



graf. natasha

Janusz Michalak, Jacek Szczęsny

Z inicjatywy *Menedżera Zdrowia* odbyło się spotkanie specjalistów na temat outsourcingu usług medycznych – jego celów, szans i ograniczeń. W dyskusji wzięli udział: Lucyna Hryszczyk, zastępca dyrektora ds. leczenia w Szpitalu Bielańskim w Warszawie, Ireneusz Jabłoński, członek Zarządu Centrum im. Adama Smitha, Jarosław Pinkas, dyrektor ds. klinicznych Instytutu Kardiologii, Wojciech Przybylski, dyrektor szpitala w Końskich oraz Andrzej Ryś, były wiceminister zdrowia, obecnie dyrektor zarządzający Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnych Służby Zdrowia.

Jeden z uczestników spotkania nazwał outsourcing *pętlającą prywatyzacją*, czyli metodą urynkowania usług medycznych, której ostatecznym celem jest komercjalizacja służby zdrowia.

Według dyskutantów, początek procesu komercjalizacji jest wypadkową kryzysu finansów oraz reformy systemowej, która rozwiązała ręce dyrektorom w poszukiwaniu oszczędności. Menedżerowie zdrowotni szybko zorientowali się, że

jedną z metod obniżania kosztów jest wykorzystywanie firm zewnętrznych do obsługi różnych działów szpitala. Jako pierwsze w szpitalach pojawiły się firmy ochroniarskie. Dziś lecznice współpracują z prywatnymi stacjami dializ lub firmami anestezyjologicznymi. Coraz więcej szpitali korzysta z outsourcingu usług administracyjnych i informatycznych. Outsourcing sprzątnia, prania i żywienia to już niemal standard. (red.)

Jakie są motywy wprowadzania firm zewnętrznych do szpitali?

**Lucyna Hryszczyk:** Nasze doświadczenia z outsourcingiem usług medycznych sięgają 2001 roku. Firmy zewnętrzne obsługują laboratorium analityczne oraz udzielanie świadczeń w zakresie radiologii, tomografii komputerowej, angiografii, mammografii, rezonansu magnetycznego i ultrasonografii. Przyczyną decyzji związanych z outsourcingiem tych usług był fatalny stan tych dwóch obszarów działania Szpitala Bielańskiego. Wyprowadzenie usług do firm zewnętrznych pozwoliło na dalsze działanie jednostki, która pod koniec lat 90. miała bardzo duże zadłużenie, a laboratorium i diagnostyka nie spełniały żadnych norm. Wprowadzenie outsourcingu pozwoliło na utrzymanie płynności udzielanych świadczeń, a zarazem wykonywanie ich na najwyższym poziomie.

Czyli outsourcing został niejako wymuszony – taka była konieczność rynkowa...

pejoratywnie, *pełzającą prywatyzację*. Outsourcing uwalnia państwową instytucję od tej części jej obowiązków, która może być skomercjalizowana. Z tego zresztą wypływa wniosek, że całość usług medycznych powinna być prywatyzowana w takim trybie. Gdyby to ostatecznie nastąpiło, mielibyśmy do czynienia z outsourcingiem rozumianym w kategoriach ekonomii, a nie polityki własnościowej.

**Andrzej Ryś:** Warto zastanowić się, kiedy usługa medyczna staje się *core biznesem*? Wydaje się, że usługi w służbie zdrowia należy podzielić na niemedyczne – takie jak gotowanie, sprzątanie, logistyka oraz medyczne i usługi diagnostyczne. Wszystkie te usługi niosą ze sobą określone koszty. Wydaje mi się jednak, że outsourcing nie jest formą prywatyzacji, a raczej metodą poprawienia efektywności jakościowej i ekonomicznej szpitala.

**Lucyna Hryszczyk:** Problemem są jednak kontrakty, które możemy zawierać z firmami ze-

„ Ireneusz Jabłoński: W przypadku służby zdrowia outsourcing jest metodą na, nie rozumianą pejoratywnie, *pełzającą prywatyzację*. Outsourcing uwalnia państwową instytucję od części jej obowiązków, która może być skomercjalizowana „



**Lucyna Hryszczyk:** Rzeczywiście, niejako zmuszeni do wprowadzenia outsourcingu, po weryfikacji jego efektów, dzisiaj kontynuujemy tę współpracę. Oczywiście, modyfikujemy nasze umowy w oparciu o uwagi pracowników oraz oceny jakościowe i ekonomiczne. Jednak główna idea jest podtrzymywana.

