tym samym obszarze (onshoring),
- outsourcing drugiej generacji. Nazywany bywa outsourcingiem strategicznym lub transformacyjnym. Według powyższych autorów, na tym etapie jest dzisiaj większość przedsiębiorstw stosujących outsourcing (można przyjąć takie podejście od 2007 roku). W outsourcingu drugiej generacji przekształceniu ulega model biznesowy: firma definiuje swoje kluczowe kompetencje, skupiając się własnych zasobach i na ich doskonaleniu, a procesy niekluczowe zleca na zewnątrz. W ten sposób pozyskiwane z zewnątrz kompetencje wspomagają realizację celów strategicznych, a outsourcing staje się elementem strategii. W outsourcingu drugiej generacji na zewnątrz wydzielane są całe procesy biznesowe, z reguły wykraczające swoim zasięgiem poza jeden pion w przedsiębiorstwie i wsparte zastosowaniem wysokiej klasy technologii. Ten etap w ewolucji outsourcingu cechują krótsze niż w poprzednim etapie kontrakty, a dla wielu firm docelowym modelem działania jest przeniesienie procesów biznesowych do innego kraju (offshoring),
- outsourcing trzeciej generacji. Na tym etapie wydzielenie na zewnątrz obszarów działalności służy przede wszystkim zapewnieniu firmie rozwoju i innowacyjności. W outsourcingu trzeciej generacji dostawca usług staje się często motorem zmian, może dostarczać nowe pomysły, koncepcje i innowacje, być inicjatorem wejścia na nowy rynek, czy nawet zmiany definicji biznesu. Na tym etapie wydziela się działy badań i rozwoju marketingu oraz sekcje prawne. Oprócz usług związanych z outsourcingiem procesów biznesowych, realizowane są usługi wynikające z outsourcingu procesów wiedzy (Knowledge Process Outsourcing). Outsourcing trzeciej generacji, który stosują przede wszystkim Firmy technologiczne i farmaceutyczne, m.in. IBM, NOKIA, IDS, BAYER, SIEMENS, PROKOM). Dla outsourcingu trzeciej generacji charakterystyczne jest zawieranie umów jednocześnie z wieloma dostawcami (multisourcing). W chwili obecnej rozpoczął się proces funkcjonowania outsourcingu jako czwartej generacji opartej o wirtualną przestrzeń:
- outsourcing czwartej generacji. Na tym etapie wydzielanie na zewnątrz obszarów działalności odbywa

się w wirtualnej przestrzeni. Nie chodzi o wykorzystanie wirtualnej przestrzeni w dotychczasowy sposób (komunikacja, handel, bazy danych i inne), ale przenoszenie całych procesów biznesowych w przestrzeń wirtualną. Szczególnie podatne dla projektów czwartej generacji pozostają te, które są oparte na przetwarzaniu baz danych. Można tu wymienić np. projekty związane z second live'em, telemedycyna i inne. Tą drogą może nastąpić indywidualizacja usług medycznych.

W Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie zastosowano outsourcing w następujących obszarach i funkcjach:

- usługi pralnicze,
- usługi cateringowe,
- usługi parkingowe,
- usługi ochrony mienia,
- usługi sprzątające (w trakcie),
- usługi laboratoryjne,
- usługi histopatologiczne,
- usługi ochrony terenów zielonych,
- usługi sterylizacji,
- usługi rehabilitacji.

Wybranie usług przeznaczonych do outsourcingu i usług pozostałych w szpitalu poprzedziła szczegółowa analiza ekonomiczno-finansowa, jakości usług, konkurencyjności, przydatności (np. w kontraktowaniu z NFZ) oraz bezpieczeństwa pacjentów. Podstawową przesłanką jest obniżka kosztów i jakość świadczonych usług. Usługi, które zostały w szpitalu wykonywane są dobrze i na wysokim poziomie i w porównaniu z konkurencją są tańsze. ZSM sam pozyskuje rynki zewnętrzne, jak to jest w przypadku usług laboratoryjnych, histopatologicznych i sterylizacyjnych.

Każda decyzja dotycząca usług outsourcingowych powinna być szczegółowo przeanalizowana nie tylko pod względem finansowym, ale także, co jest równie ważne, pod względem kadrowym. Wewnętrzne uzgodnienia powinny być omówione i rozważone z działającymi w zakładzie związkami zawodowymi, których akceptacja w dużym stopniu przyczynia się do powodzenia przedsięwzięcia.

