

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 383

Ekonomiczne, społeczne i środowiskowe uwarunkowania logistyki

Redaktorzy naukow
Jarosław Witkowski
Agnieszka Skowrońska



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redaktor Wydawnictwa: Elżbieta Kożuchowska

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Barbara Cibis

Łamanie: Adam Dębski

Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192

e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-487-5

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Druk i oprawa: EXPOL

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Logistyka miejska i usługi logistyczne w sektorze usług publicznych w warunkach ograniczeń budżetowych

Grażyna Chaberek-Karwacka: Teoretyczne kryteria kształtowania logistyki ostatniej mili i realne możliwości ich wykorzystania na obszarze największych aglomeracji w Polsce	13
Marzenna Cichosz: Innowacje w logistyce miejskiej – zrównoważony transport publiczny	26
Stanisław Iwan: Zarządzanie miejskim transportem towarowym w kontekście budowania konsensusu pomiędzy zróżnicowanymi oczekiwaniami jego interesariuszy	40
Sabina Kauf: Zarządzanie łańcuchem dostaw w sektorze publicznym.....	50
Maja Kiba-Janiak: Projekty logistyki miejskiej w warunkach ograniczeń budżetowych.....	60
Tomasz Kolakowski: Skuteczne i efektywne wdrażanie rozwiązań projektowych w zakresie logistyki miejskiej – wybrane zagadnienia	74
Kinga Kijewska: Rola menedżera logistyki miejskiej w usprawnianiu organizacji przewozów towarowych w miastach	87
Krzysztof Lewandowski: Propozycja redukcji kosztów w realizacji dostaw w centrum miasta na przykładzie Jeleniej Góry	95
Katarzyna Nowicka: Innowacje w logistyce miejskiej – ITS jako usługa.....	108
Barbara Ocicka: Perspektywy rozwoju potencjału logistycznego regionu łódzkiego	121
Bohdan Pac: Istota zarządzania zabezpieczeniem logistycznym w sytuacjach kryzysowych i stanach nadzwyczajnych.....	132
Aneta Pluta-Zaremba: Innowacje w logistyce miejskiej – zrównoważony transport towarów	154
Jacek Szoltysek, Rafał Otręba: Wieloaspektowa analiza czynników kształtujących poczucie jakości życia w mieście – jako przesłanka tworzenia polityki logistycznej miasta.....	166
Jacek Szoltysek, Sebastian Twaróg: Outsourcing obsługi logistycznej szpitali w warunkach kryzysu	187
Rajmund Żuryński: Perspektywa zarządzania projektami logistycznymi w organizacji masowych imprez sportowych w sytuacjach kryzysowych	200

Część 2. Zrównoważone łańcuchy dostaw i zielona logistyka w sytuacjach kryzysowych

Monika Bąk-Sokołowska: Znaczenie zrównoważonej logistyki w redukcji kosztów i poprawie jakości obsługi na przykładzie wybranych firm.....	217
Anna Baraniecka: Rozwój ekologicznych łańcuchów dostaw jako skutek kryzysów: ekonomicznego i środowiskowego	235
Sławomir Drożdziejki: Działania Unii Europejskiej zmierzające do implementacji dyrektywy antysiarkowej II w portach morskich.....	249
Agata Mesjasz-Lech: Kryteria optymalizacji przepływów zwrotnych w zielonych łańcuchach dostaw.....	266
Adam Sadowski, Katarzyna Michniewska: Logistyka w usługach publicznych. Analiza wartości rynku surowców wtórnych.....	280
Blanka Tundys: Zielony łańcuch dostaw w gospodarce o okrężnym obiegu – założenia, relacje, implikacje.....	288
Krzysztof Witkowski: Aspekt logistyki zwrotów i recyklingu tworzyw sztucznych	302

Summaries

Part 1. City logistics and logistic services in the public service sector in the conditions of budgetary constraints

Grażyna Chaberek-Karwacka: Theoretical criteria for shaping the last mile logistics and real possibilities of their use in the area of the largest Polish agglomerations.....	25
Marzenna Cichosz: Innovations in urban logistics – sustainable public transport.....	39
Stanisław Iwan: Urban freight transport management in the context of consensus building between different stakeholders expectations	49
Sabina Kauf: Supply chain management in the public sector	59
Maja Kiba-Janiak: City logistics projects under budget restrictions.....	73
Tomasz Kołakowski: Effective and efficient implementation of project solutions in the field of city logistics – selected issues.....	86
Kinga Kijewska: The role of City Logistics Manager in the improvement of freight transport organization in cities	94
Krzysztof Lewandowski: The proposition of mutual reduction of delivery cost in the city center on the example of Jelenia Góra	107
Katarzyna Nowicka: Innovations in city logistics – ITS as a service.....	120

Barbara Ocicka: The development perspectives for logistics potential of Łódź region.....	131
Bohdan Pac: The role of logistic support management in the crisis and extreme situations.....	153
Aneta Pluta-Zaremba: Innovations in the city logistics focused on sustainable transport of goods.....	165
Jacek Szoltysek, Rafał Otręba: Multi-aspect analysis of factors that affect a sense of quality of life in a city – as a premise for elaborating a city logistic policy	186
Jacek Szoltysek, Sebastian Twaróg: Outsourcing of logistics services in hospitals in the conditions of crisis.....	198
Rajmund Żuryński: Logistics projects management – mass, sporting events in crisis situations	214

