

**AKADEMIA
HUMANISTYCZNO-EKONOMICZNA W ŁODZI
WYDZIAŁ: ZARZĄDZANIE
STUDIA PODYPLOMOWE: ZARZĄDZANIE W OCHRONIE
ZDROWIA**

Dariusz Popiński
18846

**Outsourcing w zakresie udzielania świadczeń usług
pielęgniarskich**

Pracę przyjęto jako dyplomową

Podpis promotora.....

Data

**Praca napisana pod kierunkiem:
dr hab. prof. Andrzeja Śliwczyńskiego**

Warszawa, 2022

Wstęp	3
1. Outsourcing w zarządzaniu przedsiębiorstwem	4
1.1 Koncepcje zarządzania przedsiębiorstwem a outsourcing	4
1.2 Geneza, rodzaje i model outsourcingu	6
1.3 Outsourcing jako forma partnerstwa przedsiębiorstw	11
1.4 Perspektywy outsourcingu i jego znaczenie w Europie i Polsce	12
1.5 Ewolucja outsourcingu we współczesnym zarządzaniu w ujęciu społecznym	14
2. Wiek informatyzacji – gwałtownym czynnikiem wzrostu znaczenia outsourcingu w gospodarce	15
2.1 Organizacja oparta na innowacji i wiedzy (evolucja koncepcji zarządzania przedsiębiorstwem)	15
2.2 Outsourcing w sieci – wpływ internetu na przedsiębiorstwo	16
3. Krytyczna analiza outsourcingu	17
3.1 Proces zarządzania outsourcingu – etapy	17
3.2 Efektywność outsourcingu w przedsiębiorstwie oraz ryzyko związane z tym	18
4. Teoria efektywności organizacji w szpitalach publicznych	20
5. Przekrój rynku polskiego w udzielaniu świadczeń usług pielęgniarskich – analiza porównawcza rynku UE	29
6. Kontrakty usług pielęgniarskich w Polsce a koszty zatrudnienia w szpitalach – analiza porównawcza do kadr lekarskich	42
7. Analiza ekonomiczna na podstawie planowanej nowej siatki płac personelu medycznego	49
7.1 Kalkulacja outsourcingu - stawki usługi pielęgniarskiej – założenia teoretyczne.....	53
8. Zakończenie i wnioski	60
Spis tabel	63
Spis rycin	64
Bibliografia	65

Wstęp:

Przedmiotem niniejszej pracy jest rozważenie zasadności wprowadzenia outsourcingu w zakresie udzielania świadczeń pielęgniarskich w Polsce. W dobie nowej definicji rentowności szpitali outsourcing kadr medycznych ma na celu poprawienie efektywności funkcjonowania przedsiębiorstwa, a jednocześnie swojej sytuacji konkurencyjnej. Deficyt kadr medycznych wymusza znalezienie takich form zatrudnienia, które uelastycznia zasoby ludzkie w celu zapewnienia optymalnej jakości pacjentów w publicznej ochronie zdrowia.

Powstaje zatem pytanie czy występują oraz jeśli tak, to jakie są główne powody ograniczające efektywność outsourcingu w branży usług medycznych. Czy faktycznie outsourcing jest narzędziem zarządzania w warunkach kryzysu, a jeśli tak to w jakich okolicznościach.

W niniejszej pracy przyjrzymy się bliżej specyfice rynku usług pielęgniarskich, jej strukturze w Polsce i UE, systemowi i standardom pracy personelu pielęgniarskiego

Tematyka outsourcingu usług pielęgniarskich na zasadzie umów cywilnoprawnych w literaturze jest jak dotąd mało znana i wymaga dalszych badań, szczególnie w aspekcie ustawowego równego traktowania wobec zatrudnionych pielęgniarek na zasadzie umowy o pracę oraz kalkulacji stawek usług pielęgniarskich w odniesieniu do zawodu lekarza na umowie cywilnoprawnej, a także transparentności i ustalanych kryteriów ogłaszanych konkursów ofert. Co ciekawe wynikające powyższe ograniczenia w rodzącym się dopiero outsourcingu usług pielęgniarskich wiąże się z utrwalonym od lat w społeczeństwie, w ośrodkach uniwersyteckich oraz naukowej literaturze przekonaniem, że zawód pielęgniarski jest średnim personelem medycznym. Zgodnie z systemem bolońskim studia pielęgniarskie magisterskie są równoważne ze studiami medycznymi lekarskimi. Różnica polega na tym, że lekarze nie piszą pracy magisterskiej i jej nie bronią – zamiast tego piszą test końcowy z 200 pytaniami zamkniętymi. Niniejsza praca przedstawia kwalifikacje i kompetencje pielęgniarki jako odrębnego i samodzielnego zawodu medycznego. Opisana w pracy metodologia kalkulacji stawek oparta o zasadę proporcjonalności minimalnego wynagrodzenia wg współczynników nowej siatki płac jest jednym z wielu czynników popularyzacji outsourcingu usług pielęgniarskich w Polsce.

<i>„Fartuch biały i zielony,</i>	<i>Czepek paskiem ozdobiony</i>
<i>Duża wiedza, doświadczenie,</i>	<i>Chęć działania, poświęcenie</i>
<i>Umiar, godność, powściągliwość,</i>	<i>Wytrzymałość i cierpliwość</i>
<i>Zawsze powie coś miłego,</i>	<i>W sercu – troska o chorego</i>
<i>Opiekuńcza, uśmiechnięta,</i>	<i>Panaceum dla pacjenta,</i>

Ciepłych otuch pełne usta - Tylko kieszeń ciągle pusta. (Autor nieznan)

1. Outsourcing w zarządzaniu przedsiębiorstwem

1.1 Koncepcje zarządzania przedsiębiorstwem a outsourcing

Outsourcing pochodzi ze słów: outside- resource-using co tłumaczy się: wykorzystanie zasobów zewnętrznych¹. Motywem użycia outsourcingu jest niski koszt pracy jaki jest dostępny na zewnątrz firmy. Niektórzy upatrują jego powstanie w latach 90tych ubiegłego stulecia jako wynik rozkwitu przemysłu technologicznego. Inni z kolei łączą to z latami 60tymi kiedy to Ross Perrot stał się autorem Electronic Data Systems. Natomiast inni dopatrują się początku outsourcingu w dziele Adama Smith'a z 1776 r. pt. „Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów”, gdzie czytamy: *„Jest zasadą każdego roztropnego ojca rodziny, by nie próbować nigdy wyrabiać w domu tego, czego wyrób kosztuje więcej niż kupno. Krawiec nie kusi się o to, by zrobić sobie buty, ale kupuje je od szewca. Szewc nie stara się robić sobie odzieży, ale zatrudnia tym krawca. Rolnik nie próbuje robić ani butów, ani odzieży, lecz zatrudnia wspomnianych rzemieślników. Każdy z nich zdaje sobie sprawę z tego, że w jego interesie leży, by tak pokierować własną wytwórczością, aby mógł mieć pewną przewagę nad sąsiadami i aby za jakąś część wykonanych wyrobów czy też, co na jedno wychodzi, za cenę jakiejś ich części mógł nabyć to, czego potrzebuje. To, co jest roztropnością w prywatnym życiu każdej rodziny, nie może być chyba szaleństwem w życiu wielkiego królestwa. Jeżeli obcy kraj może nas zaopatrzyć w jakiś towar taniej, niż my sami możemy to uczynić, lepiej ów towar nabyć za jakąś część wyrobów naszego własnego przemysłu, który obejmuje dziedzinę, w jakiej mamy przewagę nad innymi krajami.”*

W 1923 r. Henry Ford sformułował teorię, która ściśle nawiązuje do tez postawionych przeszło 140 lat temu przez Adama Smith'a: *„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 robi to lepiej niż my”*.² Korzystanie z outsourcingu jest zatem powszechne, chociaż sobie tego nie uświadamiamy. Obecnie wszystkie działania w biznesie podlegają badaniom i ciągłej weryfikacji. Celem nadrzędnym rozwoju przedsiębiorstwa jest jego rentowność. Chociaż Henry Ford uważał ten cel jako ważny, ale nie koniecznie nadrzędny *„jeśli jedynym celem biznesu jest zarabianie pieniędzy (zysk) to jest to słaby biznes”*.

¹ M. Trocki, Outsourcing Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej, PWE, Warszawa, 2001, s.13

² A. Książ, Outsourcing w Polsce: Wschodzący rynek, w: Pckurier” 24/99, s. 38

„A business that makes nothing but money is a poor business.”³ Jednakże w dobie kryzysu światowego tworzenie przewag konkurencyjnych przedsiębiorstw wiąże się z wyspecjalizowaniem się w konkretnej branży, produkcji itd. Jedno przedsiębiorstwo nie może być liderem w wielu branżach. Nakłady finansowe, które za tym idą mogą być zbyt duże do udźwignięcia. Dlatego słusznym wydaje się twierdzenie M. Trockiego, że outsourcing jest ważny tam, gdzie mówimy o restrukturyzacji organizacyjnej przedsiębiorstwa, którego celem jest wydzielenie takich funkcji spośród struktur organizacji przedsiębiorstwa macierzystego, które są niekluczowe i można je przekazać do realizacji innym podmiotom gospodarczym.⁴

Bardziej racjonalnym outsourcingiem jest strategiczna analiza kondycji przedsiębiorstwa, które to podejmuje decyzje wdrożenia procesu odchudzania poprzez ograniczenie wielkości oraz upraszczanie swojej struktury (shrinking, downsizing). Koncepcja szczupłych struktur organizacyjnych w ujęciu teorii kosztów transakcyjnych O. Williamsona oraz kompetencji kluczowych G. Hamela i C.K. Prahalada wydaje się być niezbędna w zdefiniowaniu outsourcingu w procesie zarządzania przedsiębiorstwem. Według firmy konsultingowej Arthur Andersen outsourcing jest wydzieleniem części procesu lub całego procesu, w którym zleceniodawca kontroluje jego wyniki. Przedmiotem naszego zainteresowania jest outsourcing procesów biznesowych (Business Process Outsourcing w skrócie BPO), którego przykładem jest budowa i utrzymanie budynków, zarządzanie zasobami ludzkimi. Koncepcje zarządzania ulegają ciągłej weryfikacji na skutek doskonalenia i powiązanych ze sobą technikami. Wspólną cechą przedstawionych niżej koncepcji zarządzania jest zagwarantowanie możliwości rozwoju przedsiębiorstwa, umiejętności odnalezienia się w zmiennych i nieprzewidywalnych warunków otoczenia oraz pozyskiwanie przewag konkurencyjnych. W zależności od preferencji przedsiębiorstwa oraz wydzielenia funkcji możemy wyróżnić insourcing (włączenie działalności do struktury przedsiębiorstwa macierzystego); partnering (pozostawienie działalności w strukturze przedsiębiorstwa macierzystego) oraz omawiany szerzej outsourcing (wydzielenie działalności ze struktury przedsiębiorstwa macierzystego). Outsourcing obejmuje zwykle wydzielenie ze struktury organizacji tych obszarów działalności, które stanowią element drugorzędny (pomocniczy lub wspierający). Przedsiębiorstwo takie koncentruje swoją uwagę na tych procesach, które utrwalają przewagę konkurencyjną oraz tworzą wartość wśród klientów.

³ http://www.brainyquote.com/quotes/authors/h/henry_ford.html#5AgGOFZ9J6PJfhtb.99

⁴ M. Trocki, Outsourcing jako metoda restrukturyzacji przedsiębiorstw, w: „Gospodarka materiałowa i logistyka” nr 9/1999, s.181

Warto zwrócić uwagę, że outsourcing dzielimy ze względu na czas. W długim okresie outsourcingu mówimy o strategicznym, natomiast w krótkim okresie – operacyjnym outsourcingu. W poniższym rozdziale zostanie omówiony szerzej zakres outsourcingu.

1.2 Geneza, rodzaje i model outsourcingu

Koncepcja outsourcingu była znana od wielu lat, ale powszechnie stosowana była od lat 70-tych XX wieku jako innowacja w zakresie zarządzania w USA. Pierwotnie przekazywano firmom zewnętrznym niewygodne funkcje pomocnicze. W tym zakresie outsourcing był postrzegany jako modyfikacja *make or buy*. Stosowany bardziej taktycznie jako szybkie i doraźne zaspokojenie określonej potrzeby lub rozwiązanie problemu. Głównym motywem była redukcja kosztów. Te potrzeby w pierw dotyczyły technologii informacyjnych. W pierwszej fazie powierzano firmom zewnętrznym eksploatację zasobów informatycznych, głównie urzędów bez wprowadzania zmian własności, ale przy częściowym przejęciu pracowników. Takie rozwiązanie biznesowe określa się mianem *facility management* (termin zapożyczony z zarządzania nieruchomościami). W perspektywie czasu wraz z rozwojem technologicznym osoby zarządzające przedsiębiorstwami doszli do wniosku, że przewagę konkurencyjną można budować co najwyżej w dwóch funkcjach podstawowych. Stąd pojawił się trend wyzbywania się peryferyjnych działań i skoncentrowaniu się na zadaniach podstawowych. Sprawą dyskusyjną jest zdefiniowanie czym jest funkcja podstawowa, a czym funkcja pomocnicza. Dla jednych podstawowe kompetencje są rozumiane jako podstawowe działania, które firma wykonuje w sposób ciągły, podczas gdy działania peryferyjne to te, które są czasowe i krótkotrwałe.⁵ Z kolei inni eksperci twierdzą, że działania podstawowe można określić w następujący sposób:

- przynoszące terażniejszą lub potencjalną możliwość konkurencyjności przynoszące dalszy rozwój, innowację itd.
- decydujące o prowadzeniu biznesu,
- tradycyjnie wykonywane wewnątrz firmy.

⁵ Quinn, Hilmer, 1994, Alexander, Young, 1996, Porter, 1990

Według Portera podstawowe kompetencje to zadania, które oferują długoterminową zaletę konkurencyjności i dlatego powinny być utrzymane wewnątrz firmy. Zgodnie z poglądem Qiunna i Hilmera wiele zadań powszechnie uważanych za integralne może być poddanych outsourcingowi. Wzrastająca konkurencja, presja na cięcie kosztów oraz trend ograniczania hierarchii w organizacjach są główną przyczyną rozwoju outsourcingu strategicznego. To właśnie ten rodzaj outsourcingu daje firmie możliwość „pełnego wykorzystania inwestycji dostawców zewnętrznych, innowacji oraz profesjonalnych możliwości specjalistycznych, które byłyby za drogie lub niemożliwe do odtworzenia w warunkach wewnętrznych”.⁶ Inicjowanie współpracy z dostawcami jako partnerami staje się zasadą, na której opiera się outsourcing strategiczny.

Outsourcing jest złożonym przedsięwzięciem, dlatego możemy wyróżnić różne jego modele:

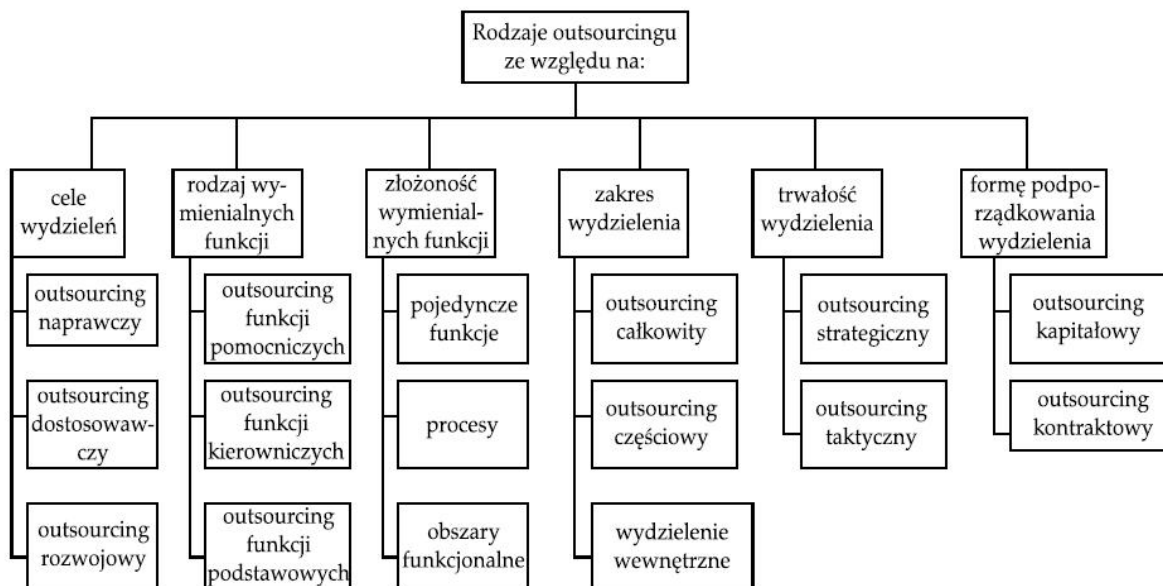


Tabela 1 Źródło: Trocki M., Outsourcing. Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej, Warszawa

Powyższe modele outsourcingu są ze sobą powiązane. Outsourcing naprawczy może mieć charakter strategiczny jak i taktyczny. Najistotniejszy podział, który jest przedmiotem niniejszej pracy jest podział na outsourcing kontraktowy (zewnętrzny) i kapitałowy (wewnętrzny).

⁶ Cytat za: Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym, Warszawa, 2010, s. 12

Outsourcing kapitałowy ma miejsce, gdy ze struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa wydzielana jest część działalności gospodarczej, która może być realizowana samodzielnie przez spółkę córkę. Wraz z jej wydzieleniem pracownicy przechodzą do nowopowstałej spółki, aby realizować powierzone im zadanie. Z kolei outsourcing kontraktowy, na którym będziemy koncentrować się opiera się na wydzieleniu z firmy funkcji i przekazaniu jej do realizacji niezależnemu podmiotowi. W rezultacie dochodzi do zwolnienia pracowników, przejęciu ich przez podmiot zewnętrzny lub przesunięcia ich w strukturze przedsiębiorstwa. Poniżej porównanie dwóch outsourcingów – ich zalet i wad.

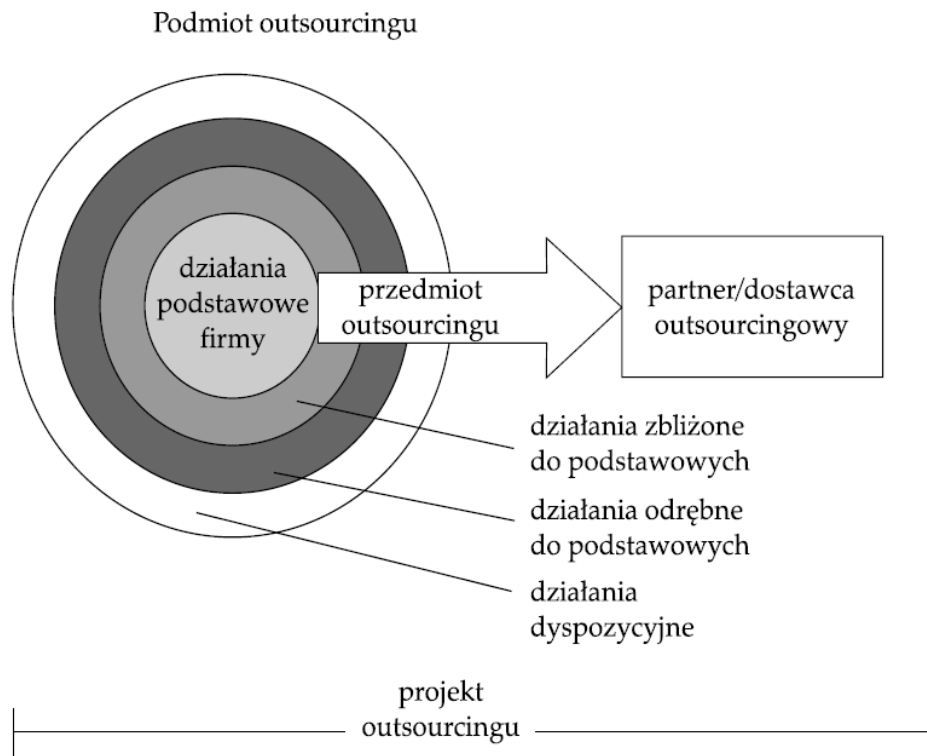
Kryteria	Outsourcing kontraktowy	Outsourcing kapitałowy
Zalety	Pełna swoboda doboru wykonawcy, efekty konkurencji, ograniczenie zaangażowania i odpowiedzialności za realizację funkcji, uproszczenie struktur, redukcja problemów zarządzania, efekty specjalizacji	Unikanie zwolnień pracowników, utrzymanie majątku w zorganizowanej formie, szersze możliwości kontroli, możliwość odzyskania zainwestowanego kapitału poprzez odsprzedaż udziałów (akcji) spółki-córki, możliwość planowania strategicznego działalności, większa swoboda kształtowania cen, nie występuje niebezpieczeństwo niedopasowania kulturowego
Wady	Konieczność zwolnień pracowników, ewentualne straty z tytułu sprzedaży i/lub likwidacji majątku, ograniczenie możliwości kontroli, ograniczone możliwości planowania strategicznego działalności, możliwe niedopasowanie kulturowe	Ograniczone możliwości radykalnej zmiany sposobu działania, odpowiedzialność właścicielska za wyniki, ograniczona swoboda doboru wykonawcy, ograniczenie konkurencji, dodatkowe nakłady związane z wydzieleniem

Tabela 2 Źródło: Trocki M., Outsourcing funkcji operacyjnych przedsiębiorstwa, Gospodarka materiałowa i Logistyka, nr 2, s.60

Ogólny model outsourcingu składa się z 4 podstawowych elementów:

- podmiot outsourcingu - jest nim organizacja, która analizuje, podejmuje decyzje o implementacji outsourcingu lub rezygnuje z niej realizując zadania wewnątrz firmy
- przedmiot outsourcingu – są funkcje działalności gospodarczej firmy
- partner – wyspecjalizowana firma zewnętrzna, która potencjalnie może podjąć współpracę z podmiotem

- projekt outsourcingu – umowa określająca warunki współpracy



Rycina 1 Źródło: Arnold U. (2000) , New dimensions of outsourcing: a combination of transaction cost economics and the core competencies concept, European Journal of Purchasing and Supply Management, no. 6

Z kolei funkcje działalności gospodarczej dzielimy na:

- funkcje podstawowe (sprzedaż i serwis, badanie i rozwój, zaopatrzenie, produkcja i usługi, dystrybucja)
- pomocnicze (gospodarka materiałowa, magazynowa, transportowa, energetyczna, ochrona mienia, usługi porządkowe, administracja)
- kierownicze (zarządzanie finansami, kadrami, jakości, naczelna kierownictwo, planowanie i organizowanie działalności).

