

OŚRODEK
MYŚLI
SPOŁECZNEJ
IM. F. LASSALLE'A

OUTSOURCING USŁUG NIEMEDYCZNYCH W SZPITALACH PUBLICZNYCH

WPŁYW ZLECANIA USŁUG UTRZYMANIA CZYSTOŚCI
PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM NA WARUNKI PRACY
ORAZ BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW

© **Katarzyna Duda**

prawniczka, absolwentka Uniwersytetu Opolskiego, ekspertka Ośrodka Myśli Społecznej im. F. Lassalle'a.

„*Outsourcing usług niemedyycznych w szpitalach publicznych*”

Zespół projektu

Katarzyna Duda,

Rajmund Niwiński,

Michał Syska.

Skład

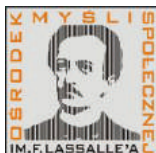
Olga Furman-Szczotkowska



Projekt realizowany ze środków Fundacji im. Stefana Batorego
w ramach programu Demokracja w Działaniu

ISBN: 978-83-63901-12-7

Materiał przeznaczony do dystrybucji nieodpłatnej



Ośrodek Myśli Społecznej im. Ferdynanda Lassalle'a

biuro@lassalle.org.pl

lassalle.org.pl

Wrocław 2018

KATARZYNA DUDA

**OUTSOURCING USŁUG NIEMEDYCZNYCH
W SZPITALACH PUBLICZNYCH**

**WPŁYW ZLECANIA USŁUG UTRZYMANIA CZYSTOŚCI
PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM NA WARUNKI PRACY
ORAZ BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW**

WROCŁAW 2018

SPIS TREŚCI

PRZEDMOWA	3
1. WPROWADZENIE	5
1.1. Cel i przedmiot badania	5
1.2. Metodologia	5
2. UWARUNKOWANIA PRAWNE I EKONOMICZNE STOSOWANIA OUTSOURCINGU	6
2.1. Transformacja systemu ochrony zdrowia po 1989 roku	6
2.2. Przesłanki stosowania outsourcingu w szpitalach publicznych	7
3. OUTSOURCING USŁUG UTRZYMANIA CZYSTOŚCI	11
3.1. Skala stosowania outsourcingu	11
3.2. Recepja klauzuli propracowniczej w zamówieniach publicznych	14
4. WARUNKI ZATRUDNIANIA I PRACY PERSONELU PORZĄDKOWEGO	16
4.1. Zjawisko biednych pracujących	16
4.2. Osłabienie więzi salowych i pielęgniarek	17
4.3. Koszty zdrowotne outsourcingu	19
4.4. Pozapłacowe warunki zatrudniania	19
4.5. Postawy pracowników wobec outsourcingu sprzątnia	20
4.6. Pozazwiązkowe formy samoorganizacji pracowniczej	21
4.7. Doświadczenia personelu sprzątającego związane z outsourcingiem wyżywienia i prania	22
5. WYNIKI KONTROLI NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI ORAZ INSPEKCJI HANDLOWEJ NA TEMAT OUTSOURCINGU USŁUG NIEMEDYCZNYCH	23
6. REKOMENDACJE	26
7. STRESZCZENIE	28
8. LITERATURA	31

Szanowni Państwo,

pochodzące z biznesowego słownika pojęcie *outsourcingu*, czyli strategii wydzielenia ze struktury przedsiębiorstwa niektórych funkcji i zlecenia ich wykonania podmiotom zewnętrznym, używane jest również w kontekście funkcjonowania instytucji publicznych. Wiąże się to z zastosowaniem rynkowej logiki w zarządzaniu administracją. W polskich realiach oznacza to przede wszystkim orientację na redukcję kosztów działania instytucji publicznych.

Ośrodek Myśli Społecznej im. F. Lassalle'a od kilku lat monitoruje skutki stosowania *outsourcingu* w sektorze publicznym. W wydanym w 2016 roku raporcie pt. „*Outsourcing usług ochrony oraz utrzymania czystości w instytucjach publicznych. Wpływ publicznego dyktatu najniższej ceny usług na warunki zatrudniania pracowników przez podmioty prywatne*” Katarzyna Duda na podstawie szeroko zakrojonych badań wykazała, że strategia ta pogarsza sytuację pracowników, nie poprawia jakości usług i nie przynosi zakładanych oszczędności.

Oddajemy do Państwa rąk kolejny raport, który jest zwieńczeniem naszych badań nad stosowaniem *outsourcingu* w szpitalach publicznych. W placówkach ochrony zdrowia strategia zlecenia usług podmiotom zewnętrznym oddziałuje nie tylko na warunki zatrudnienia wykonującego je personelu, ale również na sytuację pacjentów – ich komfort i bezpieczeństwo.

Mamy nadzieję, że niniejszy dokument i zawarte w nim rekomendacje znajdą zainteresowanie wśród osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie instytucji publicznych w Polsce, a świadomość wagi problemu dotrze do pacjentów – czyli nas wszystkich.

Michał Syska
Dyrektor Ośrodka Myśli Społecznej im. F. Lassalle'a

1. WPROWADZENIE

1.1. CEL I PRZEDMIOT BADANIA

Przedmiotem zainteresowania Ośrodka Myśli Społecznej im. Ferdynanda Lassalle'a stała się problematyka zastosowania outsourcingu usług niemedycznych w szpitalach publicznych w Polsce. W badaniu poświęconym temu zagadnieniu, przeprowadzonym w okresie od 1 lipca 2017 r. do 1 lipca 2018 r., skoncentrowano się na usługach utrzymania czystości. Celem badania było sprawdzenie, na jaką skalę 32 szpitale publiczne stosują outsourcing sprzątnia, jakie były uwarunkowania oraz jakie są doświadczenia instytucji z tym instrumentem zarządzania. Istotnym elementem badania były ponadto warunki zatrudniania personelu zatrudnianego przez firmy zewnętrzne oraz perspektywa pracowników na stosowanie przez szpitale outsourcingu. Decyzja o tym, aby poddać badaniu outsourcing utrzymania czystości w szpitalach wynikała z faktu, że są to instytucje, które z najwyższą starannością powinny dbać o jakość usług sprzątnia ze względu na spoczywającą na nich odpowiedzialność za stan zdrowia pacjentów. Z uwagi na szczególną rolę związaną z ochroną zdrowia szpitale powinny więc wykazywać się wielką troską o warunki zatrudniania pracowników odpowiedzialnych za te usługi, które wpływają na jakość wykonywanej pracy. Sprawdzenie, czy troska ta rzeczywiście zachodzi, jest zatem w interesie całego społeczeństwa.