W wyniku tych uzgodnień może być podjęta decyzja o wprowadzeniu wymagań wobec firmy outsourcingowej, np. gwarancji zatrudnienia kadry przez 1 rok lub 2 lata, co wydawałoby się argumentem przeciw, a przynajmniej utrudnieniem pozyskania wiarygodnego partnera zewnętrznego, a w rzeczywistości, jak wynika z doświadczeń autorów, wpływa korzystnie na wizerunek firmy zewnętrznej i dyrektora szpitala.

Nie bez znaczenia jest proces pozyskiwania (negocjacji) firmy outsourcingowej. Aktualnie wypracowana strategia pozyskiwania zleceniobiorców, jedyna i dopuszczalna, która jest zgodna z ustawą Prawo zamówień publicznych, jest formą niedoskonałą, i nie sprawdza się aktualnie

w pozyskiwaniu partnera zewnętrznego. Wprawdzie można wpisać w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (SIWZ) wymogi – gwarancje firmy, rekomendacje, gwarancje zatrudnienia czy elementy zakładów pracy chronionej itp., ale z doświadczeń autorów wynika, że ww. mogą stanowić maksymalnie 10-20%, co nie stanowi odpowiedniego stosunku ceny do jakości i może spowodować, iż postępowanie przetargowe wygra firma, z której zakład uzyska określony efekt finansowy, ale nie uzyska innych rezultatów, np. odpowiedniego poziomu usług, co może mieć duży wpływ na pozostałą działalność, jaką jest udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Niedocenioną korzyścią w usługach outsourcingowych jest zmiana kompetencji pracowników, począwszy od kadry podstawowej poprzez lekarzy, pielęgniarki a skończywszy na kadrze zarządczej.

Pracownicy dopuszczają do siebie informacje, iż dyrektor może zdecydować o outsourcingu ich usług, co mobilizuje do zastosowania nowych rozwiązań organizacyjnych, zmiany sposobu myślenia, dbania o własne stanowisko pracy, poprzez zwiększenie wysiłku na rzecz szpitala.

Rozwiązania reorganizacyjne (restrukturyzacyjne) z wykorzystaniem outsourcingu mogą być tym narzędziem który zadecyduje o innowacyjnych zachowaniach pracowników dla tworzenia współczesnych know-how.

Kadra SPZOZ może, a wręcz powinna brać przykład z ciekawych, niekonwencjonalnych rozwiązań firm zewnętrznych, nie traktować je jako „obce”, a komplementować na swój grunt, jakim jest szpital, dla dobra szpitala i pacjentów.

Charakterystyka wybranych projektów outsourcingowych w zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie

Usługi cateringowe

Decyzja o outsourcingu usług cateringowych zapadła w 2006 roku. Była wynikiem szczegółowej analizy działalności kuchni w poprzednich latach oraz prognozy cen za wyżywienie pacjentów w skali jednego dnia, a także obserwacji rynku prywatnego oraz wyników przetargów w sąsiednich szpitalach.

Argumentem przeważającym za outsourcingiem była stara baza sprzętowa, wymagająca inwestycji oraz dostosowanie starego budynku do aktualnych przepisów sanitarno-epidemiologicznych. Jak każda tego typu decyzja, była przedstawiana Radzie Społecznej szpitala do zaopiniowania przez ich członków. Wprawdzie, z mocy ustawy o działalności leczniczej, Rada Społeczna tylko opiniuje wnioski dyrektora, a opinia ta nie jest dla dyrektora wiążąca, ale jest ważnym czynnikiem decyzyjnym dla Prezydenta Miasta.

Decyzję o usługach outsourcingowych w zakresie cateringu podjęto opierając się na następujących przesłankach:

- coroczny wzrost kosztów posiłków z kwoty 7,56 zł w 2005 r. do kwoty 7,72 zł w 2007 roku,
- duże nakłady finansowe na odtworzenie sprzętu oraz inwestycje związane z dostosowaniem do wymogów przepisów przeciwpożarowych oraz sanitarno-epidemiologicznych. Koszty te szacowałyby się na poziomie 1 020 000 zł, w tym 750 000 zł to koszty remontu, a 270 000 zł to inwestycja w sprzęt. Skala inwestycji dużo większa z powodu umiejscowienia kuchni w budynku XIX-wiecznym, a co za tym idzie wymagany nadzór Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków z kosztami odtworzenia i zaleceniami architekta z uprawnieniami do nadzoru nad tego typu obiektami.