M.F. Greaver wyodrębnia 3 poziomy działań, gdzie może zostać wdrożony outsourcing:

- działania funkcjonalne – wymaga specjalnej wiedzy i odpowiedzialności
- działania indywidualne – funkcja częściowa, samodzielne stanowisko
- procesy – powiązane ze sobą funkcję częściowe⁷

Opierając się na teorii R. Coase'a i O.E. Williamsona można określić struktury zarządzające dla działań ekonomicznych:

- struktury zarządzania, które nie są ani rynkowymi ani hierarchicznymi, to kontrakty długoterminowe lub alianse strategiczne pomiędzy niezależnymi od siebie podmiotami. Te pośrednie struktury są nazywane hybrydami.
- hierarchie – opierają się na centralizacji praw własności przez zarząd, kontrola administracyjna wewnątrz firmy ułatwia na koncentracji działań na jednym celu
- rynki – sterują transakcjami poprzez mechanizmy cenowe, jeśli dostawca nie może spełnić wymogów i oczekiwań klienta nie będzie mógł uczestniczyć dłużej w wymianie ekonomicznej.

Najogólniej mówiąc zasadniczym elementem, który determinuje dobór modelu struktury zarządzania jest poziom kosztów transakcyjnych, zwany inaczej kompleksowością działania, konkurencyjnością i specyfiką aktywów. Produkt o niskiej specyfice może być zarządzany w ramach outsourcingu. Niska specyfika aktywów wymaga niewielkiej wymianie informacji z partnerem transakcji, w efekcie czego jest niskim kosztem transakcji. Wnioskować z tego należy, że produkty i usługi o wysokiej specyfice są oparte na podstawowych kompetencjach.⁸

Kompetencja podstawowa powstała w pracach Prahalada i Hamela i została zdefiniowana jako „cały zestaw umiejętności i wyróżniających zasobów przedsiębiorstwa odpowiednio ze sobą połączonych”. Nie są one kapitałem fizycznym, który może być kopiowany, ale to zdolności menadżerów do konsolidacji technologii korporacyjnych i umiejętności adaptacji do gwałtownie zmieniającej się sytuacji i możliwości rynkowych.⁹

⁷ Greaver M.F., Strategic Outsourcing. A structural approach to outsourcing decisions and initiatives, New York, 1999

⁸ Teoria Williamsona w: Ekonomiczne instytucje kapitalizmu, Warszawa, 1998

⁹ Prahalad C.K., Hamel G, The core competence of the corporation, Harvard Business Review, vol. 68, no 3

Jednakże dochodzi bardzo często do mylnie zdefiniowanej kompetencji podstawowej poprzez synonim działań, które wykonują najlepiej. Stąd outsourcingowi są wydzielane takie zadania, z którymi firma ma problem. Wskutek takiego podejścia może dojść do przekazania kluczowych kompetencji firmom zewnętrznym. Stąd niezbędna wydaje się definicja kluczowych kompetencji W. Krugera i C. Hompa, którzy stwierdzili, że powinna zawierać 3 elementy:

- muszą wyróżniać się na tle produktów konkurencji
- wyróżniają się: cechą konkurencyjności, dostawy i know-how produkty muszą być unikatowe i ponadczasowe oraz ochrona przed kopiowaniem przez konkurencję
- dostawy są wykorzystywane wielokrotnie i różnorodnie

Model decyzji outsourcingowej wg Arnolda bierze pod uwagę dwa czynniki: poziom kosztów transakcyjnych i kluczowe kompetencje. To one decydują o tym, kiedy i jakie działania należy powierzyć do realizacji firmie zewnętrznej, a jakie utrzymać pod pełną kontrolą, realizując je wewnątrz organizacji.

1.3 Outsourcing jako forma partnerstwa przedsiębiorstw

Warto zwrócić uwagę, że outsourcing dotyczy także współpracy przedsiębiorstw na zasadzie partnerstwa. Koncepcja łańcucha wartości M. Portera podkreśla ważność przewag konkurencyjnych odsuwając fałszywą tezę postrzegania firmy jako całości. Przedsiębiorstwo ma działania wielozadaniowe (projektowanie, wytwarzanie, marketing, sprzedaż i serwis). Każde zadanie stanowi o wartości przedsiębiorstwa i może być atutem lub słabym punktem. Właśnie dlatego zdefiniowanie przewag konkurencyjnych oraz słabych punktów procesów jest istotne dla dalszego rozwoju przedsiębiorstwa. W okresie długoterminowym znalezienie partnera – przedsiębiorstwo jest kluczowym elementem umacniania przewagi poprzez koncentrację uwagi na tych procesach, które stanowią o wartości przedsiębiorstwa. Pomiędzy partnerami tworzy się swoista synergia o charakterze długoterminowym, która służy dalszemu doskonaleniu przedsiębiorstw w tych procesach, które są dla nich priorytetowe i tworzą ich wartość. Powodem zaangażowania się w outsourcing na zasadzie partnerstwa jest wspomniana wyżej koncentracja się na takiej działalności, która decyduje o przewadze konkurencyjnym, a także zredukowanie i kontrola kosztów.

1.4 Perspektywy outsourcingu i jego znaczenie w Europie i Polsce

Analizując zastosowanie outsourcingu w Polsce wśród innych krajów europejskich jest obserwowana tendencja do powierzania w pierwszej kolejności mniej skomplikowanych funkcji przedsiębiorstw takich jak catering, usługi sprzątające, transport. Natomiast w krajach zachodnich przedsiębiorstwa korzystają z usług firm zewnętrznych, którym przekazują bardziej skomplikowane procesy biznesowe (BPO – Business Process Outsourcing). **Przykładem BPO jest zarządzanie personelem**, tworzenie kanałów dystrybucji, realizacja zakupów, obsługa informatyczna. Coraz chętniej przedsiębiorstwa z krajów zachodnich korzystają z outsourcingu, który analizuje i interpretuje dane o kluczowym znaczeniu dla przedsiębiorstwa znane jako outsourcing procesu wiedzy (Knowledge Process Outsourcing).¹⁰ W przypadku Polski w większości firm domeną usług outsourcingu jest funkcja uboczna przedsiębiorstw, stąd jest bardzo rozwinięty rynek usług (usługi ochrony, sprzątające, catering itd.). Na podstawie badania Accenture z 2006 roku 94% dużych przedsiębiorstw zleca na zewnątrz co najmniej jeden rodzaj swojej działalności, z czego usługi informatyczne są najbardziej popularne, następnie szkolenia i rozwój zawodowy (55%), łańcuch dostaw (38%), finanse i rachunkowość (24%) oraz zarządzanie personelem (19%). Większość osób zarządzających polskimi przedsiębiorstwami mają świadomość, że outsourcing nie tylko redukuje koszty, ale jest instrumentem podnoszącym konkurencyjność firmy.¹¹ Ta świadomość nie ogranicza się tylko do polskich przedsiębiorstw. Warto jednak zwrócić uwagę na różną dojrzałość gospodarek, w wyniku czego inaczej traktuje się outsourcing. W Europie z większym zaufaniem powierza się kluczowe dla przedsiębiorstwa działalności, natomiast w Polsce chętniej powierza się firmom zewnętrznym funkcje o mniejszej ważności, podrzędne. Perspektywy outsourcingu nie wynikają jedynie z wewnętrznych regulacji organizacyjnych, ale również z otoczenia – warunków makroekonomicznych. Umiejętność skorzystania z globalizacji jest wyzwaniem dla przedsiębiorstw w kwestii zarządzania. Dlatego P. Drucker przedstawił założenia w swojej książce „Zarządzanie XXI wieku”, w której odnosi się do stworzenia optymalnej struktury organizacyjnej, niekoniecznie utrwalonej na tradycyjnej hierarchii, ale raczej podejściu zadaniowym lub procesowym.

¹⁰ Wykorzystaj outsourcing lepiej od konkurencji, raport z serii: Nowe trendy zarządzania, „Harvard Business Review” 2007, nr 6, s.3-4

¹¹ J. Niemczyk, Układ outsourcingowy i jego znaczenie we współczesnych systemach gospodarczych w: Współczesne przemiany społeczno-gospodarcze w Polsce i na świecie pod red. T. Listwana, Wydawnictwo Forum Naukowe, Poznań 2007, s. 122

Sztucznie wydzielone jednostki funkcjonalne będą zastępowane przez jednostki organizacyjne w celu budowania wartości wśród klientów. To proces będzie podstawą przydzielania zadań oraz rozdzielania zasobów. Istotnym elementem jest fakt, że nie ogranicza się on do samej wewnętrznej struktury przedsiębiorstwa, ale obejmuje dostawców, użytkowników usług oraz innych przedsiębiorstw, które tworzą sieć partnerów podporządkowanych wspólnemu celowi poprzez różne formy współpracy, m.in. outsourcingu.¹²

Gwałtowne zmiany i ich nieprzewidywalność skłania przedsiębiorstwa na ciągłe badania otoczenia, co z kolei wiąże się z tradycyjnym odejściem schematycznego zarządzania na rzecz elastycznego podejścia ze szczególnym wykorzystaniem czynnika ludzkiego, wiedzy i umiejętności. Już teraz biorąc pod uwagę rzeczywistość gospodarczą niektóre przedsiębiorstwa dostrzegają potencjał innowacyjności w obszarze produktowym, procesowym, strukturalnym i w sferze zarządzania oraz potencjał adaptacyjności tj. zdolność dostosowania do zmian w zachowaniach pracowników, przepisów prawnych i dostępności zasobów i strategii konkurentów.¹³

Elastyczność (zdolność do zmniejszania lub zwiększania rozmiarów organizacji, tworzenie koalicji, eliminacja nieefektywnych jednostek), efektywność (zdolność utrzymania trwałej przewagi nad konkurentami) oraz umiejętność szybkiego dopasowania się do zmieniających potrzeb otoczenia są wyzwaniem dla przedsiębiorstw w kolejnych dekadach. Rola outsourcingu jest w tym względzie bardzo istotna. Wykorzystanie go w zmieniającej się rzeczywistości, aby zwiększyć konkurencyjność wydaje się kluczowym elementem w rozwoju przedsiębiorstwa przyszłości. Obecnie w krajach zachodnich Europy wydatki na outsourcing są podwajane. Podsumowując outsourcing ma sens ekonomiczny, a jego wszechstronność może mieć zastosowanie w usługach strategicznych i pobocznych oraz może mieć zastosowanie w usługach strategicznych i taktycznych. Nieocenione znaczenie outsourcingu będzie widoczne w usługach informatycznych, ponieważ podstawą zarządzania przedsiębiorstwem jest system informacyjny.

¹² S. Kopera, Metoda Business Process Management (BMP) jako przykład zastosowania podejścia procesowego do zarządzania organizacją, w: Instrumenty zarządzania we współczesnym przedsiębiorstwie, Katedra Systemów i Technik Zarządzania AE w Poznaniu, Poznań 2000, s. 154

¹³ W. Grudzewski, A. Koźmiński, Teoria i praktyka zarządzania w początkach XXI wieku, „Zarządzanie i kierowanie”, 1996, nr 3, s.3

Determinacja wprowadzenia outsourcingu w ramy przedsiębiorstwa wiąże się z utrwaleniem przewagi konkurencyjnej jaką jest kompleksowość. We współczesnych organizacjach gospodarczych podkreśla się ważność doskonalenia się w wąskiej specjalizacji poprzez marginalizację dywersyfikacji.

1.5 Ewolucja outsourcingu we współczesnym zarządzaniu w ujęciu społecznym

Wprowadzenie outsourcingu do tradycyjnej formy organizacyjnej przedsiębiorstwa jest kluczowe dla sukcesu założonych celów jakie postawiła sobie firma, która podjęła taką decyzję. Sposób wprowadzenia outsourcingu stanowi o powodzeniu lub niepowodzeniu przedsięwzięcia. Wynika to z braku porozumienia pomiędzy pracownikami zleceniodawcy a pracownikami firmy zewnętrznej, braku informacji o współpracy outsourcingowej oraz lekceważenia opinii i sugestii pracowników co do zasadności outsourcingu. Wskutek powyższego wśród pracowników utrwała się poczucie niepewności, uprzedzenie do kadry menedżerskiej oraz brak motywacji do pracy czego wyrazem może być spadek efektywności pracy. Dlatego skuteczność zarządzania outsourcingowego opiera się na pomniejszeniu obaw pracowników oraz właściwej motywacji do bardziej wydajnej pracy. Z drugiej strony poprzez pryzmat outsourcingu następuje zrewidowanie poglądu na człowieka pod kątem jego wartości dla organizacji (pomysłowość, inwencja twórcza, zaangażowanie). Ewolucja outsourcingu wynika także ze zdolności dopasowania kultur organizacyjnych partnerów outsourcingowych. Szczególne znaczenie ma to w dobie globalizacji wśród partnerów międzynarodowych. Kultura organizacyjna jest niepowtarzalna i stanowi o tożsamości wewnętrznej firmy i jej wizerunku na zewnątrz firmy.¹⁴ W związku z tym umiejętność zintegrowania odrębnych kultur organizacyjnych jest kluczowym czynnikiem decydującym o powodzeniu outsourcingu. Tutaj należy dopatrywać się barier wprowadzenia outsourcingu w strategicznych obszarach przedsiębiorstwa. Koncepcja „ostrożnego” outsourcingu wydaje się być łatwiejsza we wprowadzeniu w ubocznej działalności firmy. Jednakże w krajach zachodnich występuje tendencja, która wskazuje, że outsourcing będzie ewoluował w kierunku organizacji wirtualnych, które są rozwinięciem organizacji sieciowych składających się z mniejszych jednostek skupiających w sobie podstawowe umiejętności.¹⁵

¹⁴ J. Szaban, Miękkie zarządzanie. Ze współczesnych problemów zarządzania ludźmi, WSPiZ im. L. Koźminkiego, Warszawa 2003, s. 22

¹⁵ K. Bleicher, Integrative Management in a Time of Transformation. "Long Range Planning", 1994, no 5

2. Wiek informatyzacji – gwałtownym czynnikiem wzrostu znaczenia outsourcingu w gospodarce

W poprzednich rozdziałach zostało wspomniane, że outsourcing na przestrzeni wieków rozwijał się i znalazł uznanie pod koniec XX wieku. Dotyczy on globalnej ekonomii począwszy od mikro do makroekonomii. Jednakże bez zaawansowanej technologii nie miałby racji bytu. W tym rozdziale przyjrzymy się bliżej jak wiek informatyzacji wpłynął na zdolność przedsiębiorstw na rozszerzanie swojego zasięgu oddziaływania poza geograficzne obszary istnienia swoich siedzib poprzez tworzenie wirtualnych przedsiębiorstw na całym świecie. Powstanie wieku komputerów zasadniczo wpłynął na kształt gospodarek światowych i stały się kamieniem milowym w uprzemysłowionym świecie. Informatyzacja w usługach bankowych, służby zdrowia (np. FDA – Federal Drug Administration w USA) przełamuje tradycyjne bariery, które wiązały się z powolnością procesów (transakcja bankowa, zarządzanie ryzykiem, analiza), a co za tym idzie procesy decyzyjne są szybciej podejmowane.

2.1 Organizacja oparta na innowacji i wiedzy (ewolucja koncepcji zarządzania przedsiębiorstwem)

Przemysł i rozwój technologii nie jest obojętny na rodzaj pracy jaką wykonuje pracownik. W poprzednich dekadach przedsiębiorstwa koncentrowały się na doskonaleniu produktu i rozwiązaniom opierając się na zdobytych danych. Obecnie kierunek zmienił się i przedsiębiorstwa są zorientowane na innowacje oraz lepszym zrozumieniu opartym na organizacji (pracy zespołowej). Ewolucja przedsiębiorstwa na przestrzeni kilku dekad diametralnie się zmieniła i bez wątpienia jest to wpływ informatyzacji. W latach 50 do 70 tych XX wieku praca przedsiębiorstw była oparta na gromadzeniu danych, stworzeniu optymalnego produktu oraz stworzeniu raportu księgowego. W latach 70 do 90 – tych XX wieku nastąpiła zmiana polegająca na zbieraniu informacji w celu stworzenia lepszych rozwiązań, do czego niezbędne było strategiczne planowanie. Wiek XXI postawił poprzeczkę wyżej i przedsiębiorstwa gromadzą wiedzę w celu nakreślenia innowacyjnego produktu na podstawie opracowanej wcześniej strategii. Bez wątpienia nie jest to możliwe bez odpowiednio wyedukowanego personelu, który nie tylko ma podstawy teoretyczne – akademickie wykształcenie, ale posiada analityczną wiedzę wyuczoną w praktyce.

2.2 Outsourcing w sieci – wpływ internetu na przedsiębiorstwo.

Z nadejściem internetu i szybkością przesyłu danych bez względu na odległość można pracować w grupie. Jest to jeden z powodów dlaczego outsourcing rozwinął się poprzez zespoły wirtualne bez względu na szerokość geograficzną. Innymi słowy centralizacja fizyczna przedsiębiorstw została wyparta przez centralizacją logiczną. Korzyści z tego są dwojakie: współpraca najlepszych ekspertów bez względu na miejsce zamieszkania oraz zminimalizowanie kosztów podróży oraz czasu na przemieszczanie się w celu spotkania grup roboczych. Bezprzewodowa technologia sprawia, że pracować można zarówno w biurze jak i restauracji. Przedsiębiorstwa decydują się na użycie Internetu w swojej działalności z powodu redukcji kosztów oraz powszechnej dostępności w kontaktach z innymi podmiotami (usługi bankowe, doradcze, hostingowi itd.). Głównym powodem korzystania z outsourcingu jest szybki dostęp do wiedzy, ponieważ firma outsourcingowa zwykle zatrudnia specjalistów w danej dziedzinie. Wyszkolenie własnych pracowników wiąże się z kosztami, natomiast wykupienie ryczałtu zwalnia przedsiębiorstwo z zatrudnienia specjalisty czyli wpływa na obniżenie kosztów pracowniczych. Innymi powodem jest dostęp do najnowszych rozwiązań technologicznych, wyższa efektywność działań i redukcja ryzyka, koncentracja na podstawowej działalności. Warto jednak wspomnieć, że outsourcing wiąże się z utratą kontroli nad częścią procesów gospodarczych oraz złamaniem zasady poufności. Wskutek zastosowania Internetu tradycyjny model działania przedsiębiorstwa ulega modyfikacji. Szybkość działania i ciągły dostęp do informacji poprzez umiejętność jej odnajdywania i właściwego wykorzystania jest głównym czynnikiem w nowoczesnej gospodarce. Sieć powinna być użyta jako platforma informacyjna i nośnik komunikatów promocyjnych. Kluczowym czynnikiem sukcesu jest szybka i skuteczna komunikacja.