Part 2. Sustainable supply chains and the green logistics in crisis situations

Monika Bąk-Sokolowska: The importance of sustainable logistics in the reduction of costs and in the improvement of quality of service based on selected companies	234
Anna Baraniecka: The development of eco-logistic supply chains as the result of economic and environmental crises	248
Sławomir Drożdziejki: European Union political activity aimed at the implementation of anti sulphur directive II in sea ports	265
Agata Mesjasz-Lech: Reverse flows optimization criteria for green supply chains.....	279
Adam Sadowski, Katarzyna Michniewska: Logistics in public services. Secondary raw material market value analysis	287
Blanka Tundys: Green supply chain in circular economy – assumptions, relations, implications.....	301
Krzysztof Witkowski: The aspect of reverse logistics and recycling of plastics	317

Jacek Szoltysek, Sebastian Twaróg

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

e-mails: jacek.szoltysek@ue.katowice.pl; sebastian.twarog@ue.katowice.pl

OUTSOURCING OBSŁUGI LOGISTYCZNEJ SZPITALI W WARUNKACH KRYZYSU

Streszczenie: W warunkach kryzysu podmioty lecznicze stają przed dylematem wyboru takiego sposobu funkcjonowania, który nie zmniejszając dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz nie pogarszając jakości świadczonych usług medycznych, pozwala funkcjonować w ramach określonego, z reguły zmniejszonego budżetu. Jednym ze sposobów poszukiwania oszczędności kosztów funkcjonowania jest dokonanie rewizji kosztów działań logistycznych, a co za tym idzie – rozważenie możliwości i celowości zlecenia realizowania działań logistycznych wyspecjalizowanemu podmiotowi logistycznemu na zasadzie outsourcingu. Poszukiwanie nowych kooperantów świadczących usługi logistyczne w sposób kompleksowy jest klasycznym w logistyce dylematem *make or buy*. W świetle powyższego w artykule poszukano odpowiedzi na następujące dwa pytania: 1) W jakich warunkach outsourcing logistyczny może być skutecznym rozwiązaniem zwiększającym sprawność funkcjonowania szpitali? 2) W jakie kompetencje powinien być wyposażony podmiot świadczący usługi logistyczne, by spełnić wymagania stawiane przez szpitale, których zadaniem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych nawet nieodpłatnie w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjenta?

Słowa kluczowe: outsourcing, obsługa logistyczna, szpital.

DOI: 10.15611/pn.2015.383.14

Zarządzanie może być postrzegane jako pięciostopniowy proces, na który składają się: świadomość, zrozumienie, podejmowanie decyzji, inicjowanie zmiany i osiągnięcie pożądaných rezultatów

Weston Agor [1998, s. 149]

1. Wstęp

Funkcjonowanie szpitali w warunkach kryzysu gospodarczego stanowi wyzwanie dla menedżerów zarządzających nimi, niezależnie od ich formalnego wykształcenia czy posiadanych kompetencji. W szczególności pod powszechnym naciskiem na zmniejszanie kosztów funkcjonowania szpitali zwiększa się presja szeroko rozu-

mianego otoczenia na menedżerów w zakresie poszukiwania sposobów bardziej efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów. Jednocześnie, co jest skutkiem współczesnych oczekiwań, często rosną – zarówno w wymiarze ilościowym, jak i jakościowym – oczekiwania w zakresie obsługi pacjentów. W warunkach kryzysu podmioty lecznicze stają zatem przed dylematem wyboru takiego sposobu funkcjonowania, który nie zmniejszając dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz nie pogarszając jakości świadczonych usług medycznych, pozwala funkcjonować w ramach określonego, z reguły zmniejszonego budżetu. Zatem zarządzanie pojedynczymi szpitalami działającymi w sferze publicznej jako przedmiot nauk o zarządzaniu [Sudoł 2012, s. 43] powinno przyczynić się do podniesienia sprawności ich funkcjonowania. Jest to ważne w świetle oceny, że proces podejmowania decyzji w organach publicznych (szpitalach) cechuje niższy poziom racjonalności niż w organizacjach biznesowych [Frączkiewicz-Wronka 2009, s. 100].

2. Sprawnościowy wymiar funkcjonowania szpitali w warunkach kryzysu – dylemat zarządczy

Funkcjonowanie szpitali, niezależnie od poglądów na ich istotę w aspekcie sposobu funkcjonowania (organizacja dążąca do maksymalizowania zysku bądź działająca ideologicznie w systemie non profit)¹, powinno zapewniać skuteczność ochrony zdrowia pacjentów. Logistycy, rozważając kwestie skuteczności, zwracają uwagę na sprawność przepływów materialnych i informacyjnych, kwestie sprawności zaś pojmują zgodnie z prakseologicznym ujęciu nauk o zarządzaniu. Pojęcie to można ująć, za T. Kotarbińskim, w sensie *uniwersalnym*², *syntetycznym*³ oraz *manipulacyjnym*⁴ [Kotarbiński 1969, s. 127]. Pierwsze znaczenie dotyczy nazwy ogólnej każdego z walorów praktycznych. Podstawowymi walorami praktycznymi – czyli postaciami sprawności – według J. Zieleniewskiego są *skuteczność*, *korzystność* i *ekonomiczność* [Zieleniewski 1981, s. 232–233]. W ujęciu syntetycznym sprawność stanowi ogół tych walorów razem wziętych. *Skutecznymi* (inaczej celowymi) określić należy takie działania lub sposoby działania, które w jakimś stopniu prowadzą do skutku zamierzonego jako cel [Kotarbiński 1969, s. 115]. Działanie jest więc skuteczne, kiedy umożliwia lub powoduje osiągnięcie celu. Współcześnie skuteczność jakiegoś działania oznacza podejmowanie właściwych decyzji i z powodzeniem wprowadzanie ich w życie⁵ lub – nieco szerzej – to także umiejętność wyznaczania

¹ Poza nielicznymi wyjątkami, szpitale funkcjonują na zasadach gospodarczych, mając jednak wiele problemów związanych ze zbilansowaniem kosztów i przychodów. W Polsce rynek usług medycznych w swojej podstawowej części nie ma charakteru wolnorynkowego.