Po przeprowadzonej analizie podjęto decyzję o przekazaniu usług żywieniowych w outsourcing. Autorzy artykułu uważają, że decyzja była słuszną, z perspektywy lat opłacalna.

Budynek w 2012 roku udało się wydzierżawić na cele prowadzenia kuchni przez podmiot zewnętrzny, specjalizujący się w usługach cateringowych, z gwarancją dzierżawy 10-letniej i gwarancją inwestycji na poziomie 2 mln zł w okresie 4 lat.

Celem nadzoru i koordynacji prac związanych z zapewnieniem odpowiednich diet, kaloryczności oraz jakości posiłku, ZSM zatrudnia dietetyczkę (na $\frac{3}{4}$ etatu), która codziennie monitoruje jakość ww. usług.

Patrząc na ww. decyzje z perspektywy kilkuletniej, autorzy zadają pytanie: czy działalność kuchni szpitalnej z własnym personelem oraz po przeprowadzeniu remontu i inwestycji byłaby konkurencyjna i mogła pozyskać rynek zewnętrzny. Odpowiedź brzmi nie, a przynajmniej byłoby to bardzo trudne.

Czynnikami, które stawia szpital w trudnej sytuacji konkurencyjności to:

- 1) wymóg zakupów np. składników żywieniowych na mocy ustawy Prawo zamówień publicznych, która nie przewiduje późniejszych negocjacji kupieckich i w rezultacie powoduje wyższe ceny produktów żywnościowych,
- 2) umowy o pracę pracowników z pakietem socjalnym nie są idealną formą zatrudnienia na rynku usług cateringowych:
 - koszty zastępstw pracowników,
 - L4,
 - ochrona związków zawodowych,
 - ochrona przedemerytalna.
- 3) środki finansowe na inwestycje mogłyby pochodzić z kredytu, ale w efekcie oprocentowanie kredytu wydłuża stopę zwrotu nakładów,
- 4) zakup samochodu, zatrudnienie kierowcy oraz koszty ewentualnej bazy naprawczej – trudne do przewidzenia, a także zakup kontenerów itp. to wydatek około 200 tys. zł,

- 5) promocja usług na zewnątrz oraz koordynacja wymaga wykształconej osoby, której pozyskanie nie stanowi problemu, ale wynagrodzenie już tak.

Reasumując, autorzy artykułu oceniają krytycznie możliwości finansowe i organizacyjne szpitala. Decyzja o przekazaniu usług cateringowych firmie zewnętrznej była słuszną i korzystną dla szpitala.

Usługi parkingowe

Do końca 2011 roku parking należał do Zespołu Szpitali Miejskich. W związku z tym szpital podejmował niżej wymienione obowiązki:

- zatrudnienie pracowników – portierów,
- utrzymanie czystości, odśnieżanie w porze zimowej,
- koszty energii elektrycznej – oświetlenia,
- koszty napraw szlabanów i monitorów,
- koszty napraw nawierzchni kostkowej.

Przychody z tytułu abonamentu pracowników stanowiły około 28 000 zł w roku (miesięczna opłata pracownika 10 zł/120 zł rocznie) oraz przychody za wjazd samochodów obcych – około 81 000 zł rocznie (były na poziomie 3 zł za wjazd). Razem przychód stanowił kwotę 109 000 zł rocznie. Koszty funkcjonowania parkingu były na poziomie 111 000 zł rocznie.

Po szczegółowej analizie ekonomicznej okazało się, iż kwota wynikająca z wyżej wymienionych obowiązków była wyższa od przychodów. Wniosek – corocznie szpital dopłacał kwotę 2 000 zł.

W wyniku analizy podjęta została decyzja o restrukturyzacji – przekazaniu parkingu w outsourcing. Przeprowadzono postępowanie przetargowe zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych. Efektem było pozyskanie partnera zewnętrznego. Przychody ZSM z tytułu dzierżawy miejsc parkingowych w roku 2012 wyniosły brutto 87 084 zł. Firma zewnętrzna przejęła pracowników na mocy art. 23¹ Kodeksu pracy, na okres 1 roku.