1.2. METODOLOGIA

W celu uzyskania informacji na temat warunków zatrudniania pracowników utrzymujących czystość zatrudnianych przez firmy zewnętrzne przeprowadzono indywidualne wywiady pogłębione ze 116 osobami sprzątającymi. Przedmiotem analizy była ponadto dokumentacja postępowań o udzielenie zamówień publicznych w badanych szpitalach (przede wszystkim ogłoszenia o postępowaniach, specyfikacje istotnych warunków zatrudnienia oraz zawarte umowy). Badanie dotyczyło postępowań ogłoszonych między dniem 28 lipca 2016 roku, a 1 lipca 2018 roku. Korzystano z dokumentacji dostępnej na stronach Biuletynu Informacji Publicznej instytucji bądź otrzymanej na wniosek o udostępnienie informacji publicznej. Dokumenty postępowań sprawdzano przede wszystkim pod kątem obecności i właściwego zastosowania klauzuli propracowniczej uregulowanej w art. 29 ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych. Przeprowadzono ponadto indywidualne wywiady pogłębione z urzędnikami w szpitalach publicznych w celu uzyskania informacji na temat przesłanek stosowania outsourcingu oraz doświadczeń związanych z tym instrumentem zarządzania.

2. UWARUNKOWANIA PRAWNE I EKONOMICZNE STOSOWANIA OUTSOURCINGU

2.1. TRANSFORMACJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA PO 1989 ROKU

Po II wojnie światowej jednym z priorytetów rozwijającego się państwa polskiego było przejęcie odpowiedzialności za ochronę zdrowia obywateli, zapewnienie bezpłatnej opieki zdrowotnej i powszechnego dostępu do usług zdrowotnych¹. W celu skutecznego wywiązania się z tego zadania państwo przejęło na własność zakłady opieki zdrowotnej², a służba zdrowia stała się integralnym składnikiem aparatu administracyjnego³. Model centralnego planowania, przyjęty dla całej gospodarki, z pełną konsekwencją zastosowano w odniesieniu do opieki zdrowotnej⁴. Wszystkie zadania, począwszy od finansowania, przez decyzje o rozmieszczeniu placówek ochrony zdrowia i wyposażeniu w sprzęt, aż po planowanie obsługi etatowej na wszystkich poziomach, pozostawały w gestii państwa⁵. Zasadą było to, że pracownicy wszystkich szczebli instytucji, a więc zarówno personel medyczny, jak i osoby świadczące usługi niemedyczne (m.in. sprzątanie, pranie i gotowanie), byli pracownikami sektora państwowego.

W dobie transformacji ustrojowej na nowy kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce decydujący wpływ miały przede wszystkim następujące akty prawne:

1. **Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym uchwalona w dniu 6 lutego 1997 r.**

Na mocy tego aktu w sposób odmienny niż dotychczas miały być tworzone nakłady na ochronę zdrowia. System opieki zdrowotnej oparto na zasadzie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, który zastąpiono dotychczasowym tzw. systemem „budżetowym”⁶. Utworzono instytucje Kas Chorych (16 kas regionalnych, a więc tyle, ile nowych województw i 1 kasę branżową dla służb mundurowych), które zarządzały zgromadzonymi funduszami pochodzącymi

1 B. Fogt, *Poznański Ośrodek Reumatologiczny w kontekście zmian zachodzących w ochronie zdrowia w latach 1952 – 2005*, Poznań 2012, s. 25.

2 Choć państwo dążyło do monopolu na świadczenie usług w tym zakresie to należy zauważyć, że w systemie tym nie udało się całkowicie wyeliminować gabinetów prywatnych.

3 I. Jech-Męczekalska, *Prawne aspekty transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku. Interdyscyplinarne studium z zakresu nauk o zdrowiu i nauk prawnych*, Poznań 2016, s. 95.

4 B. Fogt, *Poznański Ośrodek Reumatologiczny...*, s. 33.

5 Red. T. Mróz, *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej...*

6 Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosiła w 1999 roku 7,5 proc. Podstawy wymiaru składki. Nowelizacja ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym w 2001 roku przewidywała stopniowy wzrost składki co roku aż do poziomu 9 proc. Składka wynosiła więc od 2001 roku – 7,75 proc., od 2003 roku – 8 proc., od 2004 roku – 8,25 proc., od 2005 roku – 8,5 proc., od 2006 roku – 8,75 proc., a od 2007 r. do chwili obecnej – 9 proc.

ze składek ubezpieczeniowych. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zreformowała system ochrony zdrowia pod względem finansowania, a także zarządzania. Wdrożona reforma ochrony zdrowia była ściśle związana z reformą samorządowo-administracyjną. Wraz z wprowadzeniem w 1999 roku nowego podziału administracyjnego kraju samorząd na trzech szczeblach: gminnym, powiatowym oraz wojewódzkim stał się organem założycielskim dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zrealizowano w ten sposób cel, jakim była decentralizacja odpowiedzialności za działalność sektora ochrony zdrowia⁷.

2. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia uchwalona w dniu 23 stycznia 2003 roku.

Na mocy tego aktu utworzono Narodowy Fundusz Zdrowia, który zastąpił 17 Kas Chorych. Działanie to było krokiem w kierunku ponownej centralizacji systemu ochrony zdrowia. NFZ jako centralny, publiczny płatnik zarządzał odtąd zgromadzonymi środkami i zabezpieczał ubezpieczonym świadczenia zdrowotne⁸. Zyskał prawo samodzielnego decydowania o cenach za świadczenia oraz ustalanie limitu świadczeń zdrowotnych.

W wyniku zmian systemowych w ochronie zdrowia jednostki samorządu terytorialnego przejęły funkcję organu założycielskiego dla przyporządkowanych im zakładów opieki zdrowotnej. Zakłady te zostały wcześniej przekształcone w jednostki samodzielne i uzyskały osobowość prawną. Początkowo głównym zarzutem, jaki podnoszono przeciwko tym reformom, była utrata kontroli nad systemem zdrowia przez administrację centralną poprzez rozproszenie jej między trzy szczeble samorządowe. W efekcie nastąpiło też pogłębienie dysproporcji w dostępie do świadczeń w poszczególnych regionach. Przemiany w postaci przekazania zarządzania jednostkom spoza administracji rządowej nie spełniły ponadto pokładanych w nich nadziei na zapewnienie sprawniejszego funkcjonowania i zwiększenia efektywności publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Brak transferu środków na realizację zadań ograniczył możliwości prowadzenia przez samorząd polityki zdrowotnej⁹. Deficyty zakładów pokrywały organy założycielskie, którymi były władze samorządowe, będące ostatecznymi płatnikami zobowiązań zaciąganych przez SPZOZ-y. Nie mogąc spłacić zadłużenia samorządy zwracały się o pomoc do państwa lub poddawały szpitale procesom restrukturyzacji, które zmierzały do wyjścia z kryzysu finansowego.

2.2. PRZESŁANKI STOSOWANIA OUTSOURCINGU W SZPITALACH PUBLICZNYCH

Jednym z działań zmierzających do rozwiązania problemów sektora ochrony zdrowia, w szczególności wysokiego stanu zobowiązań, stało się przekształcanie publicznych szpitali w spółki prawa handlowego. Proces ten polegał na powołaniu nowego podmiotu (spółki) i likwidacji starego (SPZOZ).