² Jako walor praktyczny sprawnego działania w postaci sprawności i skuteczności, sprawności i korzystności oraz sprawności i ekonomiczności.

³ Jako walor praktyczny sprawnego działania.

⁴ Jako zręczność posługiwania się narzędziami.

⁵ R.W. Griffin proponuje, aby skuteczność rozpatrywać w czterech podejściach: 1) podejście systemowo-zasobowe; oznacza ono zakres, w jakim organizacja jest w stanie zapewnić sobie potrzebne

odpowiednich celów [Stoner, Freeman, Gilbert jr. 2001, s. 625; Pfohl 1998, s. 42–43]. Kategoria *korzystności* jakiegoś działania jest wielkością mianowaną. Przy jej ocenie bierzemy pod uwagę zarówno elementy wyniku użytecznego, jak i wszelkie elementy kosztu. Korzystność dotyczy zarówno zamierzonych, jak i niezamierzonych skutków działania [Stoner, Freeman, Gilbert jr. 2001, s. 225]. Korzystność może być także utożsamiana z pojęciem wartości dodanej⁶. Miarą *ekonomiczności* działania jest stosunek wyniku użytecznego do kosztu. Jeśli ten stosunek jest większy od jedności, to mówimy, że pewne działanie jest ekonomiczne, w przeciwnym razie działanie nazwiemy nieekonomicznym. Ekonomiczność jest wielkością niemianowaną. Działanie niekorzystne jest również działaniem nieekonomicznym, i odwrotnie, każde działanie korzystne jest również działaniem ekonomicznym [Zieleniewski 1981, s. 226–227].

Na tle tych rozważań można sprecyzować problem, przed jakim stają współcześni menedżerowie szpitali. Sprowadza się on – nieco trywializując – do wyboru generalnej zasady – skuteczne czy ekonomiczne leczenie. Istnieje duża przestrzeń, gdzie wybór menedżera jest w istocie zero-jedynkowy. Skuteczne leczenie nie zawsze jest leczeniem korzystnym. Może być ono leczeniem wyjątkowo drogim, o niskim prawdopodobieństwie sukcesu, ale jednak stwarzającym szansę wyleczenia. W przypadkach postępowania zgodnie z tymi zasadami mamy do czynienia z dążeniem do zapewnienia jakości życia chorego na poziomie odpowiadającym poczuciu humanitaryzmu danej społeczności⁷. Przykładem takiego działania jest leczenie paliatywne⁸. Istnieją metody oszacowania opłacalności leczenia chorób – pod uwagę bierze się nie tylko chorobę, lecz także jej stan (zakres), medianę oczekiwanego czasu życia, szanse nawrotu choroby, koszt leczenia oraz wiek pacjenta [Cormier i in. 2007]. Kluczową rolę w tym procesie odgrywa znana już od prawie pięćdziesięciu lat miara korzyści zdrowotnych, jaką są lata skorygowane o jakość ży-

zasoby; 2) podejście celowe; oznacza koncentrację organizacji na tym, w jakim stopniu osiąga ona swoje cele; 3) podejście od strony procesów wewnętrznych; skuteczność jest osiągana dzięki koncentrowaniu się na minimalizowaniu napięć, integrowaniu jednostek z organizacją, bezkonfliktowym i sprawnym wykonywaniu operacji; 4) podejście uwzględniające strategicznych zwolenników; osiąganie skuteczności związane jest koncentracją na stronach zainteresowanych sukcesem organizacji [Griffin 2004, s. 7, 98].

⁶ J. Kay twierdzi, że podstawowym miernikiem powodzenia organizacji jest dodana wartość, która stanowi różnicę między wartością wyników firmy a kosztem ponoszonych przez nią nakładów. W tym znaczeniu dodana wartość jest zarazem czynnikiem motywacyjnym działalności korporacji i miernikiem jej osiągnięć [Kay 1996, s. 37].

⁷ Takie standardy akceptowalnego cierpienia jednostki bywają różnie określone i akceptowane w różnych społeczeństwach. W zależności od utrwalonych zasad moralnych, znaczenia jednostki w systemie społecznym oraz od możliwości finansowych zarówno poszczególnych jednostek, jak i systemu ochrony zdrowia.

⁸ Celem leczenia paliatywnego nie jest uzyskanie wyleczenia, czy też zatrzymanie procesu chorobowego, ale poprawienie jakości życia chorych w danym stadium choroby.

cia (QALYs)⁹. Celem w tym przypadku jest ułatwienie podejmowania decyzji przez płatnika świadczeń zdrowotnych, który z tytułu ograniczonych środków musi dokonywać wyborów pomiędzy wzajemnie wykluczającymi się terapiami zdrowotnymi. Wyliczenie wyników zdrowotnych w postaci QALYs oznacza, że można określić koszty alternatywne danej interwencji jako utracone korzyści, tj. utracone wyniki zdrowotne dla innej grupy pacjentów [Sculpher 2006, s. 1091]. Te rozważania, daleko niekompletnie wyczerpujące temat, mogą być przesłanką stwierdzenia, że szanse podjęcia terapii najlepszej, czy też najlepiej rokującej, nie są równe dla wszystkich, gdyż w warunkach ograniczonych zasobów, szczególnie finansowych, ratowanie życia jednych pacjentów odbywa się kosztem innych pacjentów. Ta sytuacja jest powodem powstawania wielu dylematów, przed jakimi stają menedżerowie szpitali [Szoftysek 2014, s. 87–106]. Zarządzanie systemem ochrony zdrowia związane jest ze stałym procesem rozwiązywania problemów, stających na pograniczu racjonalności ekonomicznej i zasad moralnych. Miarą powodzenia danego systemu opieki zdrowotnej jest stopień osiągnięcia celów, jakie stawiane są przed tym systemem. S. Poździoch wśród celów działania systemu opieki zdrowotnej, mających przyczynić się do zabezpieczenia i poprawy stanu zdrowia, wymienia [Poździoch 2000]:

- dostępność opieki,
- jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasady jej ciągłości i globalnego podejścia,
- efektywność opieki zdrowotnej – produktywność, racjonalność i skuteczność.