Dostęp pracowników do intranetu pozwala na przyspieszeniu procesu adaptacyjnego, a przepływ informacji w ramach struktur wewnątrz organizacji odbywa dużo szybciej niż w formie tradycyjnej. Warto jednak zaznaczyć, że nie jest on panaceum na wszelkie problemy przedsiębiorstwa, chociaż może okazać się cennym instrumentem dzięki któremu można uzyskać przewagę konkurencyjną na rynku.

3. Krytyczna analiza outsourcingu

Wdrożenie outsourcingu nie zawsze przynosi pozytywne rezultaty w przedsiębiorstwie. Badania przeprowadzone przez ekspertów z Instytutu Zarządzania Informacją z Uniwersytetu w Oxfordzie przeanalizowało 29 największych kontraktów outsourcingowych. Z badań tych wynika, że 35% tego rodzaju przedsięwzięć zakończyło się niepowodzeniem.¹⁶ Przyczyną takiego stanu rzeczy może być począwszy od nietrafnej analizy i oceny sytuacji wyjściowej poprzez sposób wdrożenia aż do sposobu zarządzania outsourcingiem. Możemy wyróżnić 3 ryzyka, którymi są ryzyko organizacji, konkurencji i strat własnych.¹⁷

Pierwsze ryzyko wynika z niedopasowania na skutek braku kompatybilności kultur organizacyjnych, niewykonania pracy co wiąże się z kolei z perturbacjami całej organizacji przedsiębiorstwa, które korzystają z usług outsourcingowych. Drugie ryzyko wynikać może z prób wykorzystywania lub przejścia jednej ze stron kompetencji partnera. Ostatnim ryzykiem jest taka sytuacja kiedy przedsiębiorstwo korzysta z outsourcingu w celu redukcji kosztów, ale faktycznie ponosi większe straty. Podobnie może być w sytuacji odwrotnej. Zanim jednak przejdziemy do szczegółowego omówienia istniejących niebezpieczeństw przyjrzyjmy się etapom wdrożenia usług outsourcingowych. To właśnie na etapie wyspecyfikowania procesów jesteśmy w stanie zniwelować to ryzyko do minimum.

3.1 Proces zarządzania outsourcingu – etapy

Implementacja outsourcingu jest procesem złożonym, który zależy od wielu czynników: organizacyjnych, ekonomicznych i społecznych zarówno w przedsiębiorstwie jak i firmie świadczącej outsourcing. Generalnie można podzielić ten proces na 3 etapy:

- analiza i ocena sytuacji, zidentyfikowanie potencjalnych dostawców i ich wybór oraz wdrażanie outsourcingu i jego zarządzanie. Pierwszy etap wymaga rzetelnej i wnikliwej analizy sytuacji w powiązaniu z jej organizacją i strategią.

¹⁶ Ch. Gay, J. Essinger, *Outsourcing strategiczny*, s. 19

¹⁷ Pankowska M., *Współdziałanie podmiotów rynku produktów i usług informatycznych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. K. Adamieckiego, Katowice 1998

Potencjalne zastosowanie outsourcingu wymaga określenia obszarów jego zastosowanie (usługi, procesy) po uprzednim sprecyzowaniu celowości (redukcja kosztów, koncentracja na kluczowych kompetencjach i umiejętnościach).

W praktyce pomijane są te obszary przedsiębiorstwa, które stanowią o jego wartości. Z badań przeprowadzonych wśród polskich przedsiębiorstw wynika, że takiej analizie poddało się 90% firm, z czego połowa kierowała się względami kosztowo – finansowym (zmiana kosztów stałych w zmienne) oraz chęcią uzyskania przewagi konkurencyjnej przez profesjonalizm firmy outsourcingowej.¹⁸

- Drugim etapem jest identyfikacja potencjalnych dostawców i ich wybór. Pomocnymi do tego jest wybór właściwych kryteriów takich jak: jakość, cena, referencje i obiegowa opinia, doświadczenie, terminowość, zasoby, kultura organizacyjna, lokalizacja geograficzna partnera.

- Trzecim i ostatnim etapem jest wdrażanie i zarządzanie procesem outsourcingu. Gdy dochodzi do rozpoczęcia współpracy z firmą zewnętrzną dotyka ona struktury organizacji, komunikacji wewnątrz przedsiębiorstwa oraz pracowników. Wskutek tego wszystkie funkcje przedsiębiorstwa ulegają zmianie: są ponownie projektowane wzbogacone o nowe technologie za pomocą angażowania nowych pracowników. To pracownicy stanowią o przewadze konkurencyjnej dlatego przepływ informacji oraz właściwe przygotowanie pracowników do wdrożenia outsourcingu jest niezbędnym elementem decydującym o powodzeniu przedsięwzięcia. Jest powiązane ze zmianą zachowania oraz komunikowania się wewnątrz przedsiębiorstwa. Akceptacja outsourcingu przez pracowników przynosi poprawienie efektywności ich pracy.

3.2 Efektywność outsourcingu w przedsiębiorstwie oraz ryzyko związane z tym

Efektywność wiąże się ściśle ze zdolnością implementowania outsourcingu. Mogą one dotyczyć problemu wdrożenia w jednym z trzech etapów. Sam fakt precyzyjnej analizy i oceny sytuacji nie gwarantuje powodzenia przedsięwzięcia. Ryzyko niepowodzenia wynika z błędnej oceny identyfikacji celowości i opłacalności outsourcingu oraz niewłaściwego wyboru partnera zewnętrznego.

¹⁸ J.A. Dytwald, Trzy oblicza organizacji wirtualnych, Internet – szturmowiec@zigzag.pl

Badania przeprowadzone w Polsce w 2006 r. sprecyzowały błędy jakie najczęściej popełniały polskie przedsiębiorstwa. Do nich zalicza się: pomijanie analizy opłacalności oraz brak strategicznych przesłanek wprowadzanie outsourcingu, powierzanie odpowiedzialności wdrożenia outsourcingu osobom bez doświadczenia (w blisko 90% przypadków kadry zarządzającej) oraz brak angażowania firm zewnętrznych w proces oceny ryzyka projektu oraz jego opłacalności.¹⁹ Problem w wyborze partnerów wynika z próby zawężenia kryteriów. Innym ryzykiem niepowodzenia jest brak określenia formy współdziałania pomiędzy oboma przedsiębiorstwami. W przypadku gdy partner jest traktowany jako zwykły dostawca usług umowa jest prosta i krótkoterminowa. Natomiast w wyborze partnera strategicznego, która opiera się na zaufaniu jest kilka umów szczegółowych.²⁰ Warto pamiętać, że outsourcing ma wymiar społeczny angażujący czynnik ludzki. Stąd może wynikać ryzyko braku zrozumienia i akceptacji na wprowadzany outsourcing przez personel przedsiębiorstwa macierzystego. Przyczyną takiego ryzyka może być: obawa przed utratą stanowiska lub pozycji w firmie, niepewność co do finansowych korzyści outsourcingu, brak zaufania do kontrahenta. Analizując ryzyko układu outsourcingowego można wyodrębnić ryzyko konkurencji, ryzyko organizacji oraz ryzyko strat własnych. Ryzyko konkurencji wiąże się z brakiem „sprawiedliwego podziału” pomiędzy dwoma partnerami. Jest to swoisty rodzaj rywalizacji. W praktyce jeden z partnerów dąży do przewagi nad drugim lub za jego pośrednictwem nad innymi. W zależności od wyboru partnera biznesowego może dojść do przekazania poufnych informacji jednostkom trzecim w celu niezależnego i dodatkowego wzbogacenia się lub do zdobycia umiejętności drugiej strony bądź umocnieniem się jej kosztem. Drugim ryzykiem jest ryzyko organizacji. Niedopasowanie stron układu może skutkować brakiem wykonania prac zgodnie z obowiązującymi normami, braku kompatybilności kultur organizacyjnych oraz drastyczne zmiany w zarządzaniu poprzez zwolnienia pracowników na rzecz usług outsourcingowych. Ostatnim ryzykiem przedsiębiorstwa jest ryzyko strat własnych przez wdrożenie outsourcingu. Ma to charakter dwojaki: uzależnienie się klienta od zewnętrznego partnera lub poprzez decyzje daleko idącego outsourcingu przedsiębiorstwa traci własną tożsamość. Obecnie w dobie kryzysu wiele przedsiębiorstw dąży do optymalizacji kosztów.

¹⁹ E. Banachowicz, Ł. Świerżewski, Sześć zasad budowy efektywnego rozwiązania outsourcingowego, raport z serii: Nowe Trendy zarządzania „Harvard Business Review” czerwiec 2007, s.12

²⁰ M. Trocki, Outsourcing, jw. S. 125-126

Dorywcze usprawnianie procesów jest typowym sposobem obniżania kosztów. Warto rozważyć zaangażowanie pracowników do prac związanych z usprawnianiem istniejących rozwiązań, w tym procesów gospodarczych. Jeśli z analizy wynika, że efektywniejszym rozwiązaniem będzie outsourcing w wybranych obszarach wskutek znacznych redukcji kosztów oraz poprawy konkurencyjności przedsiębiorstwa należy po uprzedniej analizie zaimplementować tę formę współpracy²¹.

4. Teoria efektywności organizacji w szpitalach publicznych

Wg T. Pszczołowskiego, efektywność jest określana jako „dodatnia cecha działań dających jakiś oceniany pozytywnie wynik bez względu na to, czy był on zamierzony (działanie skuteczne i efektywne), czy niezamierzony (działanie efektywne). Natomiast M. Holstein-Beck wyróżnia sześć kategorii pojęciowych terminu „efektywność”. Są to:

- sprawność (w ujęciu T. Kotarbińskiego), – wydajność (w ujęciu H. Emersona), – kompetencyjność (w ujęciu M. Webera), – funkcjonalność (w ujęciu R. Beckharda), – komunikatywność (w ujęciu D. Lawlessa), – moralność (w ujęciu K. Obuchowskiego i B.K. Scanlana).

Cechą sprawności wg Kotarbińskiego jest skuteczność, korzystność i ekonomiczność. Skuteczność działania ograniczona do faktów zamierzonych jako cele to inaczej celowość działania. Korzystność z kolei jest „różnicą między wynikiem użytecznym a kosztami działania: w tym też skutki działania niezamierzone pozytywne i negatywne”. Natomiast ekonomiczność „to cecha, której miarą jest stosunek wyniku użytecznego do kosztów działania, w przeciwieństwie do ekonomii koszt jest materialne i moralne. Analizę ekonomiczną składa się z analizy finansowej i techniczno-ekonomicznej.

²¹ T. Koczyński, Outsourcing w zarządzaniu organizacjami gospodarczymi, rozprawa doktorska niepublikowana, WZAE w Poznaniu, Poznań 2003, badanie na grupie 222 polskich przedsiębiorstw

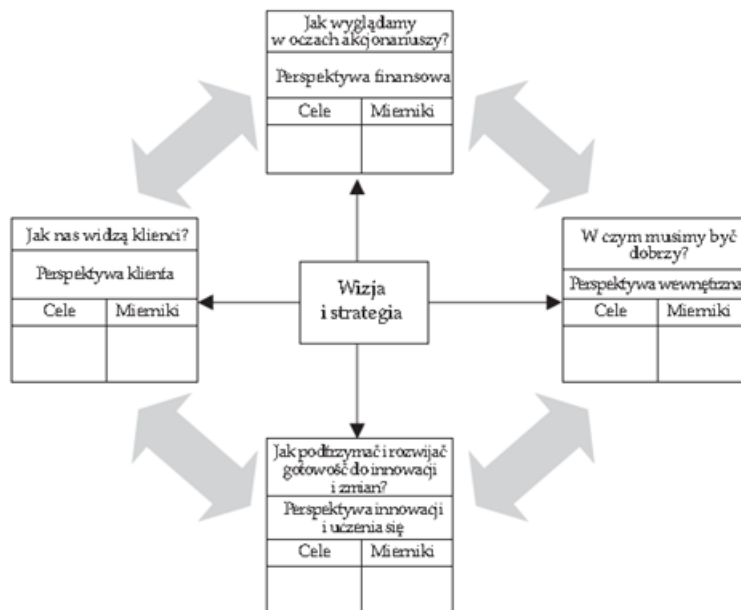
Podstawowe wskaźniki finansowe

Obszary analizy	Wskaźniki
Analiza płynności	<ul style="list-style-type: none"> – wartość kapitału obrotowego, – wskaźnik bieżącej płynności, – wskaźnik płynności szybki
Analiza obrotowości	<ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik obrotowości aktywów, – wskaźnik obrotowości aktywów trwałych, – wskaźnik efektywności wykorzystania aktywów obrotowych, – wskaźnik obrotowości poszczególnych składników aktywów
Analiza zadłużenia	<ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik ogólnego zadłużenia, – wskaźnik udziału kapitału własnego w finansowaniu majątku firmy, – wskaźnik relacji zobowiązań do kapitału własnego, – wskaźnik zadłużenia długoterminowego, – wskaźnik opłacenia odsetek od zaciągniętych zobowiązań z uzyskanych efektów finansowych
Analiza rentowności	<ul style="list-style-type: none"> – wskaźnik rentowności sprzedaży, – wskaźnik rentowności aktywów, – wskaźnik rentowności kapitału, – analiza Du Ponta

Tabela 3 Analiza finansowa w oparciu o 4 obszary

W przypadku publicznych szpitali koncepcja efektywności przedsiębiorstwa może być przydatna do oceny efektywności.

Zrównoważona karta wyników. Pomiar efektywności w 4 perspektywach



Źródło: Kaplan, Norton, 2001, s. 28.

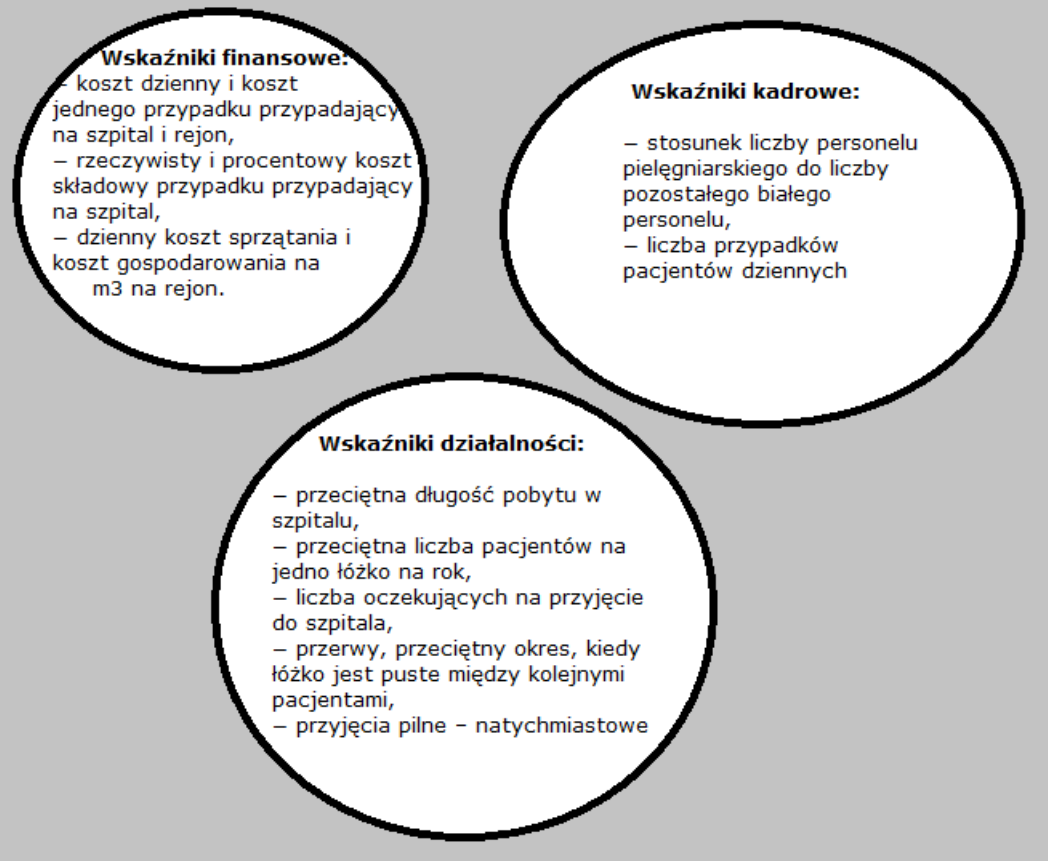
Rycina 2 Pomiar efektywności w 4 perspektywach

Ocena efektywności organizacji szpitali publicznych ma charakter wielowymiarowy. Bielski podaje siedem wymiarów (aspektów) efektywności. Należą do nich:

- Wymiar rzeczowy, który odnosi się do realizacji funkcji genotypowej organizacji. Pozwala on określić, na ile organizacja jest efektywna w zaspokajaniu określonych potrzeb społecznych albo w jakim stopniu osiąga ona swoje cele zewnętrzne.
- Wymiar ekonomiczny, obejmujący kryteria, które wyrażają relację między efektami a nakładami.
- Wymiar systemowy. Kryteriami oceny tego aspektu efektywności są długofalowe cele organizacji, jak przetrwanie i rozwój, oraz jej zdolności adaptacji do zmiennego otoczenia.
- Wymiar „polityczny”, odnoszący się do relacji organizacji z otoczeniem (eksploatacja otoczenia).
- Wymiar polityczny, odnoszący się do efektywności organizacji w utrwalaniu (lub naruszaniu) istniejącego w danym kraju ładu polityczno-społecznego.

Nadrzędnym zadaniem szpitala jako podmiotu medycznego niekomercyjnego jest misja użyteczności publicznej, której celem jest zapewnienie pacjentom prawidłowej opieki medycznej. Ponadto charakteryzuje się: – nadrzędnym charakterem zadań społecznych, – brakiem zależności prowadzenia działalności od korzyści o charakterze ekonomicznym, – działalnością nastawioną na świadczenie usług oraz dominująca rola w funkcjonowaniu jako przedsiębiorstwa finansowania zewnętrznego. Najważniejszą cechą świadczenia usług zdrowotnych jest niematerialność. Do atrybutów usług należy również zaliczyć jednoczesność procesu świadczenia i konsumpcji, nierozdzielność, nietrwałość, zmienność oraz brak możliwości nabycia usług na własność. Usługi publiczne, a do tej grupy zaliczymy usługi zdrowotne, to bardzo niejednorodna grupa usług, nabywana nieodpłatnie lub (częściowo) odpłatnie. Trudność pomiaru efektywności szpitala wynika z tego, że przedmiotem działania jest świadczenie usług medycznych, a ocena efektywności jednostki świadczącej usługi zdrowotne operuje miarami jakościowymi. W literaturze przedmiotu proponowane są wskaźniki służące ocenie efektywności organizacji świadczących usługi zdrowotne. Jednym z nich jest P. Mudie i A. Cottam, którzy opisują efektywność i ocenę szpitala opierając się na trzech obszarach. Są to:

Wskaźniki służące ocenie efektywności organizacji świadczących usługi zdrowotne



Rycina 3 Wskaźniki efektywności usług medycznych - opracowanie własne

W literaturze można znaleźć jeszcze inne czynniki wpływające na efektywność publicznych podmiotów medycznych: liczbę łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców, – średnie wykorzystanie łóżka szpitalnego, – średni okres pobytu w szpitalu, – liczbę lekarzy na 10 tys. mieszkańców, – liczbę przyjętych chorych.

Począwszy od 2006 r. Ministerstwo Zdrowia przygotowywało projekt ustawy o sieci szpitali oraz próby ich oceny i kategoryzacji. W projekcie tym proponowano, aby szpitale objęte były monitorowaniem i oceną działalności zarówno w sferze ekonomiczno-finansowej, jak i w sferze jakości świadczonych usług. Do oceny tych obszarów działania szpitali służyć miały zaprezentowane poniżej wskaźniki. Działalność ekonomiczno-finansową charakteryzowały wskaźniki: – zyskowności – będące podstawą oceny efektywności działania szpitali, – płynności, – efektywności zarządzania – informujące, w jakich cyklach szpital spłaca zobowiązania, odnawia zapasy, otrzymuje należności, – zadłużenia.