Usługi pralnicze

Jeszcze parę lat temu usługi prania były integralną częścią działalności szpitala, stanowiąc ważny element procesu utrzymania czystości oddziałów szpitalnych.

Prawdopodobnie nikt z ówczesnych dyrektorów nie analizował kosztów związanych z utrzymaniem pralni, a patrząc na ówczesne urządzenia pralnicze pod kątem zużycia energii elektrycznej czy wody można postawić wniosek, iż pojęcie „rachunek ekonomiczny” był im obcy.

Ograniczone środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia, mniejsze wsparcie gmin, powiatów jako właścicieli szpitali i wreszcie coraz większe wymogi sanitarno-

epidemiologiczne zmuszają dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej do poszukiwania nowych rozwiązań ekonomicznych.

Dobrym rozwiązaniem, choć nie jedynym jest outsourcing usług. Głównymi atutami są atrakcyjność ceny za 1 kg prania, wysoki standard usług, a w naszym przypadku sprzedaż starego budynku i pozyskanie środków na inne inwestycje szpitalne.

Przeanalizowano koszty prania jednego kilograma bielizny szpitalnej i tak w 2004 roku był to koszt 2,57 zł, a w 2005 roku 2,77 zł, w 2006 roku 3,43 zł.

Wniosek: w porównaniu z cenami firm prywatnych proponujących swoje usługi, ceny szpitalne są niewspółmiernie wysokie.

Pralnia szpitala mieściła się w starym obiekcie, wymagającym remontu szacowanego na około 270 000 zł, a koszt zakupu nowego sprzętu to 485 000 zł.

Podjęto decyzję o uruchomieniu procesu zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych, w celu pozyskania partnera zewnętrznego, wykonującego usługi w zakresie prania bielizny szpitalnej. Od 2007 roku corocznie wznawiamy procedurę przetargową, uzyskując cenę za 1 kg w 2012 roku w wysokości poniżej 2,30 zł.

Decyzja o przekazaniu usług pralniczych na drodze outsourcingu była słuszna i ekonomicznie uzasadniona.

Podsumowanie

Proces restrukturyzacji takiej organizacji jak szpital powinien być procesem ciągłym, przede wszystkim z powodu uwarunkowań zewnętrznych. Usługi outsourcingowe są ważnym elementem restrukturyzacji, pozwalającym się skoncentrować na podstawowej działalności medycznej, a zarazem na pozyskanie środków finansowych dla szpitala, z jednoczesnym podniesieniem jakości usług. Zastosowanie outsourcingu wymaga wkomponowania jego zasad w strategię szpitala, nie może być jednorazowym przypadkiem, nie może być traktowany instrumentalnie. Szczegółowa wieloaspektowa analiza poprzedzająca decyzję o zastosowaniu outsourcingu jest podstawowym warunkiem osiągnięcia założonych celów przez projekty outsourcingowe. Identyfikacja przez pracowników projektów outsourcingowych jest jedną z podstawowych składowych osiągnięcia celów outsourcingowych. Wynika to przede wszystkim z tego, że projekty outsourcingowe w warstwie pracowniczej generują zmiany w poczuciu bezpieczeństwa zatrudnienia.

Nowym współczesnym wyzwaniem w zastosowaniu outsourcingu w ogóle, ale także w podmiotach medycznych jest wykorzystanie współczesnych technologii teleinformatycznych (Internetu) do poszerzenia zakresu usług medycznych, generowania nowych usług medycznych w oparciu o know-how medyczne w podmiotach

medycznych. Wykorzystanie Internetu i outsourcingu może być kierowane na lokalny rynek, ale także na rynki dalsze, może także wykorzystywać obszary, funkcje, specjalistów z rynków bliższych i dalszych (offshoring).