Można więc stwierdzić, że efektywność jest jednym z celów, jakie powinny być osiągnięte w systemie opieki zdrowotnej. Celem nie jest natomiast – czego często domagają się świadczeniodawcy i pacjenci – świadczenie coraz większej liczby usług czy przeznaczanie coraz większych środków na ochronę zdrowia, lecz właściwe wykorzystanie posiadanych zasobów [Kautsch 2011, s. 63]. W takiej perspektywie postrzegania powodzenia systemu opieki zdrowotnej, w przypadkach dylematów moralnych w trudnych do rozstrzygnięcia wyborach, odchodzenie od efektywności kosztowej jest dopuszczalne [Szoftysek 2014, s. 87–106]. Jednak kwestie finansowe stają się współcześnie w Polsce istotnym czynnikiem, współdecydującym o sposobach zarządzania szpitalem i wyznaczania generalnych zasad jego funkcjonowania. Coraz częściej stosowane w zarządzaniu szpitalami strategiczne karty wyników (BSC) wykorzystują nie tylko tradycyjne wskaźniki finansowe, lecz integrują je ze wskaźnikami niefinansowymi w perspektywie klienta (pacjenta), wewnętrznych procesów biznesowych, wiedzy i rozwoju. Stosowanie tego narzędzia, szeroko komentowane jako wysoce przydatnego w zarządzaniu szpitalami, włącza elementy rachunku kosztów jako stałego elementu współtworzącego wyniki funkcjonowania szpitali poprzez istotną modyfikację zarządzania operacyjnego w powiązaniu z całościową strategią szpitala. W stosunku do tradycyjnego modelu BSC placówka

⁹ QALYs to miara generyczna, dzięki której możliwe jest porównywanie wyników zdrowotnych różnych interwencji oferowanych różnym grupom pacjentów.

lecnicza powinna przerehabilitować pytania prowadzące do poprawnego zdefiniowania celów w poszczególnych perspektywach [Szynekiewicz 2012, s. 150–151]:

- Perspektywa klienta – czego oczekują od nas pacjenci i inni interesariusze, w tym instytucje założycielskie?
- Perspektywa procesów – co możemy usprawnić, aby lepiej realizować naszą misję?
- Perspektywa rozwoju – jakie kompetencje i wyposażenie pomogą nam działać sprawniej, jak powinniśmy się zmieniać?
- Perspektywa finansowa (tym razem umieszczona najniżej w modelu BSC) – jak sprawnie pozyskujemy środki finansowe z NFZ, od donatorów i z rynku komercyjnego, w celu rozwoju naszej placówki?

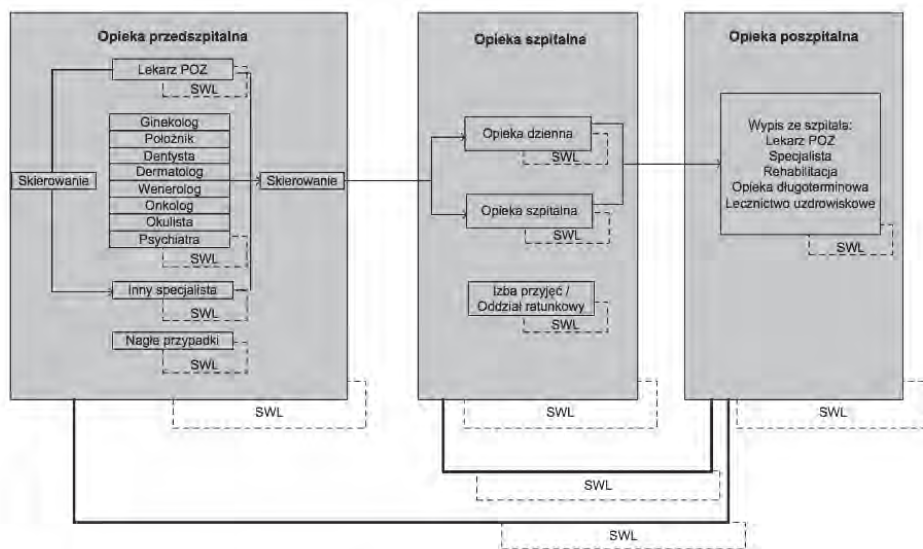
Zazwyczaj obniżanie kosztów (np. przez zwolnienia wśród personelu, ale nie tylko) skutkuje obniżeniem jakości opieki medycznej. By temu zapobiec, należy poszukiwać możliwości dokonywania oszczędności kosztów poprzez usprawnianie procesów logistycznych szpitali. Identyfikacja procesów logistycznych, realizowanych w szpitalach, oraz wdrożenie logistycznego zarządzania nimi jest próbą odnalezienia kompromisu w warunkach określających opisywane dylematy zarządcze.