Dnia 9 maja 2022 r. , resort zdrowia opublikował nową, zmienioną nieco, propozycję przepisów o modernizacji i poprawie efektywności lecznictwa, a także 649-stronicowy raport z przeprowadzonych konsultacji publicznych. Konsultacje odbyły się pod koniec 2021 r. Nowy projekt utrzymuje wprowadzenie obowiązkowej oceny szpitali i ich kategoryzację, od A (najwyższej oceny) do D (najniższej). Utrzymuje także wcześniej zaproponowane wskaźniki tej oceny. Nadal są to wskaźniki finansowe i dotyczyć mają danych za 2022 rok. Jak czytamy w poprawionym projekcie „pierwsza ocena i przyznanie kategorii, o których mowa w art. 24, nastąpi w 2023 r. na podstawie danych podmiotów szpitalnych za 2022 rok”.

Wspomniane wskaźniki, które posłużą do kategoryzacji szpitali, to: a/ wskaźnik rentowności działalności operacyjnej, b/ wskaźnik płynności szybkiej, c/ wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem, d/ wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem.

Kluczową rolę przy pozyskiwaniu danych dotyczących funkcjonowania szpitali oraz ich oceny i kategoryzacji będzie pełnić powołana Agencja Rozwoju Szpitali (ARS). Będzie m.in. oceniać sytuację ekonomiczno-finansową szpitali oraz kwalifikować je do poszczególnych kategorii wynikających z uzyskanych ocen. W przypadku placówek kategorii C realizację programu restrukturyzacyjnego nadzorował będzie wskazany przez ARS doradca restrukturyzacyjny, natomiast w przypadku ośrodków kategorii D ARS czasowo przejmie zarządzanie nad szpitalem.

Wart uwagi jest program restrukturyzacyjny, nazwany w ustawie planem naprawczo-rozwojowym, który ma obejmować:

- optymalizację/zmniejszenie kosztów operacyjnych (w szczególności zużycia materiałów i energii, usług obcych, kosztów wynagrodzeń);
- reorganizację zasobów i infrastruktury;
- optymalizację nakładów inwestycyjnych – ograniczenie inwestycji finansowanych ze środków własnych tylko do rzeczywistych potrzeb, pozyskanie jak największego finansowania inwestycji ze źródeł zewnętrznych;

- restrukturyzację zobowiązań finansowych szpitala, np. konwersję zobowiązań krótkoterminowych na długoterminowe, a co się z tym wiąże ograniczenie kosztów finansowych.

W szpitalach z kategorią D zarząd przejmie ARS. Kategoria D będzie przyznawana szpitalom wymagającym wdrożenia programu restrukturyzacyjnego i przejęcia zarządzania przez ARS. W placówkach do niej zakwalifikowanych prezes Agencji uprawniony będzie do powoływania i odwoływania ich kierownika bądź ustanowienia zarządcy. Przygotowany i wdrożony zostanie program restrukturyzacyjny podlegający zaopiniowaniu przez NFZ, wojewodę i podmiot nadzorujący, a w przypadku szpitala działającego w formie spółki – radę nadzorczą albo komisję rewizyjną. Program powinien uwzględniać poniższe elementy:

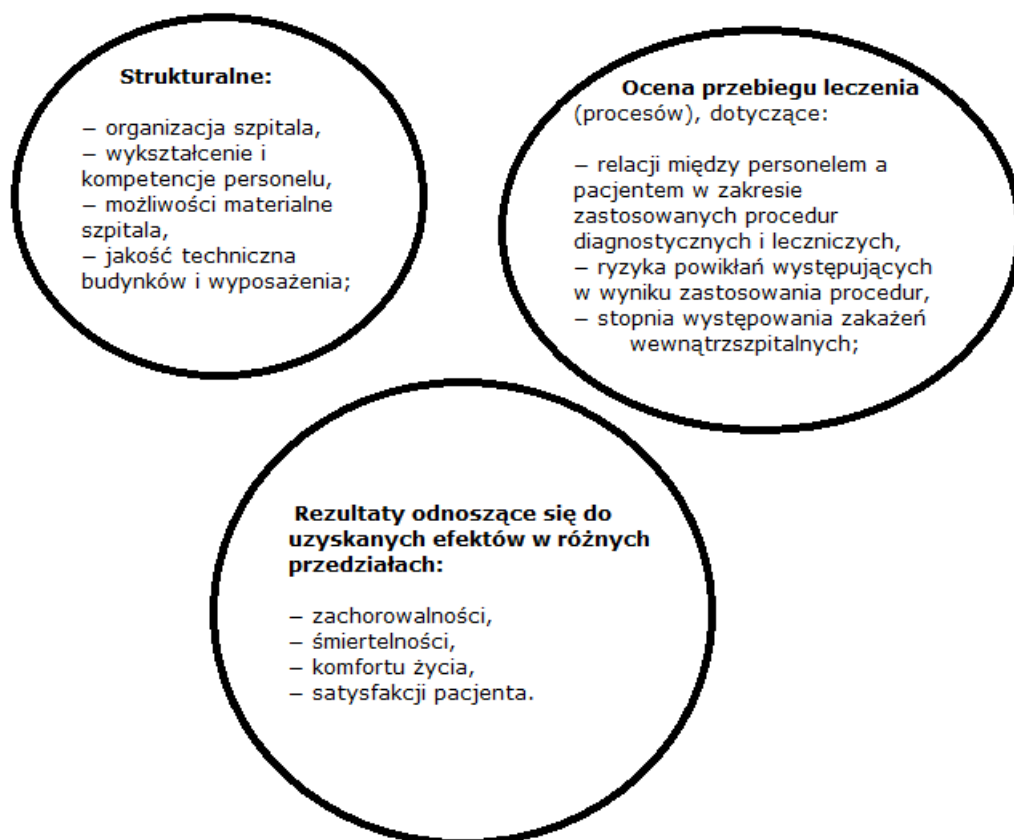
- zmianę struktury organizacyjnej szpitala (np. konsolidację komórek organizacyjnych, redukcję liczby niewykorzystywanych łóżek, outsourcing nierentownych usług medycznych i niemedycznych);
- przeprofilowanie szpitala dostosowujące jego strukturę do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na danym terenie;
- konsolidację szpitali na danym terenie w celu dostosowania do potrzeb zdrowotnych.

Do kategorii D kwalifikować się będą szpitale, które spełniają łącznie warunki:

- wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż -5,0%;
- wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35;
- wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50,0% lub w przypadku, którego wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 15,0%.

Agencja Rozwoju Szpitali będzie monitorowała realizację i efektywność wdrożonych programów restrukturyzacyjnych w szpitalach. Jeśli placówki nie będą ich realizować bądź nie osiągną zakładanych efektów restrukturyzacji i nie wygenerują oczekiwanych wartości wskaźników finansowych, w przypadku szpitali kategorii C ARS będzie mogła dokonać czasowego przejęcia zarządzania nimi, analogicznie jak w kategorii D.

Kryteria oceny poziomu świadczenia opieki zdrowotnej przez Ministerstwo Zdrowia



Rycina 4 Kryteria oceny szpitali – opracowanie własne

Schemat oceny efektywności szpitala publicznego – przykład

Wymiary efektywności	Kryteria główne	Kryteria szczegółowe – przykłady	
Wymiar techniczno-ekonomiczny	Ilość świadczonych usług ogółem i na oddziałach	<ul style="list-style-type: none"> – liczba łóżek w szpitalu, – liczba pacjentów, – czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala 	
	Rentowność	Koszty świadczonych usług	<ul style="list-style-type: none"> – koszt jednego pacjenta, – koszt dzienny, – koszt jednej porady, – nakłady na jedno łóżko
	Produktowność	<ul style="list-style-type: none"> – zadłużenie ogółem szpitala i oddziałów, – poziom finansowania ze środków publicznych, – wynik finansowy 	
Wymiar jakościowy	Jakość świadczonych usług	<ul style="list-style-type: none"> – wycena procedur medycznych, – opracowane standardy postępowania medycznego, – ilość zgonów, – średni okres po bytu w szpitalu, – ilość wyleczonych pacjentów 	
		<ul style="list-style-type: none"> – liczba lekarzy w stosunku do liczby pacjentów, – struktura usług dostosowana do potrzeb, wieku i struktury populacji, – procedura ustalania kolejek, – poradnik/przewodnik dla pacjenta, – działania edukacyjne wobec pacjentów, – odszkodowania na rzecz pacjentów, – posiadane certyfikaty, akredytacje, – miejsce w rankingu szpitali 	
Wymiar rozwojowy	Rozwój i adaptacja	<ul style="list-style-type: none"> – poszerzenie wachlarza usług, – nowe technologie medyczne i sprzęt, – wydatki na badania i rozwój 	
	Wsparcie donatorów w instytucji	<ul style="list-style-type: none"> – liczba pozyskanych sponsorów i ofiarodawców, – wolontariusze, – darowizny od osób indywidualnych i organizacji, – pomoc z zagranicy (np. artykuły medyczne, leki) 	

Wymiar behawioralny	Rozwój pracowników	System motywacyjno-edukacyjny pracowników	<ul style="list-style-type: none"> – opracowany system motywacyjny, – dostępność szkoleń i treningów, – stopień zgodności szkoleń i treningów oraz planów (zmian) operacyjnych i strategicznych w szpitalu
		Jakość kadry kierowniczej	<ul style="list-style-type: none"> – ocena zdolności przywódczych, – relacje z podwładnymi, – aspiracje liderów, – wdrożone pomysły zaproponowane przez kadrę
		Satysfakcja z pracy	<ul style="list-style-type: none"> – średnie wynagrodzenie ogółem i w grupach zawodowych, – absencja, – fluktuacja kadr (szczególnie wśród lekarzy), – ocena pracowników

Tabela 4 Przykładowy schemat oceny efektywności szpitala

Wspomniane wyżej kryteria efektywności mają ścisły związek z jakością usług medycznych, w której uczestnikami jest pacjent – pracownik ochrony zdrowia – płatnik

Efektywność w ujęciu jakości usług medycznych i ich oczekiwania



Rycina 5 Efektywność w ujęciu jakości usług medycznych – opracowanie własne

5. Przekrój rynku polskiego w udzielaniu świadczeń usług pielęgniarskich – analiza porównawcza rynku UE.

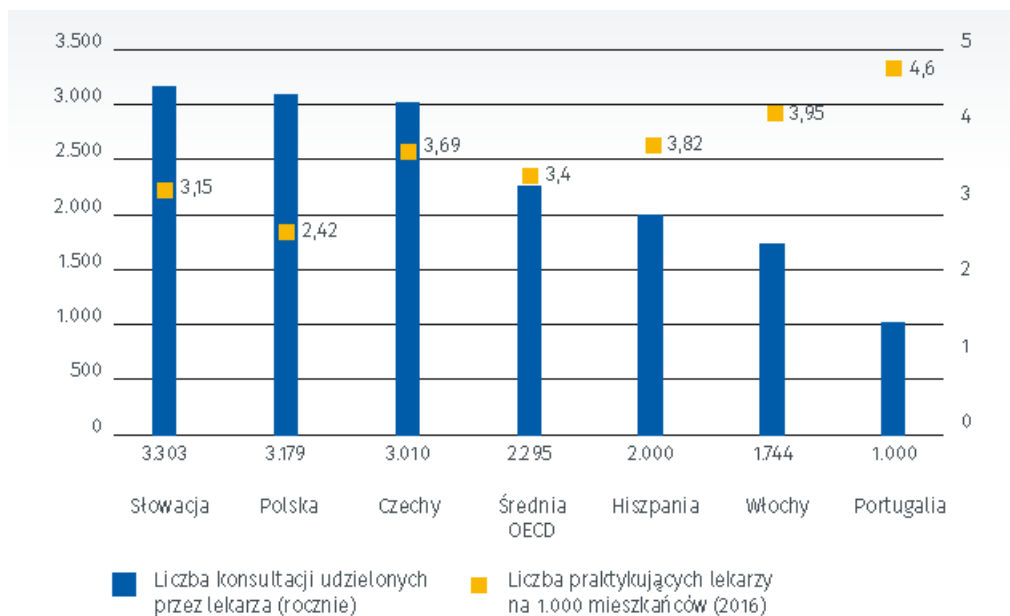
Praca pielęgniarki polega na udzielaniu osobom chorym i potrzebującym, profesjonalnych świadczeń zdrowotnych, w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym, regulowanym ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2011 nr 174 poz. 1039). Zakres zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej można znaleźć w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Aktualnie, jedynym sposobem uzyskania kwalifikacji pielęgniarki jest ukończenie studiów, na kierunku pielęgniarskim w systemie dziennym lub zaocznym. Są to 3-letnie studia licencjackie, nadające tytuł licencjata pielęgniarstwa oraz 2 – letnie studia uzupełniające magisterskie kształcące magistrów pielęgniarstwa. Po ukończeniu studiów i uzyskaniu dyplomu uzyskuje się prawo wykonywania zawodu.

Miejscem pracy pielęgniarki są szpitale, kliniki, przychodnie, poradnie specjalistyczne, ambulatoria, sanatoria i uzdrowiska, szkoły, przedszkola, żłobki, kluby dziecięce, domy dziecka, domy opieki społecznej, zakłady opiekuńczo - lecznicze., opieki paliatywno-hospicyjnej, więzienia, zakłady pracy chronionej i medycyny pracy, osoby prywatne oraz jednostki administracji publicznej, których działania obejmują nadzór nad ochroną zdrowia. Pielęgniarka może być zatrudniona w ramach umowy o pracę lub kontraktu. Mając prawo do samodzielnego wykonywania zawodu i co najmniej 2 lata przepracowane w zawodzie, może prowadzić własną działalność gospodarczą w zakresie usług medyczo - pielęgniarskich, poradnictwa dot. profilaktyki i edukacji medycznej np. w domu pacjenta lub przez internet. Może prowadzić grupową praktykę w formie spółki cywilnej lub partnerskiej, po uzyskaniu zezwolenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

System ochrony zdrowia opiera się w głównej mierze na leczeniu w szpitalach. Efektywność szpitali wiąże się z niedostatecznym wykorzystaniem bazy łóżkowej, co jest spowodowane deficytem kadr medycznych. Zawód lekarza i pielęgniarki są ściśle powiązane. Zadaniem lekarza jest leczenie pacjentów zgodnie z najnowszą wiedzą łącznie ze zdobyczami technologicznymi, która wspiera diagnostykę czy bezinwazyjne metody zabiegów operacyjnych, w tym korzystanie ze sztucznej inteligencji. Zadaniem pielęgniarki jest szeroko pojęta opieka nad pacjentem w każdym etapie leczenia: przed, w trakcie i po zastosowanej terapii w szpitalu. Te dwa zawody tworzą kompleksową opiekę udzielanych usług medycznych i stanowią o jej jakości. Jeden bez drugiego nie może istnieć. Warto przytoczyć dane, które dowodzą o niskim współczynniku ilości lekarzy na 1000 mieszkańców w porównaniu do średniej OECD. W Polsce ten współczynnik wynosi poniżej 2,5 wobec średniej OECD – 3,4. W krajach południowych UE współczynnik jest najwyższy i wynosi 4. Co ciekawe ilość konsultacji medycznych jest porównywalna do konsultacji w innych krajach, pomimo mniejszej ilości lekarzy, co odbywa się kosztem pacjenta – kontakt lekarza z pacjentem jest coraz krótszy. Często podczas dyżuru lekarz nie ma czasu spotkać się z pacjentem, a ilość obchodów lekarskich stopniowo ulega redukcji do 2 lub 3 w tygodniu. Analogicznie zbyt mała liczba pielęgniarek poniżej norm zatrudnienia sprawia, że pielęgniarka koncentruje się tylko na wykonywaniu podstawowych zadań jakimi jest wykonywanie zleceń lekarskich. Kosztem tego jest nie tylko przeciążony personel lekarski, ale niski od oczekiwanego poziom konsultacji, co przekłada się na niższą jakość ochrony zdrowia w Polsce.

Pośpiech, presja czasowa i brak czasu poświęconego pacjentowi przez medyków, niedostateczna ilość specjalistów, nadmiar lekarzy stażystów bez doświadczenia, którzy nieracjonalnie wypisują skierowania na badania i konsultację specjalistyczne z kolei generuje zbędne koszty procedur medycznych w hospitalizacji pacjenta i naraża publiczny szpital na niegospodarność i straty finansowe.

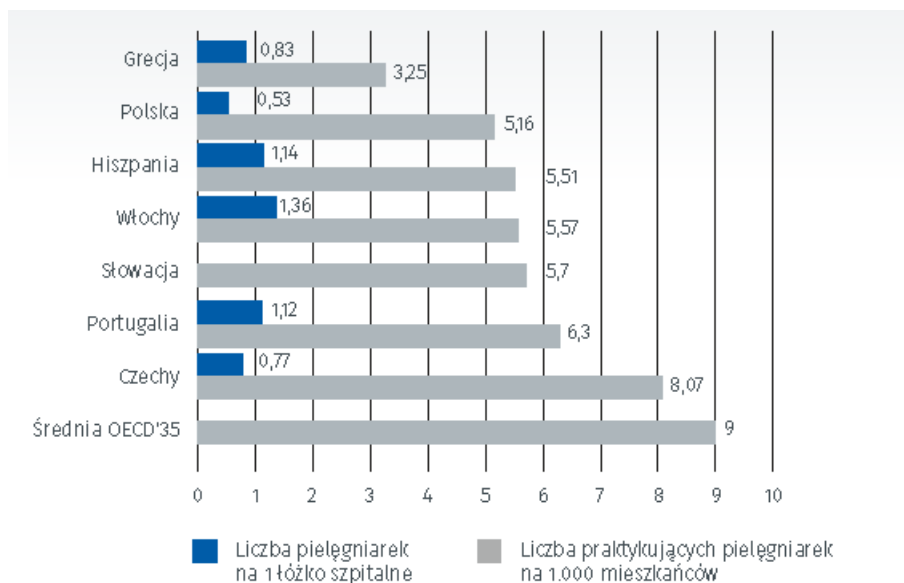
Według poniższych danych wynika, że średnio rocznie lekarz w Polsce udziela 3179 konsultacji, podczas gdy w Hiszpanii 2000 i Włoch 1744. Warto pamiętać, że lekarzy w krajach południowej Europy jest prawie dwukrotnie więcej.



źródło: OECD 2017

Tabela 5 Liczba lekarzy i konsultacji w Polsce i wybranych krajach UE w 2015

W przypadku personelu pielęgniarskiego sytuacja jest jeszcze bardziej dramatyczna, ponieważ w rankingu Polska zajmuje ostatnie miejsce.



źródło: OECD²⁶

Tabela 6 Liczba pielęgniarek w Polsce i w innych krajach UE w 2015 r

Wart uwagi są badania dotyczące zależności wpływu niedoboru kadry medycznej na jakość ochrony zdrowia pacjentów. Wyniki jednoznacznie potwierdziły, że największe braki występują wśród personelu pielęgniarskiego.

Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma niedobór lekarzy?
Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży	✓		✓	
Średni				✓
Mały		✓		
Żaden				

*Zob. Health at Glance 2017, OECD s. 159.

Tabela 7 Niedobór lekarzy a ogólna kondycja ochrony zdrowia Zob. Health at Glance 2017, OECD, s. 159.

Jaki wpływ na ogólną kondycję służby zdrowia w moim kraju ma niedobór pielęgniarek?
Odpowiedzi Ekspertów

Ocena \ Kraj	Włochy	Portugalia	Polska	Grecja
Duży	✓	✓	✓	✓
Średni		✓		
Mały				
Żaden				

Tabela 8 Niedobór pielęgniarek a ogólna kondycja ochrony zdrowia w 2017 r.

Niedoszacowanie finansowe kadr medycznych ma związek z brakiem deficytu, co z kolei przekłada się na zapewnienie odpowiedniej jakości ochrony zdrowia jest określony jako duży.

W przypadku lekarzy wynagrodzenie w Polsce stanowi zaledwie 1,5 krotności średniej krajowej w sferze budżetowej w porównaniu do 2,5 krotności w innych krajach UE.