**Ireneusz Jabłoński:** Warto na początku przypomnieć definicję outsourcingu. Otóż jest to delegowanie części usług oraz aktywności firmy do jednostek zewnętrznych po to, aby uzyskać efekty ekonomiczne i jakościowe. Efekt ekonomiczny jest osiągalny wtedy, gdy dobrze się zastanowimy, co można zlecić firmie zewnętrznej oraz gdzie takie wyprowadzenie daje skutek w postaci obniżenia ceny i podwyższenia jakości. To klasyczny model wykorzystywania efektu skali. Tak rozpatrywany outsourcing ma sens w każdej dziedzinie. W przypadku służby zdrowia outsourcing jest metodą na, nie rozumianą

wewnętrznymi, bo organ założycielski określił je na 3 lata. Trudno w takiej sytuacji w ogóle mówić o prywatyzacji, bo odnowienie kontraktu to bardzo skomplikowana procedura.

**Ireneusz Jabłoński:** Jakkolwiek dziś wyglądałaby sytuacja z wprowadzaniem usług outsourcingowych w polskich szpitalach, to kolejny dowód na ład spontaniczny, substytut tego, czego brakuje w naszym systemie ochrony zdrowia. Problem tylko z tym, że nie powinien to być substytut rzeczywistych działań, ale rzeczywiste działania powinny być oparte na cząstkowych doświadczeniach szpitali. A już na pewno nie powinno być takich aberracji, o których mówi pani dyrektor, że organ założycielski ingeruje w długość kontraktu. Należy pamiętać, że stajemy tu wobec alternatywy: albo się zarządza jednostką, albo nie, a za to odpowiedzialny jest menedżer, a nie organ założycielski.



„ Wojciech Przybylski: W szpitalach powiatowych outsourcing jest jedynym sposobem wprowadzenia wiedzy, technologii, rozwoju i podnoszenia jakości do obsługi pacjentów ”

Co zatem przede wszystkim można wypro-  
wadzać do firm zewnętrznych?

**Ireneusz Jabłoński:** To, co wymieniali moi poprzednicy: szeroko rozumiane usługi logistyczne, administrację, dostawy do szpitala i usługi pomocnicze, czyli bardzo szeroko rozumianą diagnostykę i analitykę laboratoryjną. To wszystko powinno podlegać outsourcingowi ze względu na efekt skali, jakość i powszechną dostępność, która się zwiększy, bo np. diagnostyka już nie będzie zamknięta gdzieś na oddziale. A *core biznesem* pozostanie relacja lekarz-pacjent.

Czy w Instytucie Kardiologii też mamy do czynienia z, jak to tu określono, *pełzającą prywatyzacją* usług diagnostycznych?

**Jarosław Pinkas:** W lutym tego roku obejrzałem program telewizyjny na temat *dramatu*, jaki przeżywa Instytut Kardiologii z powo-

zlane firmom zewnętrznym, łącznie z czymś, co można nazwać *core biznesem*: np. zewnętrzna firma anestezyjologiczna znieczuliła nam pacjentów. Twarde dane księgowe pokazują, że dzięki takim działaniom Instytut mógł zaoszczędzić pieniądze. Po bardzo żmudnej procedurze studyjnej i przetargowej w 2003 r. w systemie outsourcingowym pracuje laboratorium diagnostyczne. Firmy zewnętrzne zajmują się u nas ochroną, za chwilę sprzątaniem, zastanawiamy się nad kuchnią. Akurat my nie myślimy o prywatyzacji. Staramy się uzyskać status instytutu narodowego, który z założenia powinien być publiczny.

Jakie są granice outsourcingu?

**Jarosław Pinkas:** Wydaje mi się, że w ostateczności szpital może stać się miejscem, które będzie spinać całą sieć podmiotów działających na rzecz pacjenta i jednostki, w której jest on

„ Andrzej Ryś: Outsourcing nie jest formą prywatyzacji, a raczej metodą poprawienia efektywności jakościowej i ekonomicznej szpitala ”



du outsourcingu badań diagnostycznych. W programie tym wystąpili oponenti outsourcingu, a wśród nich prominentny członek Centrum im. Adama Smitha, który powiedział, że badań diagnostycznych nie można zlecać firmie zewnętrznej, bo jest to działalność podstawowa, a za wszystkim kryje się dodatkowy podtekst, co zrozumiałem jako sugestię, że robimy jakieś szemrane interesy. Wobec tego, co mówi pan Ireneusz Jabłoński, nieco odetchnąłem, bo bałem się, że jest to stanowisko całego Centrum. Ale *ad rem*: w Instytucie Kardiologii mamy wiele usług, które są