3. Wsparcie logistyczne w funkcjonowaniu szpitali

Funkcjonowanie szpitali jest ściśle powiązane z istniejącymi przepływami materiałowymi i osób (pacjentów) oraz związanym z nimi przepływem informacji, występującym zarówno w skali ponadzakładowej – w postaci tradycyjnie pojmowanych łańcuchów dostaw czy też organizacji sieciowych, jak i wewnątrz poszczególnych szpitali, porównywalnych do tradycyjnej logistyki podmiotów gospodarujących. Specyfiką łańcuchów dostaw w opiece zdrowotnej umożliwiającą sprawne funkcjonowanie szpitali jest przejmowanie funkcji głównego ogniwa¹⁰ szpitalom, które wskutek funkcjonowania w warunkach ograniczonej swobody gospodarowania¹¹ są ich najsłabszymi ogniwami. Dlatego, zdaniem autorów, w głównej mierze należy skupić się nie na całym łańcuchu dostaw w opiece zdrowotnej, a na zarządzaniu szpitalem, by zidentyfikować mechanizmy współtworzące przepływy wewnątrzszpitalne. W tym celu należy zidentyfikować główne procesy zachodzące w szpitalach. Analizując główne procesy obsługi pacjentów, jesteśmy w stanie zidentyfikować niezbędne procesy wsparcia logistycznego (rys. 1) warunkujące świadczenie usług medycznych na odpowiednim poziomie [Szołtysek, Twaróg 2011, s. 306].

¹⁰ Główne (wiodące) ogniwo w łańcuchu dostaw przejmuje zazwyczaj funkcje integratora. Taka władza w łańcuchu dostaw wynika zazwyczaj z uprzywilejowanej (najsilniejszej) pozycji, pozwalającej pozostałym ogniwom łańcucha realizować swoje cele gospodarcze. W łańcuchach opieki zdrowotnej szpitale posiadają najsilniejszą pozycję nie ze względu na ich funkcje przywódcze, ale z powodów ideologiczno-społecznych. Nie zmienia to jednak faktu, że stanowią one najsłabsze ogniwo w takich łańcuchach, a to determinuje ich powodzenie jako metaorganizacji.

¹¹ Funkcjonowanie szpitali tylko w określonym zakresie spełnia wymogi gospodarowania, jednak ten wymiar ich funkcjonowania zazwyczaj negatywnie wpływa na powodzenie łańcucha jako całości.



*SWL – System Wsparcia Logistycznego

Rys. 1. Logistyczne wsparcie w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych

Źródło: *Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*, WHO 2011, Warszawa 2012, s. 146; [za:] J. Szołtysek, *Logistyka w sektorze ochrony zdrowia. Dylematy moralne a zarządzanie logistyczne*, [w:] *Logistyka. Współczesne wyzwania*, nr 5, red. J. Szołtysek, B. Detyna, PWSZ, Wałbrzych 2014.

Wsparcie logistyczne w takim systemie możliwe jest zarówno w postaci rozproszonej, przynosząc konkretne korzyści poszczególnym szpitalom, jak i w skali przekraczającej jeden podmiot – wówczas efekt synergii zdaje się być bardziej znaczący. Można zapytać, czy taki pomysł nie jest przypadkiem poprawny wyłącznie w teorii, gdyż w praktyce owe podmioty mają różnych właścicieli i realizują oddzielnie korzyści dla nich, wspólne zaś zarządzanie logistyczne nimi może zagrozić maksymalizowaniu efektów dla poszczególnych właścicieli oraz stworzyć inne zagrożenia (np. dla samodzielności, niezależności, przewagi marketingowej, odmienności usługowej itp.). Podstawowym problemem, jaki w takim wypadku należy rozstrzygnąć, jest cel funkcjonowania szpitali – w jakim stopniu nastawiony jest na realizację zysku, a w jakim – na ochronę zdrowia pacjentów. Ponadto – analizując strukturę kosztów – należy odpowiedzieć na pytanie, w jakim stopniu niesprawności w przepływach materialnych generują dodatkowe koszty, których uniknięcia można się spodziewać poprzez: 1) zwiększenie skali funkcjonowania, 2) zastosowanie zasad zarządzania logistycznego, 3) eliminację zbędnych przepływów materialnych. Niekiedy rezygnacja z części suwerenności podmiotu może okazać się dla niego korzystna w różnych perspektywach realizacyjnych. Gdy odpowiedzi na te

pytania okażą się pozytywne, wówczas wdrożenie zasad zarządzania logistycznego może być w pełni uzasadnione. Wówczas pojawia się kolejny problem – komu powierzyć zadania przygotowania organizacji do zarządzania logistycznego oraz kto powinien tym zarządzaniem zajmować się zarówno w aspekcie strategicznym, jak i operacyjnym [Szołtysek 2014].

4. Outsourcing jako narzędzie poprawy funkcjonowania obsługi logistycznej szpitali

Jednym ze sposobów poszukiwania oszczędności kosztów funkcjonowania jest dokonanie rewizji kosztów działań logistycznych, które generują wysoki poziom kosztów, stanowiących od 10 do 40% wartości realizowanych usług¹², a co za tym idzie – rozważenie możliwości i celowości zlecenia realizowania działań logistycznych wyspecjalizowanemu¹³ podmiotowi logistycznemu na zasadzie outsourcingu. Poszukiwanie nowych kooperantów świadczących usługi logistyczne w sposób kompleksowy jest klasycznym w logistyce dylematem *make or buy*. Skoro z teorii zastosowań outsourcingu w gospodarce wiemy, iż rozwiązanie to przynosi wymierne korzyści w postaci oszczędności, to poprzez analogię można upatrywać również tego samego w funkcjonowaniu szpitali. W świetle powyższych rozważań poszukano odpowiedzi na następujące dwa pytania: 1) W jakich warunkach outsourcing logistyczny może być skutecznym rozwiązaniem zwiększającym sprawność funkcjonowania szpitali? 2) W jakie kompetencje powinien być wyposażony podmiot świadczący usługi logistyczne, by spełnić wymagania stawiane przez szpitale, których zadaniem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych nawet nieodpłatnie w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia pacjenta?