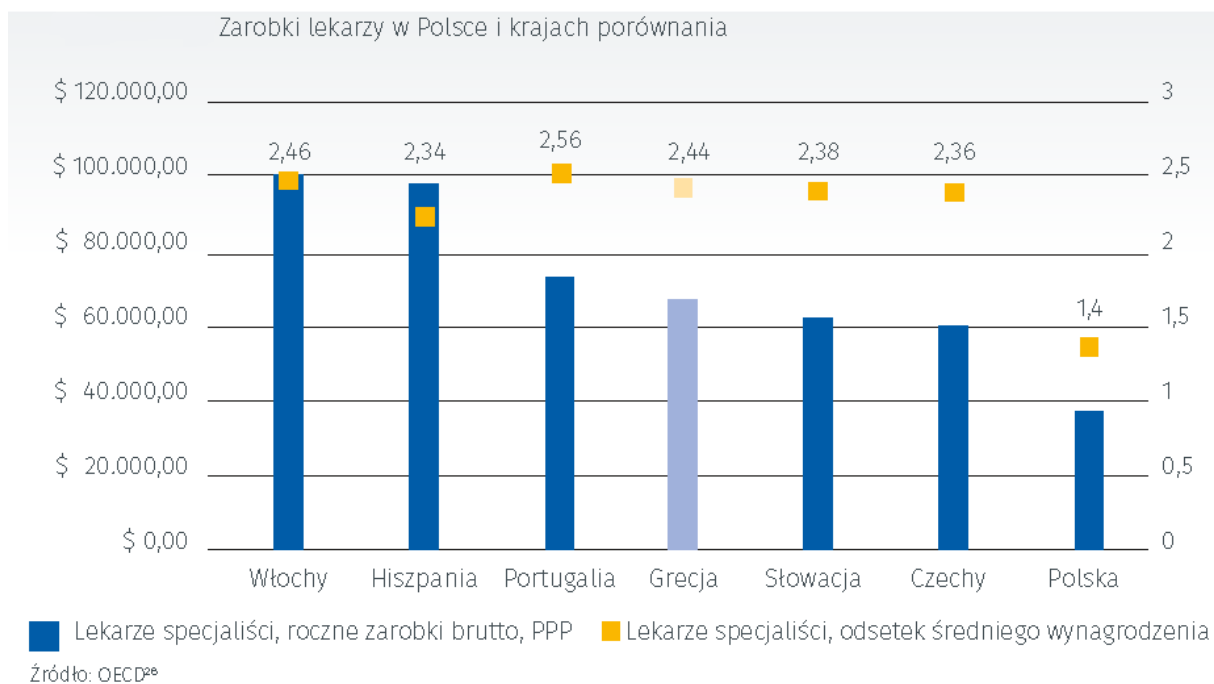
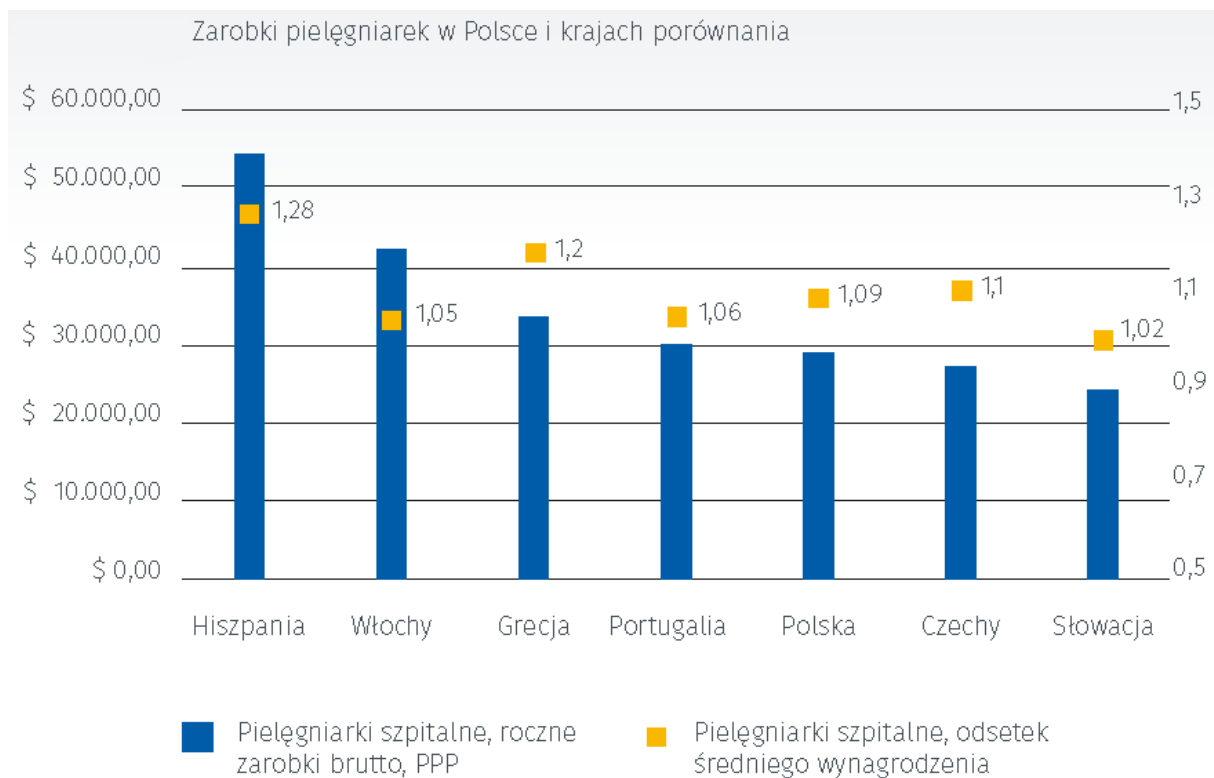


Tabela 9 Zarobki lekarzy w Polsce i innych krajach UE w 2016 r. (dane wg GUS)

Porównując zarobki pielęgniarek polskich z innymi krajami podobnie współczynnik jest na bardzo niskim poziomie.



Źródło: OECD 2017

Tabela 10 Zarobki pielęgniarek w Polsce i innych krajach UE w 2016 r. (dane wg GUS)

Dążenie do uzyskania wyższych wynagrodzeń oraz lepszych warunków pracy wg badaczy z WHO jest główną motywacją migracji personelu medycznego. Oczywistym faktem jest dbanie o utrzymanie personelu w kraju, w którym został zdobyty dyplom lekarza czy pielęgniarki.

W związku z tym, że kształcenie w większości przypadków jest bezpłatna w Polsce jest to niepowetowana strata dla społeczeństwa, jeśli z powodów ekonomicznych personel medyczny jest zmuszony migrować zarobkowo.

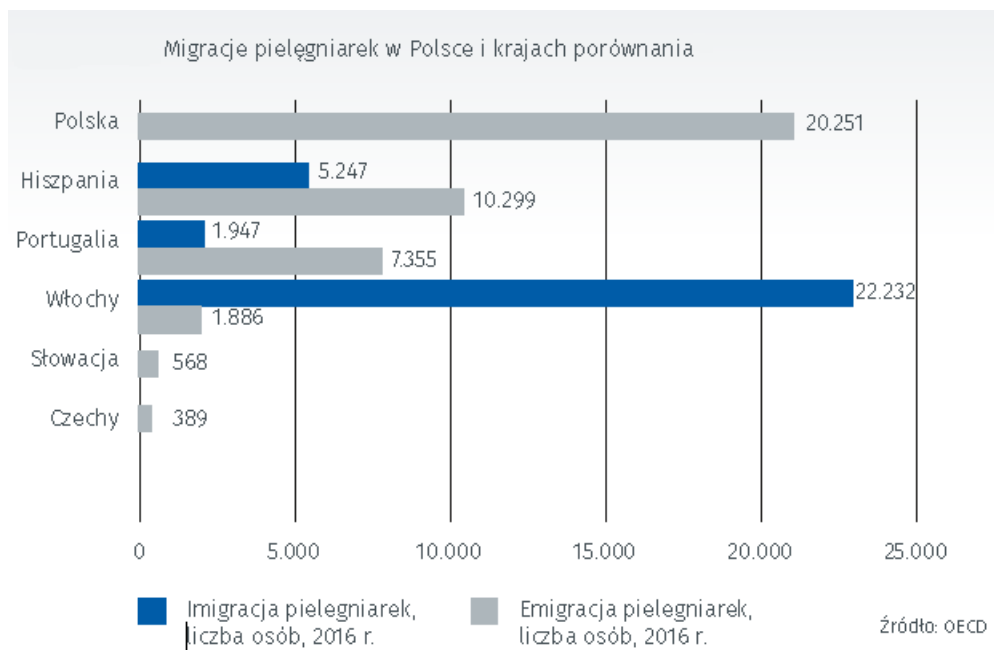


Tabela 11 Czynniki wpływające na jakość ochrony zdrowia.

W wyniku starzejącego się społeczeństwa wymagania dotyczące odpowiednio wykwalifikowanej kadry medycznej oraz jej dostępności stanowi czy system ochrony zdrowia będzie wydolny. Zapewnienie konkurencyjnych warunków pracy i wynagrodzenia dla medyków powinny być priorytetowe. Wymaga to gruntowanego przemodelowania finansowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce. Faktem jest, że zatrudnienie personelu medycznego przekłada się na kondycję finansową szpitali. Im mniej specjalistów jest na rynku, tym silniejszą mają pozycję przy negocjowaniu wynagrodzeń. Z kolei dla dyrektorów placówek narzędziem walki o lekarzy, zwłaszcza tych z deficytowymi specjalizacjami, są wyższe pensje.

Liczba absolwentów studiów pielęgniarskich w Polsce jest wciąż niewystarczająca, Polska spośród krajów UE znajduje się na szarym końcu. Problem braku pielęgniarek w Polsce, ale też w większości krajów trudno będzie rozwiązać poprzez dopływ do zawodu nowych absolwentów studiów pielęgniarskich z powodu braku zainteresowania na ten kierunek studiów. Pod względem liczby absolwentów studiów pielęgniarskich w przeliczeniu na 100.000 mieszkańców Polska znajduje się na końcu stawki. Dla większości krajów uzyskany wynik jest niższy ponad dwukrotnie od przeciętnej wartości OECD (wynosi 46 absolwentów na 100 tys mieszkańców).

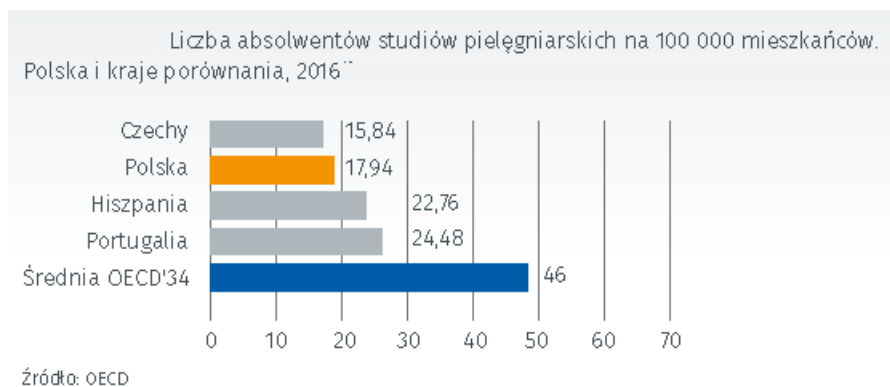
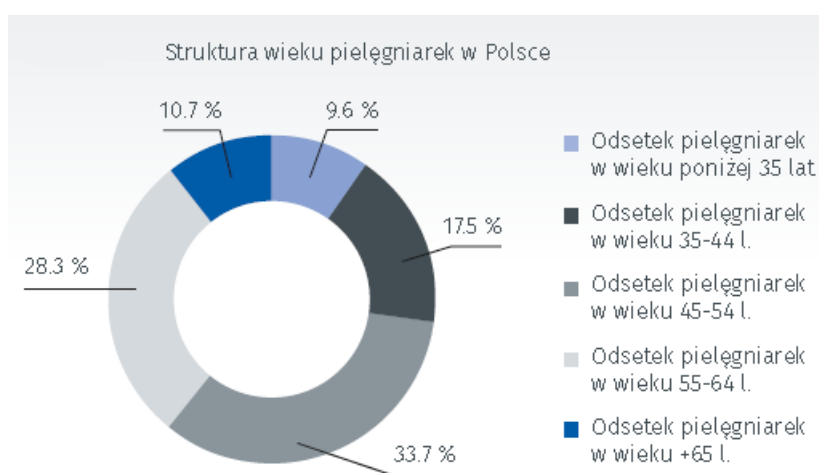


Tabela 12 Liczba absolwentów studiów pielęgniarских w przeliczeniu na 100 tys mieszkańców w 2016 r.

Z danych Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia wynika, że w 2017 r. pielęgniarki, które mogły przejść na emeryturę, stanowiły 10,7 proc. ogółu , uprawnionych do wykonywania zawodu. Razem z osobami, które uzyskają uprawnienia emerytalne w najbliższym czasie (grupa wiekowa 55-64 l.) daje to w sumie ponad 39 proc. pielęgniarek – tyle pielęgniarek może odejść z zawodu w najbliższych latach.



Rycina 6 Struktura wieku pielęgniarek w Polsce w 2017 r.

Pielęgniarki poniżej 35 roku życia stanowiły zaledwie 10% uprawnionych do wykonywania zawodu. W ostatnich latach w Polsce liczba absolwentek kierunków pielęgniarских spadła o niemal 30 proc.

Niedobór pielęgniarek będzie się więc pogłębiał, a negatywne konsekwencje tego zjawiska będą coraz bardziej widoczne i odczuwalne w związku z procesem starzenia się całego społeczeństwa. Według szacunków Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Polsce w 2033 r. będzie brakowało 169 tys. pielęgniarek.

W I połowie 2018 r. pielęgniarki uzyskały gwarancje, że 1,1 tys. zł dotychczasowych podwyżek, które do tej pory otrzymywały w formie dodatków, zostanie włączone do wynagrodzenia zasadniczego. W porozumieniu z pielęgniarkami znalazł się również zapis o zwiększeniu norm zatrudnienia pielęgniarek.

Wskutek działań rządu w sprawie podwyżek płac pielęgniarek w lipcu 2018 r. Związek Powiatów Polskich oraz Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych zdecydowały się przeprowadzić badanie ankietowe wśród powiatowych podmiotów leczniczych. Celem badania było zebranie informacji dotyczącej kondycji finansowej oraz perspektyw funkcjonowania w kontekście planowanych zmian legislacyjnych dotyczących podwyżek pielęgniarek. W ankiecie wzięły udział 93 podmioty lecznicze. Badania były w odpowiedzi na ustalenie nowych norm zatrudnienia oraz podwyżek personelu pielęgniarskiego. Co ciekawe w/w badanie ankietowe pominęły całkowicie wynagrodzenia personelu lekarskiego, które stanowią dużo wyższe obciążenie od pielęgniarskiego.

Dane te należy zderzyć z danymi przedstawionymi przez Ministerstwo Zdrowia w dokumencie „Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Ocena skutków zmian do wykazu świadczeń gwarantowanych, wrzesień 2017 r.”

Wykaz użytych skrótów:

- leczenie szpitalne (SZP),
- rehabilitacja lecznicza (REH),
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (OPU),
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (OPD),
- opieka paliatywna i hospicyjna (OPH).

Zgodnie z danymi przedstawionymi w dokumencie Ministerstwa Zdrowia bilans personelu pielęgniarsko-położniczego w sytuacji wprowadzenia wnioskowanych norm zatrudnienia przedstawia się jak w poniżej zamieszczonej tabeli.

Zakres	Aktualnie wykazany personel w NFZ	Liczba etatów wymaganych po wprowadzeniu norm	Bilans personelu
SZP	113 793	93 691,24	20 101,76
OPH	1 411	1 843	- 432
OPD	4 045	6 357	- 2 312
REH	7 384	10 689,8	- 3 305,8
OPU	8 000	12 973,1	- 4 973,1
Łącznie	134 633	125 554,14	9 078,86

Tabela 13 Odzwierciedlenie zwiększenia norm zatrudnienia pielęgniarek - szacunki

Bilans wnioskowanych norm zatrudnienia na poszczególne województwa:

Województwo	SZP	OPH	OPD	REH	OPU	Łącznie
dołnośląskie	566,99	b.d.	b.d.	-609,4	-688,9	b.d.
kujawsko-pomorskie	493,67	-37	-162	-112,3	-187,3	-4,93
lubelskie	1312,93	-3	-108	59,7	-238,9	1022,73
lubuskie	151,21	-13	-34,5	-74,4	-425,6	-396,29
łódzkie	939,57	b.d.	-9	-102,3	-234,4	593,87
małopolskie	1761,3	-27	-46	-391,3	-258,8	1038,2
mazowieckie	6894,29	-110	-588,5	-247,8	-498,2	5449,79
opolskie	-175,83	-8	-175,5	-117,1	-208	-684,43
podkarpackie	921,97	-23	b.d.	-74	-248	b.d.

Tabela 14 Bilans wnioskowanych norm zatrudnienia na poszczególne województwa

W raporcie przyjęto do kalkulacji średnie ważone wynagrodzenie brutto pielęgniarki/położnej bez specjalizacji, oszacowane w wyniku przeprowadzonego przez Departament Dialogu Społecznego badania ankietowego dotyczącego wysokości wynagrodzeń pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych (stan na marzec 2016 r.), wyniosło 3 647 zł.

Zakres	Brak kadry	Roczny wpływ na budżet podmiotów (zł)
OPH	432	18 906 048
OPD	2 312	101 182 368
REH	3 305,8	144 675 031
OPU	4 973,1	217 642 748
Łącznie	11 022,9	482 406 196

Tabela 15 Szacunkowy deficyt kadry pielęg. wobec zwiększenia norm zatrudnienia

Jak wynika z powyższego braki kadrowe personelu pielęgniarskiego są ogromne. Problem w tym, że koszty podwyżek zostały przerzucone na podmioty medyczne bez odpowiedniego zabezpieczenia przez organy założycielskie. Szpitale, którym zabraknie środków na pensje i podwyżki mogą zwrócić się z prośbą o pieniądze na ten cel do organu założycielskiego, zaciągnąć kredyt albo wziąć pożyczkę w banku lub instytucji finansowej.

Dość przewrotną argumentację znajdujemy w raporcie pt. „Finansowanie ochrony zdrowia a jakość systemu dla pacjentów”, w którym czytamy, że wskutek podwyżek wynagrodzeń medyków będzie mniej pieniędzy na leczenie pacjentów. Jednakże warto podkreślić, że problem w polskiej ochronie zdrowia tkwi w braku elementarnej wizji o troskę polskiego obywatela- pacjenta, a co za tym idzie braku spójności programowych, które mają aktualnie jedynie charakter doraźny i często jednorazowy. Trudno osiągnąć sukces w polskim systemie ochrony zdrowia jeśli 3 podsystemy: płatnik, podmiot leczniczy i pacjent są na różnych biegunach i realizują swoje partykularne interesy i cele. Brak współdziałania pomiędzy podsystemami powoduje tworzenie obaw dyrekcji podmiotów leczniczych, że będą zmuszeni udźwignąć finansowanie podwyżek medyków. Zapewnienie norm zatrudnienia medyków powinno być priorytetem każdego podmiotu leczniczego, ponieważ od niego zależy właściwy poziom jakości świadczenia usług medycznych pacjentom..

Wg analizy raportu Polska zestawiona z krajami Europy południowej ma podobne zagrożenia w najbliższych 5 latach. Braki kadrowe i niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia w każdym z tych krajów jest wspólną bolączką. Stąd zachodzi konieczność stworzenia takiej polityki, aby wykształcona kadra medyczna miała zapewnione godziwe warunki w swoim kraju, rozpatrując sytuację rynków pracy innych krajów UE.