W przekształceniu SPZOZ dostrzegano szansę na uzdrowienie sytuacji finansowej poprzez utworzenie nowego podmiotu nieobciążonego zobowiązaniami, pozyskiwanie nowych

7 K. Wielicka, *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Zeszyty naukowe Organizacja i Zarządzanie, nr 70, Gliwice 2014, s. 495.

8 B. Fogt, *Poznański Ośrodek Reumatologiczny...*, s. 121.

9 M. Kolwitz, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, Roczniki Pomorskiej Akademii w Szczecinie, Szczecin 2010, s. 136.

źródeł przychodu ze sprzedaży odpłatnych świadczeń zdrowotnych i stworzenie warunków do utrzymania konkurencyjności na rynku. Proces ten został poddany kontroli przez NIK i szczegółowo omówiony w publikacji pokontrolnej¹⁰. NIK ustaliła, że podstawą decyzji o likwidacji SPZOZ i utworzeniu w jego miejsce spółki było założenie, że powstanie efektywna ekonomicznie placówka ochrony zdrowia. W przypadku dwunastu jednostek samorządu terytorialnego spośród piętnastu skontrolowanych przez NIK decyzje w tym zakresie podjęto ze względu na niekorzystną sytuację finansową SPZOZ. Jednakże w pierwszym półroczu 2010 r. tylko cztery spółki utworzone w miejsce zlikwidowanych SPZOZ uzyskały dodatni wynik finansowy. Pozostałe osiem poniosło straty. W większości kontrolowanych podmiotów nie osiągnięto więc podstawowego celu przekształceń – powstrzymania generowania strat i zadłużania się szpitali. Dotychczasowe działania podjęte przez zarządy niektórych kontrolowanych spółek i JST w celu realizacji przyjętych założeń, które zakładały m.in. powstrzymanie tendencji do zadłużania zakładów, okazały się niewystarczające. Z ustaleń kontroli wynika zatem, iż sama zmiana formy organizacyjno-prawnej zakładu opieki zdrowotnej nie daje jeszcze gwarancji, że jego działalność nie będzie generowała strat, a pacjenci uzyskają istotną poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zadłużenie placówek zdrowotnych stało się już normą i stanowi problem nadal nierozwiązany. W latach 2006-2010 coraz więcej samorządów decydowało się na komercjalizację szpitali wiążąc z tym nadzieje na zmniejszenie zadłużenia placówek. Poza przekształcaniem szpitali publicznych w spółki prawa handlowego drugim popularnym rozwiązaniem, w którym pokładano nadzieje na obniżenie kosztów funkcjonowania szpitali, był outsourcing. W okresie transformacji ustrojowej nie uchwalono przepisu prawnego, z którego wynikałaby wprost konieczność rezygnacji z własnej obsługi przez szpitale publiczne. Uznać jednak należy, że decyzje te zostały wymuszone pośrednio przez wprowadzone regulacje prawne. Zmieniając sposób zarządzania i finansowania szpitali doprowadziły one do głębokiego kryzysu finansowego placówek, które zwróciły się w kierunku działań oszczędnościowych na pracownikach najniższych szczebli.

Warto przytoczyć głos pracownika, który bezpośrednio obserwował transformację systemu ochrony zdrowia po roku 1989:

„Pierwsza fala outsourcingu w szpitalach zaczęła się dokładnie w 1999 roku, kiedy ustawą wprowadzono reformę służby zdrowia. Reforma ta wprowadziła do placówek medycznych tzw. element komercjalizacji, czyli placówki medyczne, w tym szpitale, przestały być dotowane przez państwo, tylko musiały od tego momentu zarabiać na swoje utrzymanie. Musiały pozyskiwać środki przede wszystkim od płatnika, ale także z innych źródeł. Ta komercjalizacja spowodowała wdrożenie w szpitalach takich mechanizmów typowych właśnie dla jednostek komercyjnych, czyli nieustanne poszukiwanie źródeł dochodu, żeby zwiększyć przychody przedsiębiorstwa, a z drugiej strony trzymanie w ryzach finansów, czyli poszukiwanie oszczędności, dyscyplina finansowa, czyli coś, czego wcześniej w szpitalach nie było. W 1999 roku panowało przekonanie, że w szpitalach są potężne przerosty zatrudnienia, pojawiło się dość jednoznacznie sformułowane oczekiwanie, żeby racjonalizować zatrudnienie, czyli

10 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006 – 2010*, Warszawa 2011.

mówiąc wprost – zwalniać osoby zbędne, najlepiej tak, żeby to się nie odbijało niekorzystanie na funkcjonowaniu całego szpitala”.

Jarosław Czapliński, Kierownik Działu Dezynfekcji i Centralnej Sterylizacji
Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Elblągu

Autor wypowiedzi zwrócił uwagę na to, że organem założycielskim zatrudniającego go szpitala jest Urząd Marszałkowski i to ze strony tej instytucji pojawiła się niegdyś silna presja, by ograniczyć wydatki. Personel pomocniczy zajmujący się sprzątnięciem stanowił wówczas kilkanaście procent całego personelu szpitala i z ograniczeniem jego liczebności wiązano nadzieje na sprostanie oczekiwaniu samorządu. Wbrew pojawiającym się czasem opiniom, że outsourcing jest stosowany w celu poprawy jakości usług, autor wyraźnie podkreśla, że za takim rozwiązaniem nie przemawiały względy inne niż finansowe:

„Podstawą sukcesu firm outsourcingowych nie było to, czym się chwalią – wysoka jakość, tajemna wiedza, niedostępna dla nas, tylko bardzo konkretne przesłanki. Chodziło o to, żeby wykazać się redukcją zatrudnienia i w większości szpitali to była jedyna przesłanka, na podstawie której firmy outsourcingowe wchodziły”.

W analizach poświęconych outsourcingowi zauważa się, że początkowo interesowano się w szpitalach głównie outsourcingiem usług niemedycejskich, lecz z czasem jego stosowanie uległo rozszerzeniu:

„Objęte procesem przekształceń zakłady musiały dostosować się do nowej sytuacji gospodarczej i przejść na własny rozrachunek przy ograniczonych środkach finansowych pochodzących od płatnika publicznego. Wymagało to podjęcia działań restrukturyzacyjnych zmierzających do poszukiwania różnych możliwości ograniczania kosztów funkcjonowania, pozyskiwania środków na inwestycje i rozwój oraz poprawy jakości świadczonych usług. Celem zastosowania outsourcingu w opiece zdrowotnej było ograniczenie wydatkowania środków finansowych ponoszonych na utrzymywanie bazy i kadry stacjonarnej opieki zdrowotnej, był jednym z możliwych rozwiązań prowadzących do poprawy sytuacji finansowej jest obniżenie kosztów poprzez wykorzystanie zewnętrznych zasobów. Początkowo proces wydzielenia miał zastosowanie w funkcjach pomocniczych, jednak obecnie obserwuje się coraz częściej wkraczanie outsourcingu na teren usług medycznych”¹¹.