4.1. W jakich warunkach outsourcing logistyczny może być skutecznym rozwiązaniem zwiększającym sprawność funkcjonowania szpitali?

Zdefiniowana uprzednio skuteczność funkcjonowania szpitali, zdaniem autorów, jest możliwa do realizowania w praktyce m.in. poprzez adaptację do warunków zewnętrznych, jakie zmienne otoczenie stwarza dla danego podmiotu (bądź grupy podmiotów), oraz kreowanie warunków wewnątrz organizacji dla wyzwania kreatywności pracowników.

Wydaje się kwestią bezsporną, że istnieje zależność pomiędzy doświadczeniem zawodowym i wiedzą specjalistyczną kadry (w tym logistycznej) a sprawnością zarządzanych przez nich procesów. Im większe doświadczenie i wiedza osób zarządzających (w tym działaniami logistycznymi), tym większe szanse na osiągnięcie wyższej sprawności tych działań. W tym obszarze zarządzczym warto zwrócić

¹² Wiedza o tych kosztach jest istotna dla podejmowania decyzji zarówno w skali mikro-, jak i makroekonomicznej.

¹³ Tj. posiadającemu kompleksowe i profesjonalne kompetencje logistyczne oraz okołomedyczne.

uwagę na dostosowanie kompetencji (w tym społecznych) do obszaru, którym owi menedżerowie zarządzają. Mowa tu o generalnej zasadzie różnicowania tworzonej wiązki celów w zależności od istotności społecznych aspektów funkcjonowania państwa i odchodzeniu od wymogu ekonomicznej efektywności (lub nadawaniu tym aspektom mniejszej wagi), czego nie należy mylić z niegospodarnością. Wymiar humanitarny wydaje się w takich zastosowaniach stanowić pewien problem dla osób zarządzających, w tym – w zależności od wykształcenia kierunkowego i indywidualnej wrażliwości społecznej – może przyczyniać się do zróżnicowanego poziomu oferowanych przez jednostki ochrony zdrowia usług. Takie różnice w podejściu można zauważyć szczególnie w przypadkach zarządzania jednostkami ochrony zdrowia przez lekarzy lub pielęgniarki, zazwyczaj nieposiadających wymaganych kompetencji bądź lekceważących zasady finansowe w związku ze stawianiem na pierwszym planie dobra pacjenta (racje humanitarne). Urzędnicy odpowiedzialni za dyscyplinę budżetową i gospodarujący niedostatecznymi zasobami finansowymi podejmują często decyzje, które są w osądzie społecznym oceniane negatywnie w związku z ich niehumanitarnym charakterem. Ważne, aby przed skorzystaniem z outsourcingu obsługi logistycznej zdawać sobie sprawę, iż powierzenie władzy konkretnemu podmiotowi z jednej strony stanowi swego rodzaju przymus organizacyjny dla pozostałych jednostek wchodzących w skład łańcucha dostaw. Jest on zazwyczaj związany z częściową utratą suwerenności w zakresie podejmowanych decyzji o charakterze organizacyjnym, ale również czasami o charakterze strategicznym. Taka sytuacja, poza ryzykiem związanym z ewentualnym wyeliminowaniem podmiotu ze struktury łańcucha i pozostawieniem organizacji z kompletem zasobów i kompetencji nieprzydatnych do funkcjonowania w innej strukturze, z drugiej strony pozwala na realizowanie korzyści wynikających ze współpracy w łańcuchu. Należy do nich zaliczyć m.in. wyeliminowanie dublujących się zadań i funkcji związanych nie tylko z obszarami współpracy poszczególnych jednostek¹⁴, lecz także tych, które pozostają w określonej zależności od charakteru (ilościowego i jakościowego)¹⁵ zadań świadczonych na rzecz dostawców i odbiorców [Twaróg 2014, s. 18]. To z kolei może być powiązane z uzyskaniem sukcesu zarządzania logistycznego. Sukces zarządzania logistycznego polega nie tylko na doświadczeniu i wiedzy osób zarządzających, ale również na fachowej kadrze logistycznej, wyposażeniu jednostki w – niezbędny do identyfikowania, kontrolowania i regulowania procesów przepływów materialnych i informacyjnych – dostęp do odpowiednich programów wspierających tych jednostek w aspekcie przepływowym. Prawdopodobnie wydzielenie odpowiednich funduszy na realizowanie tych procesów. Także wychodzenie zarządzania tymi procesami poza szpital w kierunku góry łańcucha dostaw. I wreszcie – osiągnięcie konsensusu uzyskiwania kompromisu kosztowo-obslugowego pacjentów, dostawców oraz innych jednostek (laboratoria, krwiodaw-

¹⁴ Czyli na styku pomiędzy kontrahentami (wyjście z podmiotu 1 wejście do podmiotu 2).

¹⁵ Chodzi tu m.in. o kształtowanie struktury asortymentowej zapasów związanej z możliwościami i potrzebami kontrahentów.

stwo). Uwarunkowania te związane są z zasobnością społeczeństwa oraz wydolnością systemu finansowania.

4.2. W jakie kompetencje powinien być wyposażony podmiot świadczący usługi logistyczne, by spełnić wymagania stawiane przez szpitale?