Poniżej dane przedstawione w ujęciu tabelarycznym:

POLSKA	
Kategoria	Wynik
PKB na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	29 tys.
Główne źródło finansowania opieki zdrowotnej OZ (wysokość stawki ubezpieczenia)	ubezpieczenia zdrowotne (9%)
Pozycja w EHCI 2018 (na 35 państw)	32
Zadłużenie SPZOZ (2017 r.)	11,75 mld zł. (ok. 2,7 mld €)
Nakłady na zdrowie w przeliczeniu na mieszkańca per capita (2017 r., \$, PPP)	1.955
Odsetek PKB przeznaczony za zdrowie (2017 r.)	6,7%
Udział nakładów prywatnych na zdrowie jako odsetek PKB (2017 r.)	2,1%
Przewidywana długość życia (2016 r.)	78 lat
Liczba lekarzy na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	2,42
Liczba pielęgniarek na 1.000 mieszkańców (2016 r.)	5,16
Roczne zarobki lekarzy (2016 r., \$, brutto, PPP)	37.421
Roczne zarobki pielęgniarek (2016 r., \$, brutto, PPP)	29.323
Odsetek lekarzy w wieku 55+ (2017 r.)	43,9%
Odsetek ludzi osób w wieku 65+ teraz obecnie i w 2060 r.	172 / 34,1%
Cecha charakterystyczna kraju (2016 r.)	28 szpitali na 1 mln mieszkańców. Najwięcej wśród krajów porównania

Największe zagrożenia dla funkcjonowania służby zdrowia w krajach porównania w perspektywie 5 lat

WŁOCHY	Brak zrozumienia przez polityków, że ochrona zdrowia może być dźwignią rozwoju kraju
	Niestabilność finansowa kraju i niedofinansowanie systemu
	Braki kadry medycznej
	Starzenie się społeczeństwa
	Zróżnicowanie geograficzne kraju w jakości opieki zdrowotnej
PORTUGALIA	Niedofinansowanie systemu
	Starzenie się społeczeństwa
	Upolitycznienie systemu ochrony zdrowia
	Wzrastające koszty aparatury medycznej
POLSKA	Brak spójnej i długofalowej polityki zdrowotnej
	Niedobór kadry medycznej
	Brak kompetencji menedżerskich wśród kadry zarządzającej
	Niedofinansowanie systemu
	Ograniczony dostęp do nowoczesnych terapii i leków
	Zbyt mała skala działań profilaktycznych
	Brak zgody ze strony społeczeństwa na pobieranie większych składek zdrowotnych
	Myślenie o ochronie zdrowia w kategoriach kosztów, a nie inwestycji

Tabela 16 Punkty krytyczne publicznej ochr. Zdrowia w Polsce i wybranych krajach UE

Biorąc pod uwagę nakłady publiczne polski system ochrony zdrowia wydaje najmniej - zaledwie 4,6 proc. PKB (stan z 2017 r.). Nasz kraj również w tej kategorii został zdystansowany przez Włochy, Hiszpanię i Portugalię, przeznaczające z budżetu na ochronę zdrowia co najmniej 6 proc. PKB. Zestawienie nakładów publicznych pokazuje, że tracimy dystans również do naszych sąsiadów. Czechy i Słowacja wyprzedzają nas już o ponad 1 pkt. proc.

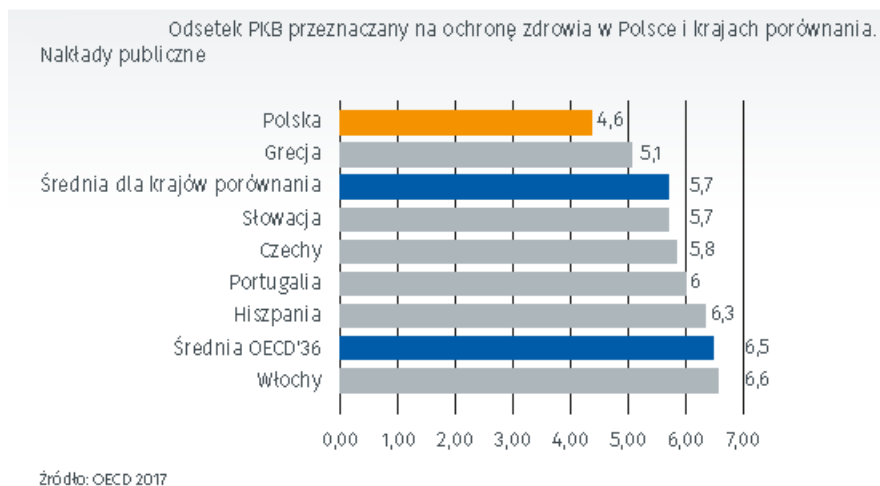


Tabela 17 Odsetek PKB przeznaczony na ochronę zdrowia w Polsce vs inne kraje UE w 2017

Komitet do spraw Ochrony Zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich udostępniło ministerialny dokument o wydatkach na ochronę zdrowia w 2022 roku, z którego wynika, że w 2022 r. na finansowanie ochrony zdrowia zaplanowano 133,6 mld zł, to jest **5,75 proc. PKB**. Głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w NFZ. Obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową stanowiącą 9% dochodów osobistych (7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, zaś 1,25% pokrywa ubezpieczony), która odprowadzana jest do instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ).

6. Kontrakty usług pielęgniarskich w Polsce a koszty zatrudnienia w szpitalach – analiza porównawcza do kadr lekarskich

Brak wystarczających badań uniemożliwia podanie dokładnych danych. W związku z wejściem w życie nowej siatki płac od 1 lipca 2022 oraz deficytu kadr pielęgniarskich outsourcing powinien być coraz bardziej popularną formą zatrudnienia w publicznej ochronie zdrowia. Ta forma outsourcingu jest od wielu lat praktykowana z powodzeniem przez lekarzy.

Decydujący wpływ na to może mieć postępująca inflacja, której nie przewidziano w konstruowaniu progresywnego systemu podatkowego z jego progami.

Pomimo wzrostu kwoty pierwszego progu podatkowego do 120 000 zł w przypadku łączenia etatu z dodatkową pracą, co deklaruje 50% pielęgniarek przekroczą one ten próg, co wiąże się ze znacznym obciążeniem podatkowym w wysokości 32% od nadwyżki dochodu. Może mieć to decydujący wpływ na założenie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej i przejście z umowy o pracę na umowy cywilnoprawne – kontrakty.

Rozpatrując skalę outsourcingu kadr medycznych należy odwołać się do raportu z 2015 r. Najwyższej Izby Kontroli, która sprawdziła umowy pracowników w 22 szpitalach. Wyniki kontroli NIK wskazują, że koszty zatrudnienia personelu stanowią dominującą część wydatków szpitali ogółem: w skontrolowanych placówkach wyniosły one od ok. 47 proc. do ponad 85 proc. Z kolei koszty zatrudnienia personelu medycznego to od 80 proc. do 90 proc. wszystkich wynagrodzeń. Większość kontrolowanych szpitali (16 spośród 22) uzyskała w całym badanym okresie ujemny wynik finansowy, a mimo to nadal przeznaczala na wynagrodzenia personelu kwoty przekraczające ich możliwości finansowe. Do czasu zakończenia kontroli w kontrolowanych szpitalach **dwie trzecie lekarzy** wykonywało prace na podstawie umów cywilnoprawnych. Ich liczba wzrosła w latach 2011-2014 (I półrocze) o blisko 15 proc. Kontrola NIK wykazała jednak, że forma zatrudnienia personelu nie przesądza o wyniku finansowym placówki. Personel medyczny na kontraktach pracował zarówno w tych placówkach, które osiągnęły zysk, jak i tych, które wykazały stratę. Sytuację finansową jednego ze szpitali, w którym kontraktów nie stosowano w ogóle, udało się poprawić dzięki konsekwentnym działaniom restrukturyzacyjnym. Możliwość zawierania kontraktów lekarskich pozwoliła jednak na bardziej elastyczną organizację pracy i „rozwiązanie”, co ważne - dzięki omijaniu norm prawa pracy - coraz bardziej uciążliwego problemu niedoboru lekarzy. Dla lekarzy z kolei była to możliwość uzyskania wyższych dochodów i poprawę sytuacji finansowej. Wysokość wynagrodzenia w ramach umów kontraktowych określano według stawki za godzinę pracy, prowizji od zrealizowanych świadczeń zapłaconych przez NFZ lub kombinacji tych dwóch elementów. Do określenia stawki godzinowej przyjmowano zwykle wynagrodzenie na porównywalnym stanowisku w ramach umowy o pracę, powiększone o koszty pracodawcy, z uwzględnieniem rekompensat za urlop wypoczynkowy i szkoleniowy. Stawka godzinowa lekarzy zatrudnionych na kontraktach mieściła się w granicach od 55 do 110 zł/godz. (w 2015 r.) Średnia wysokość stawek lekarzy kontraktowych za godzinę pracy

podstawowej i dyżury na oddziałach wynosiła od 37 do 140 zł/godz., a wysokość stawek za dyżury pod telefonem od 13 do 25 zł/godz.

Najwyższe stwierdzone podczas kontroli stawki dotyczyły kardiologii inwazyjnej: w jednym ze skontrolowanych szpitali wynosiły one 90 zł/godz. za gotowość do pracy w dni robocze oraz 120 zł/godz. w dni wolne od pracy.

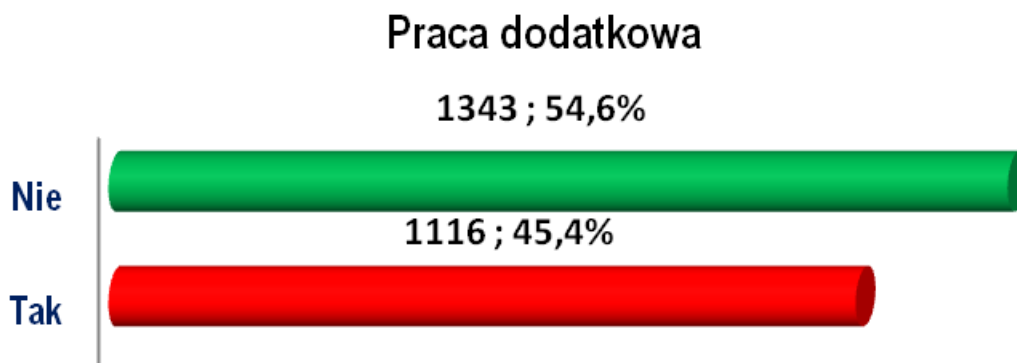
Zdarzało się, że niedobór wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego wymuszał na kierownictwie szpitali wypłacanie - oprócz stawek godzinowych - wysokich kwot w formie procentowej prowizji za wykonane świadczenia. Wysokość prowizji dla lekarzy zależała od wyceny procedury przez NFZ oraz podaży specjalistów w danej dziedzinie. Prowizje wypłacano indywidualnie poszczególnym specjalistom (w skontrolowanych szpitalach otrzymywali je np. wszyscy lekarze wykonujący zabiegi z zakresu kardiologii interwencyjnej), bądź całej kadrze lekarskiej wybranych oddziałów. Była to w praktyce swoista prywatyzacja kontraktów z NFZ, ponieważ niezależnie od kosztów poniesionych na realizację usług i zabiegów medycznych, szpital przekazywał lekarzom kontraktowym ustaloną w umowie prowizję. W takich przypadkach wykonywanie nawet wysoko wycenionych procedur nie gwarantowało osiągnięcia zysku, który kompensowałby straty ponoszone na świadczeniach nisko wycenionych.

Kontrakty pielęgniarskie na razie są raczej rzadkością. W skontrolowanych szpitalach wg raportu NIK jedynie **4,5 proc.** pielęgniarek wykonywało pracę na podstawie umów cywilnoprawnych. Płace pielęgniarek stanowiły średnio 40,2 proc. ogólnych kosztów wynagrodzeń personelu medycznego, z czego tylko 5,2 proc. to koszty wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w ramach kontraktów. Kontrakty z częścią pielęgniarek, głównie anestezyjologicznymi oraz zatrudnionymi na bloku operacyjnym, zawierano w ośmiu z 22 skontrolowanych szpitali.

NIK zwracał uwagę, na narastający problem tworzącej się luki pokoleniowej wśród personelu medycznego. Ponad 59 proc. pielęgniarek i 55 proc. lekarzy stanowiły osoby w wieku powyżej 45 roku życia (w 2015 r.) W niektórych specjalnościach luka pokoleniowa jest tak duża, że istnieje coraz bardziej realne ryzyko braku ciągłości udzielania świadczeń. Z ustaleń kontroli wynika, że część szpitali ma już tak duże trudności z pozyskaniem lekarzy specjalistów, że trzy z nich zmuszone były zaprzestać wykonywania niektórych świadczeń zdrowotnych z powodu braku wykwalifikowanej kadry.

W 2021 r. Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe za pomocą kwestionariusza ankiety przeprowadziło internetowe, ogólnopolskie badanie sondażowe w kwestii zarobków pielęgniarek i położnych. Na pytania ankietowe odpowiedziało 2459 osób (2334 kobiety i 195 mężczyzn) wykonujących zawód pielęgniarki/rza (2259/ 91,9%) oraz 209 położnych.

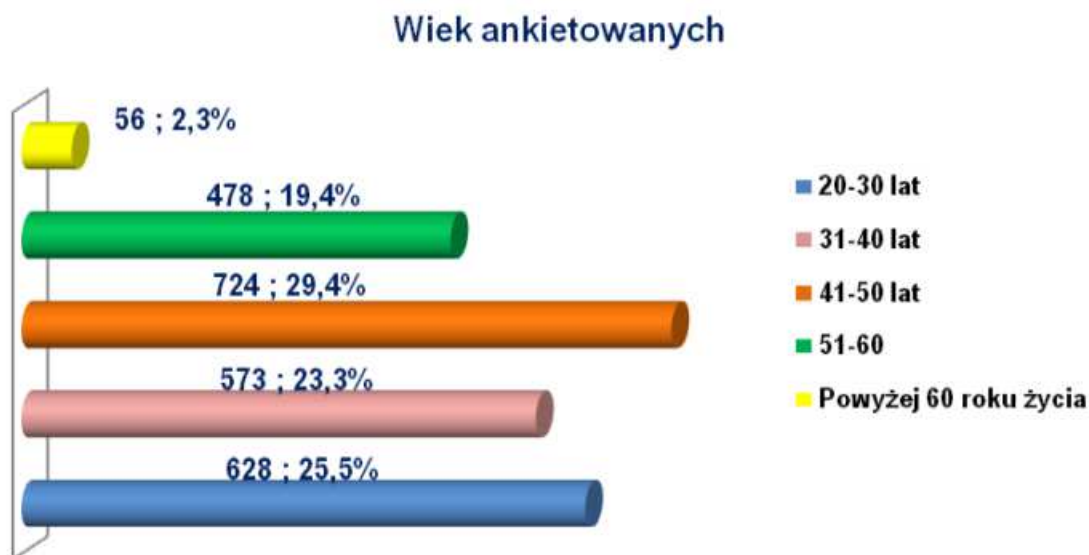
Wg ankiety pracę dodatkową deklaruje 45,4% respondentów.



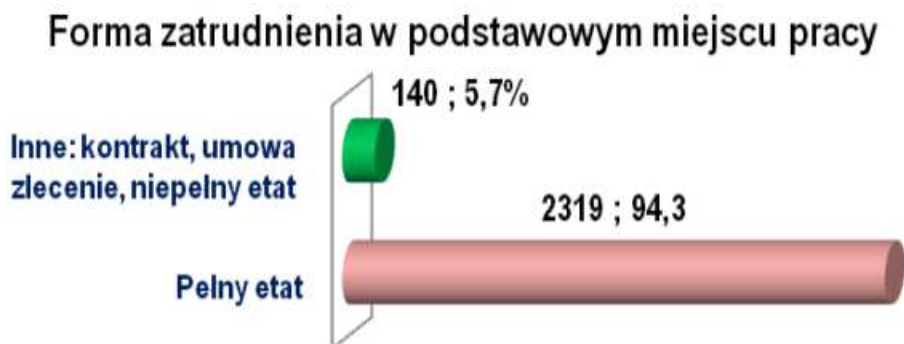
Rycina 7 Deklaracja pielęgniarek podjęcia dodatkowej pracy

Wg ankiety z 2021 r. odsetek pielęgniarek pracujących na kontrakcie lub innej formie zatrudnienia na podstawie umowy cywilnoprawnej jest stosunkowo niski i wynosi 5,7%, chociaż porównując go do raportu NIK z 2015 r. 5,2% nieznacznie wzrósł.

Grupy wiekowe uczestniczących w ankiecie: 628 osób (25,5%) 20- 30 – latków, 31-40 lat – 573 (23,3%) osoby, 41-50 lat – 724 (29,4%), 51-60 lat – 478 (19,4%) pielęgniarek. Niewielki odsetek stanowili respondenci w wieku powyżej 60 roku życia – 56 (2,3%).



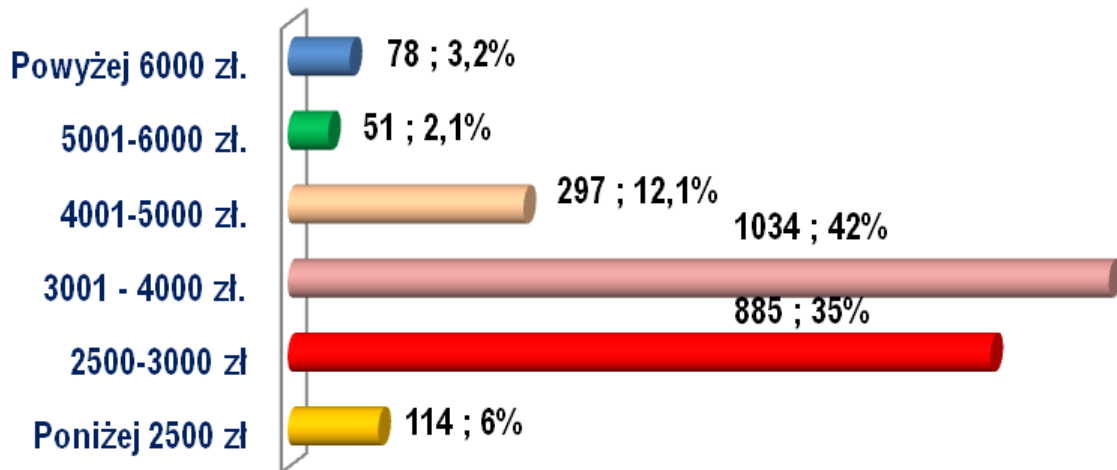
Rycina 8 Wiek ankietowanych pielęgniarek i położnych



Rycina 9 Forma zatrudnienia pielęgniarek na umowę o pracę bądź kontrakt

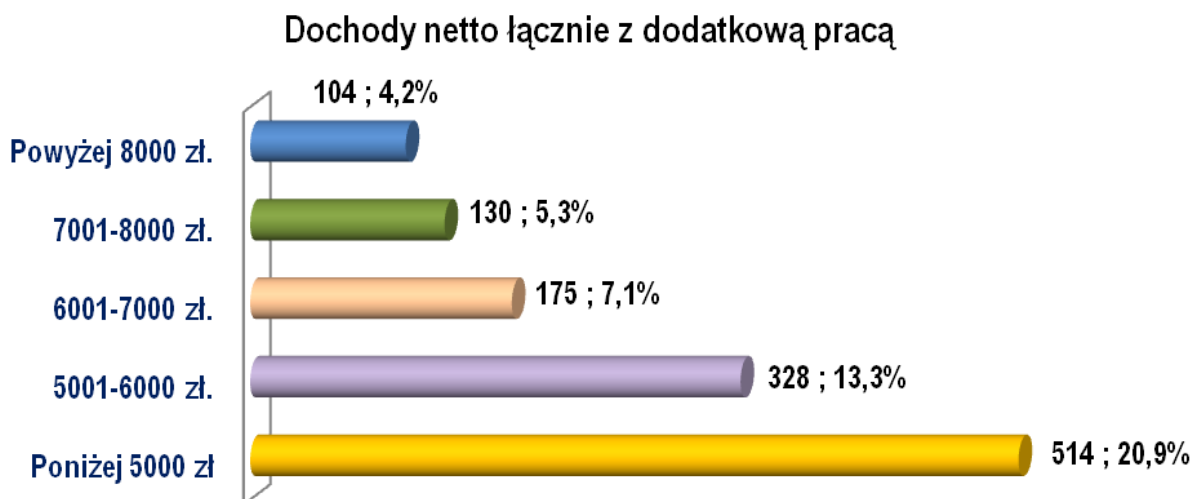
Na pytanie o dochody netto, czyli po odliczeniu podatków, 1034 osób – 42% respondentów przyznało, iż ich pobory z podstawowego miejsca pracy [umowa o pracę] oscylują między 3001 a 4500 zł. 885 (35%) osób zarabia 2500 -3000 zł. , 297 między 4001-5000 zł, 5001-6000 zł. 51 osób. Na przelew powyżej 6000 zł. miesięcznie może liczyć tylko 78 osób. Niestety są także pielęgniarki otrzymujące wynagrodzenie poniżej 2500 zł. (114/4,6%).