Jacek Szoltysek i Sebastian Twaróg poddali ocenie zastosowanie w szpitalach outsourcingu usług logistycznych. Autorzy ci przedstawili ten instrument zarządzania jako przedsięwzięcie będące sposobem na wyjście z kryzysu finansowego:

„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

11 D. Kotłęga, P. Nowacki, D. Lewiński, R. Chmurowicz, S. Ciećwież, *Outsourcing – Teoria i zastosowanie w szpitalu klinicznym w Szczecinie na przykładzie usług transportu i utylizacji odpadów medycznych*, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2011, s. 97.

*realizowania działań logistycznych wyspecjalizowanemu podmiotowi logistycznemu na zasadzie outsourcingu*¹².

Autorzy analizy nie poruszyli natomiast tematu kosztów społecznych, jakie ponieśli pracownicy usług logistycznych w wyniku wprowadzonych zmian.

Z badań Najwyższej Izby Kontroli wynika, że wśród szpitali publicznych w dobie transformacji narastała tendencja do zlecania usług podmiotom zewnętrznym, szczególnie w zakresie żywienia pacjentów oraz prania bielizny szpitalnej. Jednocześnie ustalenia kontroli wskazywały, że zlecenie usług powoduje istotne oszczędności, w szczególności w przypadku, gdy szpital musi ponieść wydatki na odtworzenie zdekapitalizowanej bazy usługowej, zwłaszcza w odniesieniu do żywienia i prania. Tendencja wzrostowa do zlecania kontrolowanych usług na zewnątrz ujawniła się w przypadku żywienia pacjentów i usług pralniczych, gdyż większość szpitali – z powodu braku środków – nie była w stanie dostosować bloków żywieniowych i pralni do stanu zgodnego z wymaganiami, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia oraz urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. Decyzje o przekazaniu usług niemedyycznych na zewnątrz są zazwyczaj decyzjami determinującymi działalność jednostek w długim horyzoncie czasowym. Często towarzyszy im likwidacja zasobów szpitala niezbędnych do samodzielnego wykonywania tych zadań¹³. O ile jednak dyrektorzy szpitali deklarowali przeprowadzenie analiz ekonomicznych przed podjęciem decyzji o zleceniu po raz pierwszy realizacji poszczególnych procesów na zewnątrz, to udokumentowane na piśmie analizy dotyczące opłacalności kontynuowania outsourcingu należały do rzadkości. W ocenie Izby jest to związane z przywiązaniem dyrektorów szpitali do obranej koncepcji realizacji poszczególnych funkcji i brakiem rozważań na temat jej zmiany, tj. powrotu do realizacji zadań we własnym zakresie. Brak rzetelnych analiz dotyczących kontynuacji lub rozszerzania zakresu outsourcingu stwarza ryzyko niegospodarnego wydatkowania środków publicznych. Miało to miejsce w jednym szpitalu. W toku kontroli ustalono, iż w związku z nierzetelnie przeprowadzoną analizą opłacalności outsourcingu, SPZOZ w 2014 r. powierzył wykonawcy zewnętrznemu realizację usług sprzątania i utrzymania czystości, współdziałania z personelem medycznym w zakresie opieki nad pacjentem i wykonywania prac niższego personelu za cenę łącznie o 122,1 tys. zł wyższą niż koszty wykonywania tych świadczeń we własnym zakresie. Naruszono tym zasady wydatkowania środków publicznych wynikające z ustawy o finansach publicznych¹⁴.

12 J. Szołtysek, S. Twaróg, *Outsourcing obsługi logistycznej szpitali w warunkach kryzysu*, Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2015, s. 187.

13 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych*, Warszawa 2009, s. 38.

14 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych*, Warszawa 2009, s. 16.

3. OUTSOURCING USŁUG UTRZYMANIA CZYSTOŚCI

3.1. SKALA STOSOWANIA OUTSOURCINGU

Wśród 32 zbadanych szpitali można wyróżnić trzy rodzaje instytucji ze względu na przyjęty model wywiązywania się z zadania utrzymania czystości.

I. Do pierwszej grupy należą szpitale stosujące outsourcing na terenie wszystkich swoich obiektów. Ich liczba wynosi 12.

II. Do drugiej grupy należą szpitale dysponujące własną obsługą, która odpowiada za utrzymanie czystości na całej powierzchni instytucji. Liczba szpitali stosujących tradycyjny model zarządzania wynosi 10. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że spośród 10 szpitali zachowujących w okresie badania własny personel 6 miało w przeszłości doświadczenia ze współpracy z podmiotami zewnętrznymi. 5 z nich odstąpiło od tego modelu realizacji zadań porządkowych i zdecydowało się na powrót do tradycyjnego modelu zarządzania. Powrót do własnej obsługi związany był przede wszystkim z wejściem w życie regulacji prawnych podnoszących koszty pracy na podstawie umów cywilnoprawnych. To bowiem taka podstawa zatrudnienia przez lata przeważała wśród pracowników firm zewnętrznych i dawała firmom zewnętrznym możliwość obniżenia kosztów pracy. Do regulacji, które przyczyniły się do wzrostu kosztów pracy w firmach zewnętrznych, należy zaliczyć:

1. Klauzulę propracowniczą;
2. Minimalną stawkę godzinową.

W niniejszej pracy wyjaśniono, że outsourcing usług niemedyycznych był wprowadzany w szpitalach publicznych w kontekście trudnej sytuacji finansowej szpitali. W związku z tym w ogłaszanych przetargach publicznych rzadkością była troska o warunki zatrudniania pracowników firm zewnętrznych, a kierowanie się przy wyborze oferty kryterium niskiej ceny usług wręcz wymuszało na firmach niskie standardy zatrudnienia. Instytucje państwowe godziły się zatem z tym, że w firmach zewnętrznych warunki płacowe pracowników będą radykalnie gorsze, niż w przypadku zatrudnienia przez szpital. Instytucje publiczne przed laty wybierały outsourcing w celu poczynienia oszczędności na wynagrodzeniach pracowników, co było możliwe dzięki brakowi minimalnej stawki godzinowej w przypadku umów cywilnoprawnych, które oferowały pracownikom firmy prywatne.