W odpowiedzi na coraz częściej werbalizowane sygnały dotyczące zapotrzebowania na wyspecjalizowane usługi logistyczne wydaje się, że najbardziej odpowiednią grupę gotową do wdrażania usług profesjonalnych dla szpitali stanowią firmy TSL (transport, spedycja, logistyka), których działalność polega na świadczeniu zróżnicowanych usług logistycznych. Należałoby jednak zwrócić uwagę, że nawet pośród tej grupy nie każda firma oferująca usługi logistyczne jest w stanie podjąć się działań związanych z logistyką w szpitalu. Najczęściej są to podmioty określane mianem operatorów logistycznych, które są postrzegane jako wyspecjalizowane podmioty gospodarcze, oferujące szeroki zakres usług logistycznych (od prostych aż do kompleksowych) oraz posiadające odpowiednie zasoby (materialne i niematerialne) potrzebne do świadczenia usług w celu usatysfakcjonowania klienta czy beneficjenta [Twaróg 2014, s. 18]. Od firm świadczących tego typu usługi logistyczne na rzecz szpitali wymaga się redefiniowania wiązki celów podejmowanych decyzji operacyjnych. Kwestia dotyczy tego, by skuteczność była czynnikiem o znacznie wyższym priorytecie niż ekonomiczność działań. Poza tym dla operatorów logistycznych oznacza to nowe przedsięwzięcia, które znacznie wykraczają poza tradycyjny obszar świadczenia usług logistycznych. Wymagają podjęcia ryzyka wejścia na nowy obszar działalności. Te nowe przedsięwzięcia mogą być pomysłem na nową usługę, na prowadzenie nowego biznesu. Jednakże żeby przyniósł on pożądane efekty, wymaga to od operatora logistycznego ciągłego procesu uczenia się oraz dużej elastyczności i umiejętności szybkiego podejmowania decyzji. Potrzebna jest nieustanna praca, nieustanne wyszukiwanie zastosowań wartości, które oferuje klientowi nowa usługa.

Aby sprostać nowym oczekiwaniom świadczenia usług w ramach obsługi szpitali, wymaga się od operatora logistycznego „znaczących umiejętności”. Jednak trudno jest jednoznacznie określić, co dany operator logistyczny będzie klasyfikował do tego pojęcia.

Tabela 1. Operatorzy logistyczni oferujący usługi wsparcia logistycznego podmiotom leczniczym

Operator	Szpital	Transplantologia	Farmacja
DACHSER	-	-	+
DHL	+	+	+
DSV	-	-	+
FIEGE	+	-	+
FM LOGISTICS	-	+	+
HELLMANN	+	-	+

Źródło: opracowanie własne.

Obserwując podmioty funkcjonujące na rynku usług logistycznych, można zauważyć, że obecnie coraz więcej z nich oferuje usługi związane ze wsparciem podmiotów leczniczych [Płaczek, Twaróg 2013, s. 76–81]. Wśród nich wymienić można Dachser, DHL, DSV, Fiege, FM Logistics, Hellmann (tab. 1).

Zarządzanie logistyczne w szpitalu może obejmować zarówno stosunkowo proste działania logistyczne (procesy i czynności), takie jak transport i magazynowanie, jak i wysoce skomplikowane zarządzanie metaorganizacją, jaką jest łańcuch dostaw (rys. 2). W ofercie operatorów logistycznych działających na rzecz szpitali można odnaleźć adekwatny do potrzeb wachlarz usług w zakresie logistyki w szpitalu (tab. 2).



Rys. 2. Typologia usług logistycznych na rzecz szpitali uwzględniająca rosnący profesjonalizm ich świadczenia

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Wachlarz usług logistycznych w zakresie obsługi logistycznej szpitali

Operator	Transport	Magazynowanie	Zarządzanie logistyczne strumieniami zwrotnymi	Zarządzanie łańcuchem dostaw
DHL	+	+	+	+
FIEGE	+	+	-	+
HELLMANN	+	+	-	+

Źródło: opracowanie własne.

Do pełnego zakresu usług logistyki szpitalnej oferowanych przez DHL zalicza się: 1) konsolidację poza terenem szpitala, 2) usługi zarządzania zasobami, 3) usługi transportu pacjentów, 4) fakturowanie, 5) opłaty spedycyjne, 6) obsługę reklamacji, 7) analizę i raportowanie, 8) uzupełnianie produktów, 9) wytwarzanie produktów, 10) transport przychodzący, 11) przyjęcie towarów, 12) przygotowanie zamówienia, 13) dostawę do szpitala, 14) przekazywanie odpowiednich produktów na oddziały szpitalne, oraz 15) analizę i projekt łańcucha dostaw [www.dhl.com.pl]. Ponadto DHL uruchomił dział *Medical Desk*, skierowany do m.in. do szpitali, który specjalizuje się w obsłudze przesyłek wymagających określonej temperatury, takich jak próbki medyczne czy wyniki badań z akademickich ośrodków naukowych. W tym celu DHL zwiększył sieć logistyczną i wsparcie technologiczne (stworzył szeroki wybór opakowań specjalistycznych o różnej wadze i pojemności utrzymujących stałą temperaturę w określonym czasie).

Korzystając z firm zewnętrznych, należy dodatkowo pamiętać, iż nie ma jednej uniwersalnej koncepcji outsourcingu w szpitalu. Podjęcie decyzji o outsourcingu usług okołomedycznych (transport leków, organizacja zwrotów itp.) to wypadkowa uwarunkowań wewnętrznych (stosowane technologie, kompetencje pracownicze, zasoby finansowe, kulturowe i inne) i zewnętrznych [Foltys, Szafranowicz 2013, s. 138–140].