Dochody netto z podstawowego miejsca pracy



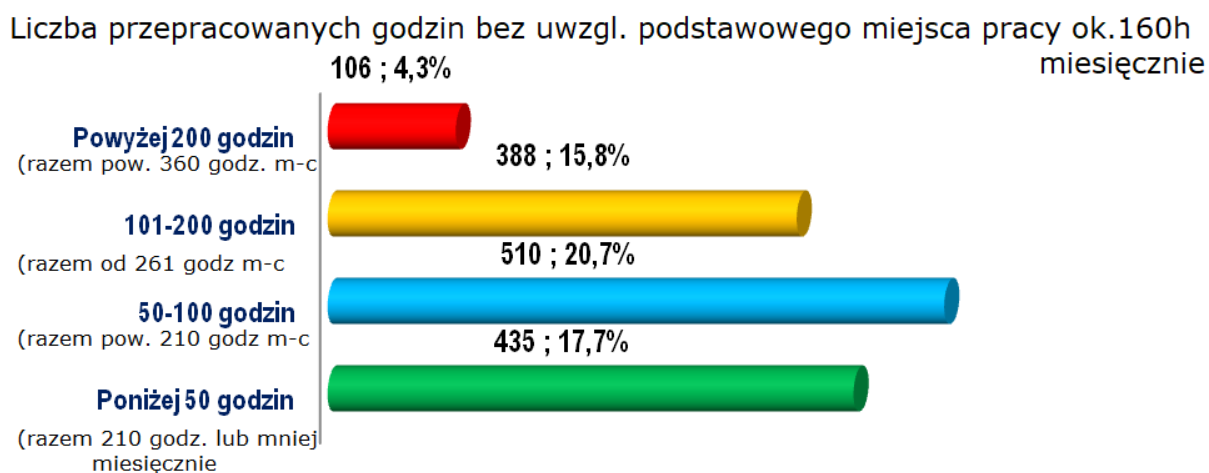
Rycina 10 Dochody netto z podstawowego miejsca pracy na umowę o pracę

Co ciekawe połączenie podstawowego miejsca pracy [umowy o pracę] z dodatkową przynosi niewielkie dochody razem. Mimo wypracowywania dużej liczby godzin, spora grupa pielęgniarek i położnych zarabia łącznie z dodatkowymi dochodami **poniżej 5000 zł miesięcznie**. (514/20,9%). U 328 (13,3%) pielęgniarek suma poborów nie przekracza 6000 zł. 175 ankietowanych przyznało, że po wypracowaniu dodatkowych godzin wraz z dochodami z podstawowego zatrudnienia otrzymuje wypłatę w wysokości między 6001-7000 zł., zaś 130 (5,3%) respondentów do 8000 zł. Powyżej 8000 zł. przepracowując największą liczbę godzin w miesiącu zarabia 104 (4,2%) osoby.



Rycina 11 Dochody pielęgniarek liczone łącznie (umowa o pracę + druga itd. praca na umowie cywilnoprawnej)

Wart uwagi jest wynik potencjału kadr pielęgniarskich – jego wydolności w gotowości do przepracowania godzin w ujęciu miesięcznym. Spośród osób ankietowanych, które przyznały, iż pracują dodatkowo największa grupa (510 osób, 20,7%) osób, pracuje pomiędzy 50 a 100 godzin **powyżej etatu**, czyli 210-260 godzin miesięcznie. 435 osób – 17,7 % poświęca na dodatkową pracę ok. 50 godzin w miesiącu, co daje ponad 200 godzin pracy w skali miesiąca, 388 osób (15,8%) wypracowuje ponad etat między 101 a 200 godzin, czyli 261-360 godzin miesięcznie. Zaś 106 osób przyznało, że dodatkowo pracuje powyżej 200 godzin dodatkowo, łącznie z podstawowym miejscem pracy to miesięcznie ponad 360 godzin.



Rycina 12 Praktyczne przepracowanie ilości godzin łącznie z etatem pielęgniarek

7. Analiza ekonomiczna na podstawie planowanej nowej siatki płac personelu medycznego

Na skutek planowanych historycznych gwarantowanych minimalnych podwyżek wynagrodzeń personelu medycznego poniżej przedstawiono skutki finansowe, w zakresie całkowitego wynagrodzenia z pochodnymi, dla pielęgniarek i położnych z grupy drugiej siatki płac. Oparto się w kalkulacji na siatce płac uchwalonej przez Sejm w dniu 26 maja 2022 roku. Warto przypomnieć, że Senat RP na posiedzeniu w dniu 9 czerwca 2022 roku wprowadził poprawki do siatki płac, dokonując zmian w zakresie współczynników pracy, przypisanym poszczególnym grupom zawodowym. Poniżej przedstawiono zakres wzrostu wynagrodzeń całkowitych pielęgniarek z grupy II tj. pielęgniarki posiadającej tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz specjalizację.

Wzrost pensji jest oparty na współczynnikach pracy, przypisanych tej grupie, w ustawie z dnia 26 maja 2022 roku. Współczynnik pracy przypisany tej grupie, przez poprawkę senatorów podnoszącej do wysokości – 1,54 – nie uzyska wg opinii rządu poparcia Sejmu. Planowane zatwierdzenie nowej siatki płac, która ma wejść w życie od 1 lipca 2022 r. będzie na najbliższym posiedzeniu Sejmu w dniach 22-23 czerwca. Wobec powyższego do analizy przyjęto współczynnik pracy w wysokości – 1,29 – który został uchwalony ustawą Sejmu z dnia 26 maja 2022 roku.

Obecny współczynnik pracy (do 30 czerwca 2022) przypisany tej grupie pielęgniarek i położnych (dotychczasowa grupa 7 w tabeli zaszeregowania) – wynosi 1,06. Przy starej kwocie bazowej – 5 167,47 – najniższe wynagrodzenie zasadnicze nie mogło być niższe niż 5 478 PLN.

Zgodnie z ustawą Sejmu z maja 2022 roku, od dnia 1 lipca 2022 roku, współczynnik pracy przypisany tej grupie wyniesie – 1,29 Wobec powyższego ta grupa pielęgniarek i położnych nie będzie mogła mieć niższego wynagrodzenia zasadniczego od kwoty – 7 304,66 PLN. Wzrost najniższego wynagrodzenia zasadniczego w grupie II pielęgniarek i położnych – magister pielęgniarstwa lub położnictwa z tytułem specjalisty – od 1 lipca 2022 roku – ma wzrosnąć o 1 827,15 PLN.

Wzrost płacy zasadniczej ma wpływ także na wzrost pochodnych. Dodatek za pracę w porze nocnej wynosi 65% stawki godzinowej. Przyjmując, że pielęgniarka lub położna ma 7 dyżurów 12 godzinnych od 19 do 7 rano, to za 56 godzin pracy w godzinach nocnych otrzyma po podwyżce płacy zasadniczej, o 415 PLN więcej dodatku za pracę w porze nocnej. Dodatek za pracę w niedziele i święta wynosi 45% stawki godzinowej. Przy założeniu, że pielęgniarka lub położna przepracuje takie dwa dni dyżury w miesiącu to dodatek zostanie jej wypłacony za 24 godziny. Wobec powyższego wzrost ten wyniesie 123 PLN. Dodatek za wysługę lat maksymalnie może wynieść 20%. W związku z podniesieniem pensji zasadniczej o 1 827 PLN, powyższy dodatek wzrośnie o 365 PLN

Podsumowując wynagrodzenie miesięczne pielęgniarki lub położnej z II grupy siatki płac – przy założeniu 7 dyżurów w porze pomiędzy 19 a 7 oraz 2 dyżurów w niedziele i święta, a także mającej prawo do 20% dodatku za staż pracy – **wzrośnie łącznie o 2 730 PLN**. Należy pamiętać, że wzrost wynagrodzenia zasadniczego ma wpływ na wysokość nagród jubileuszowych oraz odpraw emerytalnych.

Powyższa podwyżka jest zaplanowana od 1 lipca br. wg poniższej siatki płac ustalonej przez Trójstronny Zespół ds. Ochrony Zdrowia z 5 listopada 2021 r.:

Załącznik do stanowiska Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z dnia 5 listopada 2021 r.

lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy na 1 lipca 2022 r.
1	Lekarz, lekarz dentyista ze specjalizacją	1,45
2	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, psycholog kliniczny, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w l.p. 1, 3, 4 wymagający wyższego wykształcenia na poziomie magisterskim i specjalizacji, pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,29
3	Lekarz albo lekarz dentyista, bez specjalizacji	1,19
4	Lekarz stażysta lub lekarz dentyista stażysta	0,95
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka, położna, technik elektroradiologii, psycholog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1 - 4 wymagający wyższego wykształcenia na poziomie magisterskim; pielęgniarka, położna wymagająca wyższego wykształcenia (studia I stopnia) i specjalizacji, albo pielęgniarka, położna ze średnim wykształceniem i specjalizacją	1,02
6	Fizjoterapeuta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, technik elektroradiologii, inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1 – 5 wymagający wyższego wykształcenia na poziomie studiów I stopnia; fizjoterapeuta, ratownik medyczny, technik analityki medycznej wymagający średniego wykształcenia albo pielęgniarka albo położna wymagająca średniego wykształcenia, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,94
7	Opiekun medyczny, technik elektroradiologii albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1 - 6 wymagający średniego wykształcenia	0,86
8	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem wyższym	1
9	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem średnim	0,78
10	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem poniżej średniego	0,65

Tabela 18 siatka płac ustalona przez Trójstronny Zespół ds. Ochrony Zdrowia z 5 listopada 2021

Zgodnie z tabelą wynagrodzenie lekarzy specjalistów oraz pielęgniarek z maksymalnymi kwalifikacjami będzie przedstawiało się następująco:



Od lipca planujemy podwyżki najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla mgr pielęgniarstwa, fizjoterapii, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych ze specjalizacją.




7:40 PM · 1 kwi 2022





Ministerstwo Zdrowia 
@MZ_GOV_PL



 Planowane podwyżki najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy specjalistów (I) wyniosą ponad 2 tys. zł.



7:14 PM · 1 kwi 2022



Rycina 13 Planowane podwyżki lekarzy specjalistów od 1 lipca – źródło: Ministerstwo Zdrowia

7.1 Kalkulacja outsourcingu stawki usługi pielęgniarskiej – założenia teoretyczne

Wyszczególnienie minimalnego wynagrodzenia personelu medycznego jest krokiem milowym w standaryzowaniu wynagrodzeń w całym kraju. Dotychczas różnice w płacach pielęgniarek były ogromne, co było przyczyną migracji zarobkowej medyków do większych aglomeracji, często nawet 230 km w jedną stronę (!). Wziąwszy pod uwagę koszty alternatywne i eksploatacyjne samochodu opłacalność takiego przedsięwzięcia po 1 lipca jest wątpliwa. Dlatego po pierwsze zachodzi duże prawdopodobieństwo przemodelowania rynku pracy pielęgniarek oraz odpływem siły roboczej pielęgniarek z dużych aglomeracji, jeśli gwarantowane minimalne wynagrodzenia będą respektowane w całym kraju. Z kolei to może skutkować presją płacową i w konsekwencji podniesieniem stawek roboczogodziny w większych miastach.

Po drugie rozbieżność płacowa poprzez określenie współczynnika dla lekarzy - 1,45 wobec 1,29 dla pielęgniarek uległa pomniejszeniu. Stworzenie paradygmatu proporcjonalności wynagrodzenia może unormować warunki płacowe pomiędzy kadrą lekarską i pielęgniarską .

W związku z powyższym kalkulacja stawki usługi pielęgniarskiej z kwalifikacjami: mgr pielęgniarstwa i specjalizacją na umowie cywilnoprawnej powinien opierać się o 2 założenia, począwszy od 1 lipca br:

A/ wzrost stawki godzinowej od dotychczas obowiązującej stawki przy zapewnieniu wymiaru godzin w ujęciu miesięcznym równoważnego do 1 etatu liczona z pochodnymi. Wg wcześniejszej kalkulacji wzrost wynagrodzenia na umowę o pracę z pochodnymi wynosi 2730 zł co oznacza, że jeśli dotychczasowa stawka godzinowa wynosi I – 50 zł II - 65 zł (bez wspomnianych niżej rekompensat liczonych dla lekarzy za urlop wypoczynkowy i szkoleniowy na umowie cywilnoprawnej – warto oszacować kwotę) od 1 lipca powinna wzrosnąć o stałą wartość minimalną 17,06 zł do kwoty I - 67,06 i II - 82 zł.

B/ wzrost stawki godzinowej usługi pielęgniarskiej do usługi lekarskiej (ze specjalizacją) w oparciu o zasadę proporcjonalności: 1,45 wynagrodzenie lekarskie (8210 zł) : 1,29 wynagrodzenie pielęgniarskie (7304 zł), co oznacza, że a/ jeśli stawka godzinowa usługi lekarskiej wynosi 100 zł, to usługi pielęgniarskiej powinien wynosić 88,98 zł b/ jeśli stawka godzinowa usługi lekarskiej wynosi 120 zł, to usługi pielęgniarskiej powinien wynosić 106,78 zł

Jedną z możliwych propozycji kalkulacji minimalnych stawek godzinowych usług pielęgniarskich do umowy cywilnoprawnej wg nowej siatki płac jest uśrednienie obu powyższych w/w wartości A i B skutkiem czego nastąpi wzrost stawki godzinowej usługi pielęgniarskiej, który powinien wynosić w wariancie:

I – a/ 78,02 zł b/ 86,92 zł

II - a/ 85,49 zł b/ 94,39 zł.

Rozpatrując raport NIK z 2015 r. w sprawie wynagrodzeń medyków oczekiwania płacowe lekarzy były spełniane bez względu na sytuację finansową szpitala, często wykazując stratę. W związku z tym, że personelu pielęgniarskiego jest więcej niż lekarzy w szpitalu dyrektorzy próbują wszelkimi sposobami „zamrażać” płace pielęgniarek.

Ogłaszane konkursy ofert na usługi pielęgniarские nie zachowują zasad i reguł wolnorynkowych i są odrzucane z powodu podania wyższej stawki godzinowej od założonej pomimo, że ilość zgłoszonych wakatów w konkursie wyrażonych ogólną ilością godzin pracy personelu pielęgniarского nie jest zaspokojona. Informacja o stawkach zarówno lekarzy jak i pielęgniarek po ogłoszeniu wyników konkursu ofert nie jest podawana do publicznej wiadomości pomimo, że jest ustawowy zapis dostępu do informacji publicznej (Dz.U.2022.0.902 t.j. - Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej).

Oferowane stawki za roboczogodzinę usługi pielęgniarской są kalkulowane po najniższych kosztach. Nstomiast wg raportu NIK z 2015 r. stawka wynagrodzenia lekarza na umowę cywilnoprawną, na porównywalnym stanowisku w ramach umowy o pracę jest powiększona o koszty z tytułu rekompensat za urlop wypoczynkowy i szkoleniowy. Niestety wśród personelu pielęgniarского brak tego rodzaju zapisów i praktyk. Owszem w umowach kontraktowych jest mowa miesięcznej karencji w okresie wakacyjnym (możliwość tzw. bezpłatnego urlopu), ale wynika rekompensata nie jest ujmowana w stawce godzinowej personelu pielęgniarского.

Szpitalne najczęściej traktują personel pielęgniarский na umowie cywilnoprawnej jak personel wspomagający, dodatkowy. Powszechną praktyką jest rotowanie personelu w zależności od potrzeby na poszczególnych oddziałach szpitalnych, często bez koniecznego wprowadzenia i podstawowego przeszkolenia na stanowisku pracy oraz preferowaniu obstawiania dyżurów dziennych personelem na umowach cywilnoprawnych argumentując to faktem zapewnienia wyższego wynagrodzenia dzięki dodatkowi nocnemu w pierwszej kolejności pielęgniarcom będącymi na umowie o pracę.

Takie działania mogą nosić znamiona dyskryminacji pracownika i naruszają ustawę z dn. 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania.

Znajduje się tam zasada równego traktowania w zatrudnieniu (art.4 ust.2), która jest podstawową zasadą zarządzania pracownikami przez pracodawcę. Oznacza ona, że pracownicy muszą mieć równe prawa z tytułu wykonywania takich samych obowiązków. Zgodnie z zasadą równego traktowania pracownicy powinni być równo traktowani w zakresie: - nawiązania stosunku pracy, - warunków zatrudnienia, - awansowania, - dostępu do szkoleń oraz możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych, a także rozwiązania stosunku pracy.

Za naruszenie zasady równego traktowania w zatrudnieniu uważa się różnicowanie przez pracodawcę sytuacji pracownika na przykład poprzez: - odmowę nawiązania stosunku pracy, - **niekorzystne ukształtowanie wynagrodzenia za pracę lub innych warunków zatrudnienia** albo pominięcie przy awansowaniu lub przyznawaniu innych świadczeń związanych z pracą, a także pominięcie przy typowaniu do udziału w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe i rozwiązanie stosunku pracy.

Różnica między zasadą równego traktowania a dyskryminacją pracownika polega na tym, że dyskryminacja jest jednym z możliwych przejawów nierównego traktowania i polega na nierównym traktowaniu ze względu na kryterium dyskryminacyjne, np. podjęcia pracy na zasadach umowy cywilnoprawnej. Co ciekawe w przypadku działań dyskryminacyjnych jest uzasadniona odpowiedzialność odszkodowawcza pracodawcy na ogólnych zasadach odpowiedzialności kontraktowej.

Odszkodowanie nie ma górnego limitu wysokości. O tym, w jakiej wysokości zostanie zasądzone odszkodowanie na rzecz pracownika na umowie cywilnoprawnej, zadecyduje sąd, biorąc pod uwagę sposób postępowania pracodawcy oraz stopień naruszenia zakazu dyskryminacji. Wytyczne do unijnej dyrektywy dotyczącej równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy wskazują, że sankcje zasądzone pracownikowi od pracodawcy muszą być skuteczne, proporcjonalne i dolegliwe.

Wobec planowanych podwyżek na podstawie siatki płac mającej wejść w życie 1 lipca br. dyrektorzy szpitali zastrzegają sobie prawo pominięcia podwyżkami tych pracowników, którzy są na umowach cywilnoprawnych oraz posiadających specjalizację innej od wymaganej. Jednakże stoi to w sprzeczności do prawa do jednakowego wynagrodzenia, co jest również zapisane w w/w ustawie. Pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości.

Prace jednakowe to prace takie same pod względem rodzaju, kwalifikacji koniecznych do ich wykonywania, warunków, w jakich są świadczone, a także ilości i jakości. Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników **porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych odpowiednimi dokumentami lub praktyką i doświadczeniem zawodowym**, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku. W związku z tym wydaje się zasadne podniesienie dotychczasowych stawek wynagrodzenia zgodnie z nową siatką płac.

Outsourcing usług pielęgniarskich jest koniecznością ze względu na deficyt kadr i braku perspektyw, że na rynku będzie więcej personelu. Jest jednak na etapie początkowym i wymaga dalszych kroków, by nastąpiła standaryzacja tych usług łącznie ze stawkami wynikającymi z nowej siatki płac oraz innymi warunkami zatrudnienia uwzględniające równe traktowanie. Istnieje obecnie wiele ograniczeń usług pomimo, że zawód pielęgniarki jest samodzielnym i niezależnym zawodem. Jego podmiotowość oraz ugruntowana tożsamość i odrębność wiąże się ze wzmocnieniem jego roli w systemie ochronie zdrowia, co niewątpliwie przyczyni się do dalszej ewaluacji na rynku usług outsourcingowych.

Za najistotniejszy przykład niezależności pielęgniarki i położnej, należy uznać uprawnienia przysługujące przedstawicielom obu tych zawodów podczas realizacji zlecenia lekarskiego i wynikające wprost z nowej ustawy (ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej skrót u.z.p.p.).

W trakcie realizacji zlecenia lekarskiego, pielęgniarka, bądź położna, ma prawo, m.in.:

odmówić jego wykonania, jeżeli uzna, że jest ono błędne i może spowodować szkodę dla pacjenta (a contrario art. 12 ust. 1 u.z.p.p.);

odmówić jego wykonania, jeżeli świadczenie zdrowotne, będące przedmiotem zlecenia, jest niezgodne z sumieniem położnej (tzw. klauzula sumienia, art. 12 ust. 2 u.z.p.p.)

wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (art. 13 u.z.p.p.);

domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.)

Wszystkie te wyżej wymienione przykładowe prawa przysługujące pielęgniarce i położnej stanowią właśnie o omawianej w niniejszej publikacji samodzielności obu zawodów.

Zadaniem pielęgniarki, bądź położnej, nie jest już automatyczne, można powiedzieć – bezrefleksyjne, wykonywanie działań zleconych przez lekarza, jak miało to miejsce jeszcze niedawno.

Pielęgniarka i położna mają prawo, ale też obowiązek, przeanalizować to zlecenie pod kątem swojej wiedzy, doświadczenia, kwalifikacji i odpowiednio zareagować na ewentualny błąd lekarza. Pielęgniarka albo położna może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jeżeli uzna, że jest ono błędne i może spowodować szkodę dla pacjenta.