Wskutek wejścia w życie ustawy o minimalnej stawce godzinowej z dniem 1 stycznia 2017 roku liczne instytucje publiczne, które przed laty zdecydowały się na outsourcing usług pomocniczych, powzięły decyzje o rezygnacji ze współpracy z firmami zewnętrznymi i o powrocie do własnej obsługi. W wyniku wprowadzenia nowelizacji zlecenie usług na zewnątrz przestało być dla nich opłacalne. Po wejściu w życie minimalnej stawki godzinowej, w niektórych przypadkach koszty

świadczenia usług przez firmy zewnętrzne wzrosły nawet o kilkadziesiąt procent Outsourcing stracił zatem swoje uzasadnienie, ponieważ te same środki, które firma musi od 2017 roku przeznaczać na wynagrodzenia, musiałyby również zapłacić sama instytucja.

W celu zobrazowania zachodzących procesów warto podać przykład Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, w którym jeszcze w 2016 r. wszystkie tzw. usługi pomocnicze były zlecone firmom zewnętrznym. W 2017 r. Barbara Bulanowska, dyrektorka tego szpitala, powiedziała wprost, że outsourcing przestał się opłacać, bo firmy podniosły ceny o 15-20%¹⁵.

Można zatem mówić o tym, że od 2017 roku nastąpił w szpitalach publicznych odwrót od zarządzania za pomocą outsourcingu i zwrot w kierunku tradycyjnego modelu zarządzania za pomocą własnej obsługi. Można spodziewać się, że po kilku latach liczba szpitali powracających do własnej obsługi jeszcze wzrośnie. Pozostawanie przy outsourcingu przez pozostałe szpitale wynika z prostej przyczyny: obowiązywania między nimi a firmami wieloletnich kontraktów. W wielu z nich są jednak prowadzone analizy na temat zasadności stosowania tego instrumentu.

III. Trzecią grupą szpitali, zasługującą na szczególną uwagę, są instytucje, które stosują formę mieszaną, łączącą wymienione wcześniej dwa modele. Polega ona na tym, że instytucje nie powierzają firmom do sprzątnięcia pewnych powierzchni, stosują natomiast outsourcing tylko w odniesieniu do niektórych części. Należy do tej grupy 10 następujących instytucji z całej Polski:

1. Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. Mikołaja Kopernika w Łodzi.
2. Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach.
3. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie.
4. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.
5. Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla dzieci w Jastrzębiu-Zdroju.
6. Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o.
7. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach.
8. Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu.
9. Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie.
10. Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie.

Jakie argumenty przemawiały za tym, aby zlecić firmom zewnętrznym sprzątnięcie jedynie części powierzchni szpitalnych? Czy obszary, które wydzielono do sprzątnięcia własnemu personelowi, są w różnych szpitalach podobne? Co ten podział mówi na temat poglądu kupujących usługi sprzątnięcia na outsourcing? Punktem wyjścia do odpowiedzi na te pytania niech będzie przykład Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach. Personel zewnętrzny odpowiada w nim za utrzymanie czystości na wszystkich powierzchniach, z wyłączeniem obiektu apteki szpitalnej. Urzędniczka instytucji następująco uzasadniła to rozwiązanie:

“Sami sprzątamy aptekę szpitalną swoimi pracownikami. Tam musi być inny nadzór, bo tam są leki. Jest dostęp do leków psychotropowych i terapeutycznych, do leków

15 Portal Radio Kraków, *Małopolskie szpitale rezygnują z outsourcingu*, Źródło: <http://www.radiokrakow.pl/wiadomosci/aktualnosci/malopolskie-rezygnuja-z-outsourcingu-jest-za-drogo/> (Data dostępu: 20.10.2017).

robionych, a więc reżim sanitarny jest inny, wyższy. Poza tym panie sprzątające są wykorzystywane do innych celów. Np. pomagają też przy rozładunku materiałów na półkach. Ta nasza osoba jest cała czas pod ręką jak coś trzeba przynieść, zanieść, uzupełnić w recepturze. Musimy mieć na uwadze, że osoby z firmy nie byłyby wykorzystane w 100% w razie takiej potrzeby”.

Podobne argumenty padały również w pozostałych szpitalach utrzymujących podział na pracowników własnych i zewnętrznych. Prawidłowość która ma miejsce we wskazanych instytucjach jest taka, że **nie stosuje się outsourcingu w odniesieniu do powierzchni, w których panują szczególne zasady higieny (np. na salach operacyjnych, w aptekach), a ponadto zajmowanych przez dyrektorów i kadry administracyjne.** Wyjątkiem jest Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla dzieci w Jastrzębiu-Zdroju, w którym piętro zajmowane przez dział administracyjny, w tym przez dyrektora, jest sprzątane przez firmę zewnętrzną, natomiast jedynie piętro z salami gdzie leżą dzieci jest sprzątane przez własną obsługę w trosce o bezpieczeństwo małych pacjentów.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że podobne podziały zaobserwowano również w urzędach wojewódzkich i marszałkowskich oraz na uczelniach wyższych i w sądach okręgowych. W raporcie opublikowanym przez Ośrodek Myśli Społecznej im. F. Lassalle’a w 2016 roku wskazywano na świadomość zamawiających co do ryzyka związanego z jakością usług oferowaną przez firmy zewnętrzne. Np. w budynku Biblioteki Głównej Uniwersytetu Warszawskiego pracownice własne sprzątały gabinety pracowników, natomiast pracownice zewnętrzne korytarze i toalety. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu powierzał ciągi komunikacyjne do sprzątania przez firmy zewnętrzne, a gabinet Rektora własnym pracownikom. Trudno o bardziej dobitny przykład nieufności wobec outsourcingu niż Politechnika Opolska, która zleciła sprzątanie wszystkich budynków poza Rektorem i Pionem Kanclerza. Na UAM-ie budynek rektoratu sprzątany jest przez własne pracownice za wyjątkiem gabinetu Rektora. Sąd Okręgowy w Poznaniu powierzył świadczenie usług sprzątania firmie zewnętrznej wszystkie piętra poza częścią piętra trzeciego, gdzie urzęduje Prezes i Dyrektor. Podobnie Urząd Wojewódzki w Szczecinie powierzył świadczenie usług sprzątania w gabinetach poza Dyrektorem Generalnym oraz Wojewodą. Mazowiecki Urząd Wojewódzki był natomiast za dnia sprzątany przez własne pracownice, natomiast po południu – przez zewnętrzną.

O krytycznym myśleniu o outsourcingu świadczy również decyzja Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich z dnia 15 października 2016 roku. Instytucja ogłosiła wówczas przetarg na świadczenie usług sprzątania stawiając następujące wymaganie:

„Na podstawie art. 29 ust. 3a ustawy Pzp Zamawiający wymaga, aby pracownicy wykonujący czynności opisane w załączniku nr 11 na bloku operacyjnym oraz w administracji zatrudnieni byli na podstawie umowy o pracę w rozumieniu w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy“.