5. Zakończenie

Kompleksowość i poziom skomplikowania niektórych procesów logistycznych w świadczeniu usług na rzecz szpitali oraz nieustająca presja na redukcję kosztów (przede wszystkim w warunkach kryzysu) i coraz powszechniejsza tendencja do koncentracji na działalności kluczowej sprawiają, że część działań (w tym logistycznych) powierzana jest wyspecjalizowanym firmom zewnętrznym (outsourcing). Skorzystanie z outsourcingu obsługi logistycznej szpitali pomoże zwiększyć efektywność pracy personelu medycznego lub zmniejszyć straty (np. zasobowe) w ramach szpitalnego łańcucha dostaw. Te z kolei muszą być postrzegane jako kluczowe cele w ramach sektora ochrony zdrowia.

Konkludując, outsourcing jest ważnym elementem restrukturyzacji szpitali, pozwalającym skoncentrować się na podstawowej działalności medycznej, z jednej strony, oraz ograniczyć środki finansowe – z drugiej.

Literatura

Agor W., 1998, *Intuicja w organizacji. Jak twórczo przewodzić i zarządzać*, Profesjonalna Szkoła Biznesu, Kraków.

- Cormier J.N. i in., 2007, *Analiza opłacalności ekonomicznej leczenia uzupełniającego interferonem u chorych na czerniaka z przerzutami do węzłów chłonnych*, „Journal of Clinical Oncology”, tom 5, nr 5.
- Foltys J., Szafranowicz J., 2013, *Analiza procesu reorganizacji szpitali miejskich z wykorzystaniem outsourcingu na przykładzie miasta Chorzowa*, „JEcolHealth”, tom 17, nr 3, s. 129–141.
- Frączkiewicz-Wronka A., 2009, *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Griffin W.R., 2004, *Podstawy zarządzania organizacjami*, wyd. 2. zmienione, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Kautsch M., 2011, *Cele systemu ochrony zdrowia a efektywność w ochronie zdrowia w Polsce*, Problemy Zarządzania, tom 9, nr 3 (33), Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Kay J., 1996, *Podstawy sukcesu firmy*, PWE, Warszawa.
- Kotarbiński T., 1969, *Traktat o dobrej robocie*, Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków.
- Pfohl H.Ch., 1998, *Systemy logistyczne*, Instytut Logistyki i Magazynowania, Poznań.
- Płaczek E., Twaróg S., 2013, *Dedicated logistics provider for blood donation purposes as an example of blood supply chain management in Poland*, Journal of Economics & Management, vol. 12, University of Economics in Katowice, Katowice, s. 76–81.
- Póździej S., 2000, *System zdrowotny*, [w:] *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, S. Póździej, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- Sculpher M., 2006, *Analysis Sans Frontieres*, „Pharmacoeconomics”, no. 24(11).
- Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert jr D.R., 2001, *Kierowanie*, tłum. z ang. A. Ehrlich, wyd. 2. zmienione, PWE, Warszawa.
- Sudoł S., 2012, *Nauki o zarządzaniu. Podstawowe problemy, kontrowersje i propozycje*, PWE, Warszawa.
- Szołtysek J., 2014, *Logistyka w sektorze ochrony zdrowia. Dylematy moralne a zarządzanie logistyczne*, [w:] *Logistyka. Współczesne wyzwania*, nr 5, red. J. Szołtysek, B. Detyna, PWSZ, Wałbrzych.
- Szołtysek J., Twaróg S., 2011, *Przesłanki stosowania logistycznego wsparcia usług medycznych w polskich szpitalach*, [w:] *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu nr 234, Strategie i logistyka w sektorze usług. Logistyka w nietypowych zastosowaniach*, red. A. Baraniecka, J. Witkowski, UE, Wrocław.
- Szykiewicz P., 2012, *Nowoczesne metody zarządzania a specyfika sektora ochrony zdrowia*, [w:] *Przekształcenia strukturalne i społeczne w ochronie zdrowia*, red. R. Lewandowski, M. Kautsch, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, tom XIII, zeszyt 5, UŁ, Łódź.
- Twaróg S., 2014, *Scenariusze rozwoju systemu zarządzania logistycznego cywilnym krwiodawstwem w Polsce*, cz. 2, „Logistyka”, nr 5, s. 18–24.
- Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*, 2012, WHO 2011, Warszawa.
- Zieleniewski J., 1981, *Organizacja i zarządzanie*, PWN, Warszawa.
- www.dhl.com.pl/pl/logistics/rozwiązania_dla_sektorow_branzowych/branza_biomedyczna_i_ochrona_zdrowia/logistyka_szpitalna.html

OUTSOURCING OF LOGISTICS SERVICES IN HOSPITALS IN THE CONDITIONS OF CRISIS

Summary: In crisis conditions healthcare related entities have to face a dilemma to choose the way they should function in order not to decrease patients' availability of healthcare services and not to decrease the quality of their services provided under their specified and frequently decreased budgets. One of the ways to look for savings in the contexts of costs is to revise

costs to be borne while performing logistics related actions. It may turn out to be necessary to analyse whether it is possible and justified to outsource logistics activities to specialised logistics entities. Looking for new partners who provide logistic services in a complex manner is a classical dilemma in logistics: make or buy. Therefore, in the article attempts to answer the following questions are made: 1) In which conditions can logistic outsourcing be an effective solution that would increase effectiveness of hospitals? 2) Which competencies should an entity that provides logistic services have to meet requirements set by hospitals whose task is to provide people with healthcare services, even free of charge in case patient's life and health are exposed to risk.

Keywords: outsourcing, logistics services, hospital.