Odmowa więc musi być świadoma, tj. każdorazowo poprzedzoną analizą zasadności danego zlecenia, w oparciu o aktualne i wyczerpujące informację dotyczące stanu zdrowia pacjenta. Jeżeli np. pielęgniarka nie będzie miała tych informacji, to nie będzie w stanie również prawidłowo ocenić, czy zlecone działanie jest prawidłowe, więc albo tego zlecenia nie oceni wcale, albo też oceni je błędnie. Wykonanie zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę, bez dokonania wspomnianej analizy, bądź w oparciu o analizę błędnie przeprowadzoną tj. np. na podstawie niepełnych informacji o stanie zdrowia pacjenta, może skutkować odpowiedzialnością prawną tej pielęgniarki. Z uprawnień bowiem wynikają też obowiązki, a wykonanie zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę, bądź położną, o którym wie (bądź powinna wiedzieć), że może spowodować szkodę pacjenta jest niedopuszczalne, stanowi naruszenie jej obowiązków zawodowych i może być podstawą jej odpowiedzialności prawnej.

Wg danych zebranych przez Dorotę Stec-Fus opublikowanych w Gazecie Krakowskiej z dn. 26.02.2022 r. na 600 ubiegłorocznych absolwentek małopolskich uczelni prawo wykonywania zawodu odebrało zaledwie 280 pielęgniarek i 40 położnych. Część z tych, które prawo odebrała, po trzech miesiącach pracy zrzekła się prawa wykonywania zawodu, inne wyjechały w celach zarobkowych do Niemiec. Warto wspomnieć, że rząd Niemiec podniesie minimalną stawkę godzinową płacy wpierv od 1 lipca do 10,45 euro, a następnie od 1 października br. do 12 euro (ok. 56 zł), co przy pełnym etacie wynagrodzenie wynosi 1900 euro (ok. 9 tys złotych).

Według ostatnich informacji GUS (styczeń 2022 r.), na 234 tys. czynnych zawodowo pielęgniarek i 29 tys. położnych, aż 69,5 tys. to emerytki. Najmniej liczną grupę stanowią pielęgniarki najmłodsze, w wieku poniżej 35 lat – jest ich 31 tys., tj. zaledwie 10,1%. Szczególnie niepokoi spadek liczby pielęgniarek w wieku 35-44 lata. Mamy ich 26,7 tys., czyli 8,8 procent, tj., 3 razy mniej (!) niż w 2012r.

Prof. Maria Kózka, krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa, wykładowca CM UJ, za przyczynę deficytu zawodu pielęgniarki uważa zbyt powolną zmianę systemu kształcenia, rozpoczętą w 2000 roku. Według jej opinii „chcąc dostosować standardy do unijnych, 129 szkół prowadzących kształcenie pielęgniarstwo zastępowano uczelniami wyższymi.

Proces ten jednak trwał bardzo długo i choć dziś kierunek ten studiować można już na 106 uczelniach, to przez 10 lat liczba kształconych w zawodzie drastycznie zmalała i braku tego nie sposób nadrobić. A studia są bardzo wymagające: 4780 godzin w ciągu 3 lat, 2 miesiące wakacji spędzonych na praktykach sprawia, że studenci mniej zmotywowani przenoszą się na łatwiejsze kierunki”.

Kluczowym kryterium zarówno wyboru tego zawodu jak też podejmowania pracy po uzyskaniu dyplomu są zarobki. Pielęgniarki uważają, że tak ciężka i obciążająca psychikę praca jest za nisko wynagradzana. Równocześnie, w wyniku zmiany kulturowej pielęgniarstwa nie łączy się już z powołaniem i misją. Teraz coraz częściej traktuje się je jak każdy inny zawód, do którego trzeba mieć określone predyspozycje.

W roku 2010 wyższe wykształcenie (studia licencjackie) posiadało 19 proc. pielęgniarek, w tym tytuł magistra pielęgniarstwa posiadało tylko 6 proc. (w 2021 r. – 8%) Aktualnie sytuacja poprawiła się i odsetki te wynoszą odpowiednio 49 proc i ponad 23 proc. Niestety, magistrówi częstokroć muszą wykonywać prace, do których wystarcza matura, co jest kolejną przyczyną rezygnacji z zawodu.

Według opinii Izabeli Ćwiertni, małopolskiego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego „to szczyt marnotrawstwa: osoby bardzo dobrze wykształcone, przygotowane do samodzielnej pracy przy pacjencie w domu, wykonują polecenia lekarza w przychodni, do tego nie związane z ich kwalifikacjami. Wśród lekarzy panuje przeświadczenie, że pielęgniarki można traktować na zasadzie "przynieś, wynieś, pozamiataj” W jej podręczniku dla studentów z 2021r, pt. "Medycyna Rodzinna"; widnieje zapis, że do obowiązków pielęgniarki należy np. podlewanie roślin czy uzupełnienie czasopism dla chorych (!).

Nadzieje na to, że zapowiadani asystenci medyczni przejmą ich niepielęgniarskie obowiązki, spełzły na niczym. W procedowanym projekcie ustawy o zawodach medycznych nie ma w ogóle o nich mowy.

8. Zakończenie i wnioski

Outsourcing w usługach pielęgniarskich jest koniecznością i może w ciągu najbliższych lat dynamicznie rozwijać się, również w sferze zarządzania. Zaspokojenie potrzeb starzejącego się społeczeństwa wymusza na systemie ochrony zdrowia zmianę metod organizacji szpitali. W związku z deficytem kadr pielęgniarskich nastąpi dalszy progres korzystania z usług pielęgniarskich na zasadach umów cywilnoprawnych. Niezależnie od skutków społecznych outsourcing dalej będzie wypierał tradycyjne metody zarządzania ze względu na rachunek ekonomiczny. Nacisk na wyniki finansowe szpitali – ich kategoryzacja oraz kryteria oceny są kolejnymi czynnikami skutkującymi wybór „tańszego” kontraktu - outsourcingu wobec utrzymania „drogiego” pracownika na umowę o pracę.

Wart uwagi jest wspomniany wyżej zapis, że w przypadku złej oceny szpitala jednym z czynników w procesie naprawczo – restrukturyzacyjnym jest redukcja liczby personelu zatrudnionego na umowy o pracę i wyborze outsourcingu kadr medycznych jako konkurencyjnej formy zatrudnienia i przynoszącej wymierne korzyści w zarządzaniu szpitalem. Dzięki zdefiniowaniu potrzeb oraz ustaleniu kryteriów oceny szpitali, a także standaryzacji procesów leczenia, ich mierzenia, oceniania, weryfikowania przez pryzmat osiągniętych korzyści satysfakcji pacjenta i wyników finansowych usługi pielęgniarskie zaczynają odgrywać większą rolę w zarządzaniu szpitalem.

Dostęp do najnowszych osiągnięć naukowych i technologii medycznych wymaga specjalistycznej wiedzy pielęgniarek. Nabyta wiedza i doświadczenie w tym zakresie powinna wiązać się z respektowaniem zawodu pielęgniarki w wymiarze nie tylko społecznym, ale i finansowym, czego w ostatnich latach nie można powiedzieć. Wg badań CBOS komunikat z badań 157/2019 spośród najbardziej poważanych zawodów pielęgniarka jest na II miejscu (!), a lekarz dopiero na VI miejscu.

Optymalizacja kosztów usług medycznych zależy od zwiększenia roli i rozszerzenia kompetencji pielęgniarek w publicznej ochronie zdrowia jak ma to miejsce w Europie Zachodniej i USA. Odrębność i samodzielność zawodu pielęgniarki oraz duże kompetencje mogą skutecznie zastąpić tam, gdzie to możliwe braki lekarzy na zasadzie równorzędnego partnerstwa i komplementarności, a nie wyręczaniu zadań lekarskich (np. wypisywaniu recept lub roli sekretarki).

Profesjonalizacja i zastosowanie sztucznej inteligencji w leczeniu pacjentów na zastąpi elementarnych potrzeb biologiczno – psychologiczno– społecznych pacjenta, w tym codziennej interakcji personelu medycznego z pacjentem. Wskutek deficytu kadr medycznych pacjent nie jest traktowany podmiotowo, ale przedmiotowo, co budzi w pacjentach narastającą frustrację. Ich wyrazem są opinie pacjentów o poszczególnych szpitalach w internecie, których oceny są pomiędzy 1,5 a 3. W głównej mierze opinie pacjentów dotyczą sposobu ich traktowania przez lekarzy. Dlatego zrozumienie kompleksowości opieki nad pacjentem i komplementarności zadań lekarza i pielęgniarki może zapewnić zadowalającą jakość opieki hospitalizowanych pacjentów.

Z drugiej strony coraz wyższa świadomość kierownictwa szpitali o możliwości przekazania odpowiedzialności na zasadzie kontraktów medycznych usług pielęgniarskich pozwala na skoncentrowanie się na kluczowych kompetencjach, które stają się głównym źródłem przewagi strategicznej. Właściwa obsada kadry medycznej pod względem kwalifikacji i norm zatrudnienia zapewni wysoką jakość świadczonych usług medycznych, co wiąże się z mniejszą ilością odszkodowań z powodu coraz częstszych błędów medycznych. W konsekwencji taki szpital spotyka się z lepszą oceną ARS, a także poprawą wizerunku w swoim otoczeniu.

Istotnym czynnikiem dalszego rozwoju outsourcingu w zakresie udzielania usług pielęgniarskich jest sytuacja makroekonomiczna, która jest złożona, nieprzewidywalna i zmienna. Wszystkie te obszary mają wpływ i odgrywają szczególną rolę w zmieniającym się otoczeniu gospodarczym. W dobie epoki postindustrialnej należy dopatrywać się rozwoju nowych metod zarządzania, m.in. outsourcingu. Pomimo wysokiej efektywności outsourcing nie jest wolny od ograniczeń, które wynikają z nieodpowiednio przeprowadzonej analizy opłacalności oraz doboru personelu zgodnej z kulturą organizacji. Dalsze prace powinny być ukierunkowane na stworzenie standardów wyboru usług pielęgniarskich w zależności od kwalifikacji i umiejętności.

Opisane wyżej usługi pielęgniarskie na zasadzie outsourcingu w Polsce są stosunkowo młode i słabo rozwinięte w porównaniu do Europy Zachodniej. Rosnący popyt na tego rodzaju usługi będzie w najbliższych latach determinował szpitale do poszukiwań wyspecjalizowanego personelu pielęgniarskiego, szczególnie wśród pielęgniarek anestezjologicznych i operacyjnych.

Mając na uwadze progresywny system podatkowy, który jest niekorzystny dla pielęgniarek będących na umowie o pracę i pracujących dodatkowo na umowę zlecenie w najbliższych latach zakres usług kontraktowych będzie systematycznie wzrastał.

To są wyzwania przed którymi stoi personel pielęgniarski. Bez usystematyzowanej i dostępnej wiedzy przysługujących praw jako podwykonawcy i aspektów księgowo - podatkowych wszelkie działania będą wynikać z przypadkowości.

Nowa siatka płac nie tylko motywuje do dalszego podnoszenia kwalifikacji pielęgniarskich, ale ustala paradygmat proporcjonalności wynagrodzenia kadr medycznych między sobą: lekarz – pielęgniarka – ratownik medyczny – diagnosta laboratoryjny – psycholog kliniczny. Udział lekarzy w podziale wynagrodzeń w porównaniu do pozostałego personelu medycznego na mocy ustawy uległ standaryzacji w odniesieniu do innych zawodów medycznych, co może mieć element motywacyjny dla wzrostu zainteresowania zawodami medycznymi innymi niż lekarski. Delegowanie zadań i kompetencji zarezerwowanych dotąd dla lekarzy ulega stopniowej zmianie na rzecz pozostałego personelu medycznego. Sytuacja społeczno – gospodarcza wymusza zwiększenie kompetencji innych zawodów medycznych, w tym pielęgniarskich. Tak więc przejście do kolejnych faz rozwoju wszystkich zawodów medycznych i wykorzystania tego typu usług warunkowane będzie dalszym rozwojem rynku systemu ochrony zdrowia, zmianą regulacji prawnych, podażą usług outsourcingowych i wzrostem doświadczenia szpitali w ich wykorzystywaniu.

W związku z powyższym szpitale w celu optymalizacji kosztów będą chętniej sięgały po outsourcing kadr medycznych. Kontrakty pielęgniarskie czeka w najbliższych latach dalszy dynamiczny rozwój.

Spis tabel:

Tabela 1 Źródło: Trocki M., Outsourcing. Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej, Warszawa	7
Tabela 2 Źródło: Trocki M., Outsourcing funkcji operacyjnych przedsiębiorstwa, Gospodarka materiałowa i Logistyka, nr 2, s.60	8
Tabela 3 Analiza finansowa w oparciu o 4 obszary	21
Tabela 4 Przykładowy schemat oceny efektywności szpitala	28
Tabela 5 Liczba lekarzy i konsultacji w Polsce i wybranych krajach UE w 2015	31
Tabela 6 Liczba pielęgniarek w Polsce i w innych krajach UE w 2015 r	32
Tabela 7 Niedobór lekarzy a ogólna kondycja ochrony zdrowia Zob. Health at Glance 2017, OECD, s. 159	32
Tabela 8 Niedobór pielęgniarek a ogólna kondycja ochrony zdrowia w 2017 r	32
Tabela 9 Zarobki lekarzy w Polsce i innych krajach UE w 2016 r. (dane wg GUS)	33
Tabela 10 Zarobki pielęgniarek w Polsce i innych krajach UE w 2016 r. (dane wg GUS) ...	34
Tabela 11 Czynniki wpływające na jakość ochrony zdrowia.	35
Tabela 12 Liczba absolwentów studiów pielęgniarskich w przeliczeniu na 100 tys mieszkańców w 2016 r.	36
Tabela 13 Odzwierciedlenie zwiększenia norm zatrudnienia pielęgniarek - szacunki	38
Tabela 14 Bilans wnioskowanych norm zatrudnienia na poszczególne województwa	38
Tabela 15 Szacunkowy deficyt kadry pielęg. wobec zwiększenia norm zatrudnienia	39
Tabela 16 Punkty krytyczne publicznej ochr. Zdrowia w Polsce i wybranych krajach UE	41
Tabela 17 Odsetek PKB przeznaczony na ochronę zdrowia w Polsce vs inne kraje UE w2017	42
Tabela18 siatka płac ustalona przez Trójstronny Zespół ds. Ochrony Zdrowia z 5 listopada 2021	51

Spis rycin:

Rycina 1 Źródło: Arnold U. (2000) , New dimensions of outsourcing: a combination of transaction cost economics and the core competencies concept, European Journal of Purchasing and Supply Management, no. 6	9
Rycina 2 Pomiar efektywności w 4 perspektywach	22
Rycina 3 Wskaźniki efektywności usług medycznych - opracowanie własne	24
Rycina 4 Kryteria oceny szpitali – opracowanie własne	27
Rycina 5 Efektywność w ujęciu jakości usług medycznych – opracowanie własne	29
Rycina 6 Struktura wieku pielęgniarek w Polsce w 2017 r.....	36
Rycina 7 Deklaracja pielęgniarek podjęcia dodatkowej pracy	45
Rycina 8 Wiek ankietowanych pielęgniarek i położnych	46
Rycina 9 Forma zatrudnienia pielęgniarek na umowę o pracę bądź kontrakt	46
Rycina 10 Dochody netto z podstawowego miejsca pracy na umowę o pracę	47
Rycina 11 Dochody pielęgniarek liczone łącznie (umowa o pracę + druga itd. praca na umowie cywilnoprawnej)	48
Rycina 12 Praktyczne przepracowanie ilości godzin łącznie z etatem pielęgniarek	48
Rycina 13 Planowane podwyżki lekarzy specjalistów od 1 lipca – źródło: Ministerstwo Zdrowia	53

Bibliografia:

1. Trocki M. Outsourcing, Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej, PWE, Warszawa, 2001
2. Trocki M. Outsourcing jako metoda restrukturyzacji przedsiębiorstw, „Gospodarka Materiałowa i Logistyka” nr 9/1999
3. Wesołowski S. , Redukcja kosztów jako wynik zdolności produkcyjnej przedsiębiorstwa, IFGN, Warszawa, 1995,s.74
4. Pierścionek Z, Strategie rozwoju firmy, PWN, Warszawa, 1996
5. Krejner-Nowecka A. , Outsourcing w przedsiębiorstwach w okresie transformacji, SGH, Warszawa, 2000, s. 3
6. Grudzewski W. Koźmiński A , Teoria i praktyka zarządzania w początkach XXI wieku, Zarządzanie i Kierowanie, 1996, nr3
7. Jasiński B., Elastyczność organizacji jako odpowiedź na turbulencje otoczenia, praca zbiorowa w: Zarządzanie przedsiębiorstwem prod Re. R. Krupskiego, PWE, 2005
8. Kaczmarek T. , Ryzyko i zarządzanie ryzykiem, ujęcie interdyscyplinarne, Difin, Warszawa, 2006
9. Kłosińska O. , Ewolucja outsourcingu: od sposobu na obniżenie kosztów do narzędzi realizacji strategii, raport: Różne oblicza outsourcingu, nowe wyzwania, najlepsze praktyki, Harvard Business Review Polska, 2008
10. Kopczyński T., Outsourcing w zarządzaniu organizacjami gospodarczymi, rozprawa doktorska niepublikowana, WZAE w Poznaniu, Poznań 2003, badanie na grupie 222 przedsiębiorstw.
11. Kowalski T., Stan i prognozy rozwoju gospodarczego i ich wpływ na działania przedsiębiorstw w Polsce, w: Nowoczesne sposoby konkurowania w biznesie pod red. H. Mruka, AE , Poznań 2008
12. Iwasiewicz A.: Zarządzanie jakością, PWN, Warszawa, 1999
13. Juran J., Gryna F.: Jakość – projektowanie, analiza WNT, Warszawa, 1974
14. Armstrong M.: *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2000.
15. 2. Biczynski S.: *Słownik ekonomiki i organizacji przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 1991.. Griffin W.: *Zarządzanie organizacjami*, PWN, Warszawa 1996.
16. Hober L.H.: *Management-zarys zarządzania małą firmą*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1998.

17. Jasiński Z.: *Motywowanie w przedsiębiorstwie*, PLACET, Warszawa 1998.
18. Kucharczyk A.: *Ekonomika i podstawy zarządzania w przedsiębiorstwie przemysłowym*,
19. Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Dydaktyczne, Kraków 1999.
20. Łaski Z.: *Ekonomika i organizacja przedsiębiorstwa przemysłowego*, Uniwersytet Szczeciński 1990.
21. Marek S.: *Elementy nauki o przedsiębiorstwie*, Fundacja na rzecz Uniwersytetu
22. Szczecińskiego, Szczecin 1999.
23. Penc J.: *Motywowanie w zarządzaniu*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1996
24. Styczek D., Zapomnijcie o etacie, Business Week, wrzesień 2002
25. Marcinkowska E. Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym, Wolter Kluwer 2010
26. Lewandowska H. , Outsourcing, Difin 2010
27. Grzybowska-Brzezińska M, Zarządzanie i Marketing w Zakładach Opieki Zdrowotnej, WNE Olsztyn 2004
28. Higiena szpitalna (materiały konferencyjne), Ogólnopolskie Forum Czystość-Higiena-Ekologia, Wrocław 2000
29. Ciurus M., Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia, IPOZ, Warszawa 2009
30. http://www.outsourcing.com.pl/cms/content/repository/pdf/badanie_FM.pdf
31. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. nr 78, poz. 483 ze zm.
32. Poździoch S. Prawo zdrowia publicznego. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2004: 200–204.
33. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. nr 91, poz. 410 ze zm.
34. Sieńko A. Prawo ochrony zdrowia. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006: 67.
35. Cybulski Z. Pielęgniarki i położne jako przedsiębiorcy w świetle ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej. Ad vocem, Kraków 2004: 17.
36. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny, Dz.U. nr 16, poz. 93 ze zm.
37. Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz.U. nr 94, poz. 1037 ze zm.

38. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2008 nr 164, poz. 1027.
39. Mołęda S. Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej. Wydawnictwo Medicine Today Poland, Warszawa 2008: 148–155.
40. Bieniek G. (red.). Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom 2. Wydawnictwo Lexis Nexis, Warszawa 2007: 686.
41. Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, Dz.U. nr 155, poz. 1095 ze zm.