Dopiero w następnym przetargu szpital wymagał zatrudnienia na umowach o pracę wszystkich pracowników, a nie tylko tych, którzy sprzątają najistotniejsze z punktu widzenia urzędników powierzchnie. Utrzymywanie przez szpitale podziału na własny personel i personel zewnętrzny, a także stosowanie wyłączeń spod outsourcingu w odniesieniu do

kluczowych z punktu widzenia instytucji powierzchni, jest bardzo znaczące i wymowne. Stojące za tymi podziałami podejrzenia bądź wiadomości o zagrożeniach związanych z outsourcingiem stawiają pod dużym znakiem zapytania zasadność stosowania tego rozwiązania na innych obszarach szpitalnych.

3.2. RECEPCJA KLAUZULI PROPRACOWNICZEJ W ZAMÓWIENIACH PUBLICZNYCH

Art. 29 ust. 4 pkt 4 ustawy Prawo zamówień publicznych, obowiązujący od dnia 19 października 2014 roku, był instrumentem społecznych zamówień publicznych, poprzez które zamawiający mógł wpłynąć na podstawę zatrudnienia pracowników wykonawcy. Przepis ten brzmiał następująco: *„Zamawiający ma możliwość zobowiązania wykonawców lub podwykonawców do zatrudnienia na podstawie umowy o pracę osób wykonujących czynności w trakcie realizacji zamówienia na roboty budowlane lub usługi, jeżeli jest to uzasadnione przedmiotem lub charakterem czynności“*. Należy zauważyć, że powyższy przepis wskazywał jedynie na uprawnienie do określenia w opisie przedmiotu zamówienia wymagań związanych z zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę przez wykonawcę lub podwykonawcę osób wykonujących czynności w trakcie realizacji zamówienia na roboty budowlane lub usługi, jeśli było to uzasadnione przedmiotem lub charakterem tych czynności. Istotną zmianę w stosunku do tej regulacji stanowi art. 29 ust. 3a ustawy Prawo zamówień publicznych, wprowadzony uchwaloną w dniu 22 czerwca 2016 r. ustawą o zmianie ustawy – Prawo zamówień publicznych oraz niektórych innych ustaw. Stanowi on z kolei, że zamawiający określa w opisie przedmiotu zamówienia na usługi lub roboty budowlane wymagania zatrudnienia przez wykonawcę lub podwykonawcę na podstawie umowy o pracę osób wykonujących wskazane przez zamawiającego czynności w zakresie realizacji zamówienia, jeżeli wykonanie tych czynności polega na wykonywaniu pracy w sposób określony w art. 22 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), dalej jako: „Kodeks pracy”. Obowiązek określenia w opisie przedmiotu zamówienia wymagań zatrudnienia na podstawie umowy o pracę jest wyrazem woli ustawodawcy zagwarantowania przestrzegania prawa pracy przy realizacji zamówień publicznych i zerwania z praktyką zawierania umów cywilnoprawnych w sytuacji, gdy jest to nieuzasadnione charakterem wykonywanych czynności.

Spośród dwudziestu dwóch szpitali publicznych, które korzystają z usług firm zewnętrznych, w okresie od wejścia w życie obligatoryjnej klauzuli pracowniczej w dniu 28 lipca 2016 r. do dnia 1 lipca 2018 r. szesnaście instytucji zorganizowało postępowania o udzielenie zamówień publicznych na świadczenie usług utrzymania czystości. W pozostałych sześciu szpitalach postępowania te ogłoszono wówczas, gdy postawienie tego wymogu stanowiło jedynie obowiązek. Spośród owych szesnastu szpitali trzy zawarły klauzulę pracowniczą w sposób, który nie dawał gwarancji zatrudnienia pracowników sprzątających na podstawie umów o pracę. Do tych szpitali należy:

1. Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie, który w zamówieniu pt. „Kompleksowa usługa sprzątnia pomieszczeń szpitalnych i oddziałów Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie Sp. z o.o. oraz dostawa worków na odpady” z dnia 4 kwietnia 2018 roku postawił następujące wymaganie:

„Zamawiający w przedmiotowym postępowaniu stosuje klauzulę społeczną na podstawie art. 29 ust. 3a ustawy polegającą na zatrudnieniu na

podstawie umowy o pracę, przez Wykonawcę lub Podwykonawcę, osób wykonujących czynności związane z realizacją zamówienia na usługę ochrony, zakres czynności oraz dodatkowe wymagania zostały określone w projekcie umowy. Wykonawca lub podwykonawca jest zobowiązany zatrudnić odpowiednio do realizacji usługi na podstawie umowy o pracę – w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 108 z późn. zm.) w pełnym wymiarze czasu pracy 1 pracownika, którego zadaniem w okresie realizacji zamówienia będzie wykonywanie prac określonych w projekcie umowy. Powyższy warunek zostanie również spełniony poprzez zatrudnienie na umowę o pracę nowych pracowników lub oddelegowanie do realizacji zamówienia zatrudnionych już u Wykonawcy lub Podwykonawcy pracowników, jak również poprzez zawarcie umowy o pracę tymczasową na podstawie ustawy z dnia 9 lipca 2003 r. o zatrudnieniu pracowników tymczasowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 594 z późn. zm.)”.

- 2 Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, który w zamówieniu pt. „Usługi kompleksowego utrzymania czystości, w tym obsługę pomieszczeń kuchенок oddziałowych, obrót bielizną, czynności pomocnicze przy pacjencie oraz transport wewnętrzny” z dnia 5 października 2016 roku wymagał:

„Osoby skierowane do wykonywania czynności bezpośredniego nadzoru i kierowania pracami niezbędnymi do prawidłowej realizacji usług stanowiących przedmiot zamówienia, w tym 1 koordynator (kierownik obiektu) i 2 brygadzystów, muszą być zatrudnieni przez wykonawcę, podwykonawcę lub osoby wspólnie ubiegające się o zamówienie na umowę o pracę przez cały okres wykonywania zamówienia”.

3. Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, który w zamówieniu pt. „Świadczenie usług w zakresie kompleksowego sprzątnia, dezynfekcji oraz czynności pomocniczych i transportu wewnętrznego w obiektach Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu“ z dnia 11 listopada 2017 roku postanowił:

„Wykonawca zobowiązuje się do zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, przez cały okres realizacji zamówienia wszystkich osób wykonujących przedmiot zamówienia za wyjątkiem przypadków, gdzie Zamawiający dopuszcza podwykonawstwo. Zamawiający dopuszcza odstępstwo od obowiązku zatrudnienia w oparciu o umowę o pracę w sytuacjach przejściowych trudności kadrowych, jak np. zwolnienie lekarskie czy inne utrudnienia w dostępności personelu”.

W pierwszym postępowaniu postawiono obowiązek zatrudnienia na podstawie umowy o pracę tylko jednej osoby z personelu sprzątającego, podczas gdy zakres czynności pozostałych osób niczym się od niej nie różnił. W drugim zamówieniu postawiono klauzulę pracowniczą tylko w odniesieniu do 3 osób nadzorujących pracę salowych. Natomiast w trzecim przypadku wskazano, że dopuszcza się odstępstwo od obowiązku zatrudniania na podstawie umów o pracę w sytuacji, gdy wykonawca skorzysta z usług podwykonawcy. W powyższych trzech szpitalach przeprowadzono wywiady z osobami zatrudnionymi przez firmy zewnętrzne. Wynikało z nich, że salowe, które nie posiadały orzeczenia o niepełnosprawności, były zatrudniane na podstawie umów cywilnoprawnych.