leczone. To odwrócenie idei szpitala, która zakorzeniła się w naszej mentalności. Należy tu przypomnieć, że jeszcze kilkanaście lat temu polski szpital był istotnym elementem, zapewniającym zabezpieczenie medyczne Układu Warszawskiego, dlatego miał być całkowicie samowystarczalny – był tak naprawdę małym miasteczkiem. Zmiany roku 1989 spowodowały, że inaczej musimy patrzeć na szpital i zasady jego funkcjonowania. Efektywność outsourcingu jest niezaprzeczalna: w naszym świetnie zarządzanym laboratorium zewnętrznym nie pracuje, jak dotychczas, 70 osób, ale 20. Precy-

zyjnie określony system rozliczania, w połączeniu z doskonałym systemem informatycznym pozwala nam na robienie wyrafinowanych badań naukowych. W wyremontowanym laboratorium stoi najnowsza aparatura.

To jednak ciągle styk prywatnego i publicznego, na którym może się pojawić podejrzenie lub nawet chęć korupcji. Czy ten system partnerstwa publiczno-prywatnego nie powinien być ściślej regulowany przez prawodawstwo?

**Ireneusz Jabłoński:** Outsourcing w usługach szpitalnych udaje się właśnie dlatego, że nie ma zarządzeń. Gdy powstaną zarządzenia, na pewno przestanie się udawać. Problemem pozostaje to zetknięcie sfery prywatnej i publicznej. Przy dzisiejszym poziomie etyki każdy styk tych dwóch sfer systematycznie wywołuje pokusę korupcji i ona rzeczywiście się zdarza. Jak temu zaradzić? Jako praktyk, dokonujący szeregu restrukturyzacji wiem, że wszelkie rozwiązania powinny mieć charakter autorski. To dyrektor szpitala powinien *zarządzać z jednej ręki*. To dyrektor wraz ze swoimi współpracownikami powinien być rozliczany. Jeśli zarządza sprawnie i efektywnie, powinien otrzymać premię. Jeśli źle – powinna następować zmiana dyrektora. Skoncentrujmy się na jakości menedżera. Zarządzanie kolegialne się nie sprawdza. Oczywiście, może się zdarzyć, że partner nie wywiąże się ze zobowiązań. Ale w tej sytuacji miarą zarządzania procesem outsourcingu będzie zdolność do szybkiej zmiany partnera. Zmiany, które w ostateczności doprowadzą do stabilizacji, będą dowodem dobrego zarządzania. Aby wyeliminować obszar patologii, trzeba też zacząć prywatyzować szpitale z udziałem pracowników, wierzycieli i innych podmiotów. Wtedy relacja publiczno-prywatna sprowadzi się do tego, że państwo wykupi określone świadczenia medyczne dla obywatela. Państwo, jako dyrektorzy szpitali, powinni być liderami programu zmierzającego do prywatyzacji lecznictwa zamkniętego. Komerccjalizacja tej dziedziny bę-



dzie naturalnym procesem selekcji źle zarządzanych lub po prostu niepotrzebnych jednostek.

**Wojciech Przybylski:** Outsourcing wprowadzaliśmy już w połowie lat 90. W tym czasie byliśmy liderem nie tylko w skali regionalnej, ale też ogólnopolskiej. Zaczęliśmy od usług niemedycejskich, ale tylko dlatego, że nie było w regionie firm, które byłyby w stanie zapewnić odpowiednią jakość usług medycznych. Dziś ta sytuacja się zmieniła. Celem wszystkich działań było podniesienie jakości oferowanych badań i usług medycznych. W szpitalach powiatowych, takich jak kierowany przeze mnie, outsourcing jest jedynym sposobem wprowadzenia wiedzy, technologii, rozwoju i podnoszenia jakości do obsługi pacjentów. W całym procesie liczy się jednak przejrzystość działań, bo decydując się na outsourcing, stajemy pod prężem opinii publicznej oraz urzędników. Wyjściem jest organizowanie przetargów zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych. Ich rozstrzygnięcie powinno się odbywać z udziałem przedstawicieli organu założycielskiego oraz pracowników szpitala. Wszystko powinno być poprzedzone otwartą dyskusją na temat celu, w jakim wprowadza się outsourcing tych czy innych usług. Jeżeli ma to być w ostatecznym rozrachunku *pełzająca prywatyzacja*, to myślę, że jest to najlepszy model działa-

” Lucyna Hryszczyk: Firmy zewnętrzne obsługują laboratorium analityczne oraz udzielanie świadczeń w zakresie radiologii, tomografii komputerowej, angiografii, mammografii, rezonansu magnetycznego i ultrasonografii ”



nia, dzięki któremu przekonamy pacjentów, pracowników i urzędników do tego, że prywatne oznacza lepiej zarządzane oraz zapewniające wyższą jakość usług.