Nie ma jednego scenariusza (strategii) zastosowania outsourcingu w podmiocie medycznym. Podjęcie decyzji o outsourcingu usług medycznych to wypadkowa uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych – interesariuszy (w tym lokalnych) dla poszczególnych podmiotów medycznych. Aplikacja wybranych rodzajów outsourcingu (w zasadzie pierwsza generacja outsourcingu) definiuje także bardzo duże znaczenie konstrukcji samych kontraktów projektów outsourcingowych. Kontrakt outsourcingowy pozostaje niejako odzwierciedleniem całego procesu zastosowania outsourcingu w podmiocie medycznym. Analizując proces restrukturyzacji Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie, szczególnie w aspekcie zastosowania outsourcingu, należy stwierdzić o pełnej przydatności tego narzędzia w zarządzaniu tym procesem.

LITERATURA

- [1] Gay C.L., Essinger J.: Outsourcing strategiczny, koncepcja, modele i wdrażanie. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s.73, 46-49.
- [2] Power M.J., Desouza K.C., Bonifazi C.: Outsourcing. Podręcznik sprawdzonych praktyk. Wydawnictwo MT Biznes, Warszawa 2010, s.34-38.
- [3] Sobińska M.: Zarządzanie outsourcingiem informatycznym. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2008. s.14-19.

LITERATURA POMOCNICZA

1. Alewell D., Barhing K., Canis A., Hauff S., Thommes K.: 2007. Outsourcing von Personalfunktionen in Spiegel von Experteninterviews. München: Verlag Rainer Hampp.
2. Dedo K.: 2007. Jak zostać mistrzem w korzystaniu z outsourcingu. Harvard Business Review Polska, Nr 11.
3. Dibben J., Heinzl A., Hirschheim R.: 2009. Information Systems Outsourcing. München: Verlag Springer.
4. Foltys J.: 2007. Wieloaspektowy model outsourcingu na przykładzie sektora hutnictwa żelaza i stali. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.
5. Gabryszak R.: 2007. Blaski i cienie offshoringu. *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa* Nr 5.
6. Georgius A., Heinzl A.: 2005. Strategien und Erfolgsfaktoren von Arbeiten im IT und Business Process Outsourcing in Deutschland. In: Ferstl O., et. Al. (Hrsg): *Wirtschaftsinformatik, e-Economy, e-Government, eSociety*. Heidelberg.
7. Giardini A., Rudiger K.: 2008. Resruitment Process Outsourcing; Eine Szenariostudie zur Akzeptanz. *Zeitschrift für Personalforschung*, Nr 1.
8. Gottfredson M., Puryer R., Phillipis S.: 2005. Strategiczne pozyskiwanie źródeł dostaw: jak marginalna dotąd funkcja przedsiębiorstwa staje się podstawową. *Harvard Business Review Polska*. Nr 9.
9. Grzanka R.: 2008. Offshoring usług – kolejny etap globalizacji produkcji w sektorze usługowym. *Ekonomista* Nr 2.

10. Hira R., Dieste O., Spanoudakis G., Visaggio G., Wirtz G., Chang K.S.: 2007. IT – Outsourcing and IT – Offshoring: Trends and impacts on se/ke curricula. *International Journal of Software engineering and Knowledge Engineering*. Vol.17, No. 5 : Wyd World Scientific Publishing Company.
 11. Wintergerst A., Welker M.: 2007. Die Rolle der Transaktionskosten bei Outsourcingentscheidungen. In: *Zfbf – Schmalenbachs Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung* Nr 11.
 12. Ciesielska D., Radło M.J.: *Outsourcing w praktyce*. Wydawnictwo poltext, Warszawa 2011.
 13. Vitasek K., Ledyard M., Manrodt K.: *Zaangażowany outsourcing. Pięć zasad, które zmieniają oblicze outsourcingu*. Wydawnictwo MT Biznes, Warszawa 2011.
 14. Dominguez L.R.: *Outsourcing krok po kroku dla menedżerów*. Wydawnictwo Oficyna, Warszawa 2009.
 15. Horosz P., Grzesiok -Horosz A., Skowron K.: *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*. Wydawnictwo ABC, Warszawa 2012.
 16. Lewandowska H.: *Outsourcing. Model zarządzania w podmiotach sektora ochrony zdrowia*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010
 17. Karkowski T.: *Restrukturyzacja szpitali*. Wydawnictwo ABC, Warszawa 2012.
 18. Marcinkowska E.: *Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym*. Wydawnictwo ABC, Warszawa 2012.
-