4. WARUNKI ZATRUDNIANIA I PRACY PERSONELU PORZĄDKOWEGO

4.1. ZJAWISKO BIEDNYCH PRACUJĄCYCH

Brak godziwych wynagrodzeń jest podstawowym deficytem, na który skarżą się panie sprzątające. Wszystkie zbadane pracownice z 22 firm zewnętrznych otrzymują wynagrodzenia równe pensji minimalnej, tj. 2100 złotych brutto za 168 godzin pracy, a więc nie więcej niż 1530 złotych netto. Z własnych kieszeni ponoszą one koszty dojazdów do pracy, które zwykle nie przekraczają 100 złotych. Oznacza to, że w rzeczywistości za 160 godzin ciężkiej i odpowiedzialnej pracy fizycznej dostają na rękę zaledwie 1400 złotych na życie. W żadnej ze zbadanych firm zewnętrznych, które świadczą usługi na rzecz szpitali, nie funkcjonuje Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych. Outsourcowane pracownice nie mogą liczyć na:

- nagrody jubileuszowe,
- odprawy dla osób przechodzących na emeryturę,
- premie,
- trzynaste pensje,
- tzw. "wczasy pod gruszą",
- dodatki z okazji świąt,
- prawo do skorzystania z niskoprocentowanych pożyczek w zakładzie pracy.

Pracownice zatrudnione bezpośrednio przez szpitale również w każdym z 10 szpitali zarabiają najniższą krajową, niemniej jednak w każdym z nich istnieje Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych. Dzięki temu panie mogą liczyć na dodatkowe środki pieniężne z części wyżej wymienionych rozwiązań. Wskutek tego różnice w zarobkach między własnym personelem a zewnętrznymi różnią się miesięcznie kwotami rzędu 100 złotych. Należy zauważyć, że w czasie transformacji ustrojowej w Polsce degradacji ekonomicznej doświadczył zarówno własny personel sprzątający szpitale, jak i personel wypchnięty do firm zewnętrznych, lecz zdecydowanie gorsza sytuacja dotyczy drugiej grupy. Zarówno jedne jak i drugie nie mają ponadto płaconych dodatków z okazji pracy w święta, które przysługuje np. lekarzom i pielęgniarkom. Dodatek ten wynosił dawniej 45% dniówki. Wedle pań stanowiło to istotny zastrzyk pieniędzy.

Sytuacja pań zatrudnionych bezpośrednio przez szpitale ulegnie w najbliższych latach pewnej poprawie. W sierpniu 2017 roku została przyjęta ustawa **regulująca sposób ustalania podwyżek w służbie zdrowia. Zgodnie z jej zapisami płace w tym sektorze będą podwyższane do końca 2021 roku.** Personel niemedyczny został pominięty w pierwotnej wersji ustawy. Na nierówne potraktowanie pracowników służby zdrowia zwrócił jednak

uwagę prezydent Andrzej Duda, który w lipcu ubiegłego roku podpisał ustawę o podwyżkach, a następnie skierował list do ówczesnego szefa resoru Konstantego Radziwiłła z następującą uwagą:

„Wprowadzenie regulacji obejmującej swoim zakresem tylko niektóre grupy stwarza ryzyko narastania konfliktu wśród personelu, który będąc zatrudniony w tym samym miejscu otrzymuje wynagrodzenie w oparciu o inne zasady”.

Interwencja prezydenta oraz zabiegi NSZZ „Solidarność” odniosły skutek i w 2018 roku wprowadzono nowelizację ustawy obejmującą ją również salowe. Przepaść ekonomiczna między nimi a pracownikami outsourcowanymi uległa zatem zwiększeniu.

Panie sprzątające zwracały również uwagę na poczucie nadmiernego obciążenia obowiązkami. Te czynności, które wykonują obecnie, 15 lat temu wykonywały nawet 4 osoby, a po redukcjach zatrudnienia więcej obowiązków spoczęło na barkach nielicznych. Zważywszy na to, że większość pań sprzątających posiada orzeczenie o niepełnosprawności, to wykonywanie obowiązków kilku osób zdrowych jest dla nich jeszcze większym obciążeniem.

W każdym ze zbadanych szpitali, w których funkcjonuje firma zewnętrzna, spotkano dwie podstawy zatrudnienia: umowy cywilnoprawne oraz umowy o pracę. W szpitalu w Gdańsku na jednym piętrze spotkano panie pracujące razem, wykonujących identyczne czynności, lecz mimo to na podstawie różnych umów. Owa różnica wynikała z tego, że tylko pierwsza posiadała orzeczenie o niepełnosprawności. Firma otrzymywała dzięki temu dofinansowanie z PFRON-u. Ponadto w jednym szpitalu – w Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim – rozmawiano z pracownikami zatrudnionymi bezpośrednio przez szpital na podstawie kontraktów. Warunki pracy na kontrakcie były następujące: obowiązek samodzielnego odprowadzania składek do ZUS-u i zakupu stroju roboczego, a także brak płatnego urlopu wypoczynkowego.

Większość pań sprzątających zbadane szpitale przekroczyła już 50. rok życia. Młode kobiety były na tym stanowisku niemal niespotykane. Jeśli zdarzały się młode pracownice, to pochodziły one wyłącznie z Ukrainy. Starsze salowe informowały, że młode Polki, które zatrudniają się na okresy próbne, bardzo szybko rezygnują z pracy. Nie godzą się bowiem na zatrudnienie za minimalne wynagrodzenie w wysokości 2100 złotych brutto.

4.2. OSŁABIENIE WIĘZI SALOWYCH I PIEŁĘGNIAREK

"Lekarz, pielęgniarka i salowa to były w dawnych czasach trzy najważniejsze osoby na oddziałach" – powiedziała jedna salowa, która pracuje w tym charakterze od 1988 roku. Pracownica z sentymentem wspominała czasy, gdy bycie salową było powodem do dumy. W zbadanych placówkach do mniejszości należą już sytuacje, gdy określa się panie sprzątające oddziały mianem salowych. W większości nazywa się je sprzątaczkami, pracownikami serwisowymi, pomocą szpitalną i robotnikami gospodarczymi. Nawet na poziomie nazewnictwa nastąpiło w ocenie pań sprzątających obniżenie rangi tego zawodu. Ponadto wśród samych salowych dawniej istniał podział na salową i starszą salową ze względu na staż pracy wiążący się ze zróżnicowanymi zarobkami. Ten podział już jednak nie funkcjonuje i każda nowo przyjmowana pracownica otrzymuje ten sam tytuł oraz pensje co osoby z większym stażem pracy oceniają jako niesprawiedliwe.