**Andrzej Ryś:** W Stanach Zjednoczonych nie ma żadnych ograniczeń natury prawnej, a outsourcing oraz wszelkie inne formy prywatyzacji stanowią o tym, że tam mówi się nawet o przemysle medycznym. Praktyka Amerykanów oparta jest na uzyskiwanym efekcie: czy w ostatecznym rachunku pacjent ma z tego korzyści? Podobnie musimy na to patrzeć w Polsce. Zresztą zjawisko przemian ma charakter dynamiczny. Jeszcze niedawno, gdy szpital chciał zlecać wykonywanie którejś z usług, otrzymywał oferty z 2–3 firm. Dziś może wybierać spośród 7–8. Ta konkurencja powoduje wyścig w podnoszeniu jakości, a zarazem obniżaniu kosztów. W ostatecznym rozrachunku szpital korzysta na tym finansowo, a pacjent otrzymuje wyższą jakość prowadzonych badań i terapii.

**Ireneusz Jabłoński:** Ustawa będzie tylko przeszkodą. Obecnie całe otoczenie prawne jest uregulowane: mamy kodeks cywilny, kodeks pracy, odpowiedzialność urzędnika państwowego, ustawę o zamówieniach publicznych. Nowa ustawa to kolejny kaganiec. Ustawodawca powinien zresztą pamiętać, że obecnie jesteśmy bardzo blisko prywatyzacji. Jest jeden powód takiej sytuacji – po prostu skończyły się pieniądze na służbę zdrowia. Większość jednostek szpitalnych utrzymuje się dzięki nieplaceni zobowiązań. Ten proces ma swój kres, a pieniędzy nie ma i nie będzie. Jeśli politycy nie są zdolni do podejmowania pewnych decyzji ze względu na ograniczenia intelektualne, to poszerzanie usług outsourcingowych jest budowaniem dobrej bazy do faktycznej prywatyzacji usług medycznych.

Czy dziś, mimo wszelkich oporów i barier, menedżerowie szpitali powinni dalej podejmować wysiłki w celu zlecenia firmom ze-

„ Jarosław Pinkas: W ostateczności szpital stanie się miejscem, które będzie spinać całą sieć podmiotów działających na rzecz pacjenta i jednostki, w której jest on leczony „



Dlaczego zatem outsourcing nie jest zjawiskiem masowym?

**Andrzej Ryś:** W Polsce brakuje czegoś, co nazwałbym kumulacją doświadczeń. Jeśli już mamy pewien zasób wiedzy na temat zalet, ale także i wad outsourcingu, powinno się znaleźć forum, na którym można by przekazać te doświadczenia. Kilkuletnie doświadczenia wielu szpitali powodują, że ich ciągle udoskonalane umowy outsourcingowe osiągają zamierzony skutek jakościowy, ekonomiczny i prawny.

Czy taki skutek zapewni proponowana ustawa o partnerstwie publiczno-prywatnym?

**Andrzej Ryś:** Opinie osób, które zapoznały się z projektem ustawy wskazują, że mamy w niej do czynienia z przeregulowaniem procesu. Jeśli w ogóle powinna być jakaś ustawa, to jej zapisy powinny co najwyżej określać ramy pewnych procesów, a nie zawężać pola manewru menedżerom czy organom założycielskim.

wewnętrznym jak największej liczby usług medycznych?

**Lucyna Hryszczyk:** Wydaje się, że tak. Należy jednak podkreślić, że podstawą sukcesu jest perfekcyjnie sporządzona umowa, która będzie eliminować wszelkie niespodzianki. Bez takiej umowy nie ma szans na osiągnięcie efektu dobrego jakościowo i ekonomicznie.

**Jarosław Pinkas:** Należy wprowadzać zasady dobrej praktyki przez ich opisywanie i pokazywanie w mediach specjalistycznych. Opis takiego narzędzia, jakim jest outsourcing, pomoże w zarządzaniu szpitalem. Dyrektorzy szpitali nie muszą się znać na wszystkim. Powinni natomiast posiadać umiejętność doboru współpracowników, w tym firm zewnętrznych, które będą wykonywały usługi na rzecz jednostek. Niezbędne jest też tłumaczenie pracownikom istoty wprowadzanych zmian. Ich akceptacja jest także warunkiem sukcesu.

Dziękujemy za rozmowę.