Przed transformacją ustrojową salowe były bezpośrednio podległe służbowo pielęgniarce oddziałowej. Na pielęgniarce oddziałowej spoczywały następujące obowiązki związane z podległym zespołem salowych:

- ustalanie grafiku,
- ustalania zakresu obowiązków,
- nadzór.

Wskutek zastosowania outsourcingu ta relacja służbowa między salowymi i pielęgniarkami już nie zachodzi. Za grafiki, zakres obowiązków i nadzór nad personelem sprzątającym odpowiadają bowiem pracownicy z firm zewnętrznych. Zerwanie więzi służbowej nastąpiło jednak również w 8 szpitalach, które posiadają własną obsługę porządkową. Panie nie podlegają już w nich pod pielęgniarki, a głównie pod Sekcje Higieny Szpitalnej. Załedwie w 2 z 10 szpitali salowe podlegają bezpośrednio pod pielęgniarki oddziałowe. Odkąd w szpitalach nastąpiło zerwanie służbowej więzi salowych i pielęgniarek te pierwsze nie czują się już traktowane przez drugie z takim szacunkiem jak dawniej. Poczucie degradacji zawodowej wynika również ze zmian prawnych. W zarządzeniu Ministra Zdrowia z 1999 roku w tabeli zaszeregowania stanowisk pracy w placówkach zdrowotnych salowa była w grupie VIII razem z młodszą pielęgniarką. Natomiast w zarządzeniu z 17 lipca 2014 roku w tabeli zaszeregowania salowa jest w ostatniej kategorii zaszeregowania, a starsza salowa w przedostatniej, lecz młodszą pielęgniarką jest już w wyższej grupie.

W wypowiedziach pań sprzątających padały liczne przykłady doświadczenia poniżania zarówno przez personel zarządzający szpitalami, jak i firmami zewnętrznymi. Tytułem przykładu można przytoczyć następujące wypowiedzi ze szpitali, w których jest, bądź był stosowany outsourcing albo przekształconych w spółki prawa handlowego. Uderzające jest to, że najbardziej przykre wypowiedzi kobiety sprzątające usłyszały nie od mężczyzn, a od innych kobiet. Koordynatorki firm zewnętrznych bywają nawet nazywane gestapo, a firmy zewnętrzne obozami pracy i kołchozami. Oto niektóre z podanych przykładów upokarzających wypowiedzi:

„Usłyszałyśmy od przewodniczącej związku zawodowego pielęgniarek, że nasza praca jest nieskomplikowana, że wystarczy dać małpie banana i też posprząta”.

Salowa szpitala w Gorzowie Wielkopolskim

„Koordynatorka z firmy sprzątającej powiedziała nam, że jesteśmy warte tyle, co papier toaletowy”.

Salowa w szpitalu w Siedlcach

„Pielęgniarka oddziałowa powiedziała, że jesteśmy odpadami medycznymi”.

Salowa szpitala w Lublinie

„Kiedyś (w PRL-u) byliśmy traktowane jak ktoś, a dziś traktuje się nas jak coś” – stwierdziła salowa ze szpitala w Lublinie. Jedna z pań sprzątających powiedziała, że nie czuje się traktowana przez personel szpitalny „ani dobrze, ani źle. Jestem traktowana jak niewidzialna”. Salowe z firm zewnętrznych ubolewają nad tym, że nie zaprasza się je na wspólne spotkania, np. na wigilie oddziałowe, nie składa życzeń na Dzień Kobiet. Salowa szpitala w Gorzowie Wielkopolskim zatrudniona przez szpital na podstawie kontraktu opowiadała, że dyrektor szpitala w okresie świątecznym złożył życzenia w dyżurce lekarskiej i pielęgniarskiej, koło pokoju salowych przechodząc obojętnie. W wywiadach z salowymi zatrudnianymi bezpośrednio przez szpitale,

które nigdy nie eksperymentowały z outsourcingiem, nie odnotowano żadnej tak radykalnie krzywdzącej wypowiedzi. Outsourcing sprzyja utrwalaniu się wizerunku pań sprzątających jako pracowników gorszej kategorii.

Wskutek opisanego traktowania pracownice outsourcowane czują się wykluczone ze wspólnoty pracowników. „Kierownictwo nam powiedziało, że nie pracujemy w systemie, więc nie należą się nam takie same prawa“ – powiedziała Salowa w Bełchatowie. Panie mówiły również często z żalem: „jesteśmy niczyje”, „jesteśmy przyklejone” bądź „zostałyśmy wypożyczone” oraz jesteśmy jak „zło konieczne”, „podgatunek człowieka”, czy nawet „jak śmieci”.

4.3. KOSZTY ZDROWOTNE OUTSOURCINGU

Outsourcing odbija się bardzo źle na zdrowiu fizycznym i psychicznym Salowych. Przeniesienie do firm zewnętrznych wiązało się dla wielu z nich z dużym stresem związanym z niepewnością przyszłych warunków zatrudnienia, a także z poczuciem odrzucenia:

„Musiałam iść do psychiatry po tym, jak mnie oddali firmie prywatnej. Bo poczułam się jak zwykły śmieć. Myślałam, że zwariuję”.

Salowa w szpitalu w Siedlcach

„Codziennie po przejściu przez bramę szpitala, po przejściu przez firmę zewnętrzną, zaczynał mnie ze stresu boleć żołądek”.

Salowa w szpitalu w Lublinie

„Jak muszę iść do biura firmy, to jestem chora. Całą noc nie śpię, bo z nerwów boli mnie brzuch”.

Salowa w szpitalu w Gdańsku

Wywoływanie przez szpitale publiczne problemów zdrowotnych pań sprzątających poprzez stosowanie outsourcingu jest szczególnie niezrozumiałe w kontekście funkcji, które mają wypełniać, a więc troszczyć się o zdrowie społeczeństwa. Outsourcing praktykują również szpitale mające za zadanie dbanie o zdrowie psychiczne. Urzędnicy tłumaczą swoje decyzje tym, że dokonują dzięki temu oszczędności i przez to lepiej wywiązują się ze swojego podstawowego zadania. „My musimy sobie zadać pytanie: po co my jesteśmy? Odpowiedź brzmi: po to, żeby leczyć” – powiedziała jedna z przedstawicielek szpitala. Wypowiedź pierwszej z cytowanych pań, która po utracie publicznego etatu musiała szukać wsparcia u psychiatry, wskazuje jednak na to, że spodziewane przez urzędników oszczędności mogą być złudzeniem.

4.4. POZAPŁACOWE WARUNKI ZATRUDNIANIA

Panie sprzątające zwracają uwagę, że praca w firmach zewnętrznych wiąże się z podleganiem większej kontroli w pracy niż podczas zatrudnienia bezpośredniego przez szpital. Np. w placówce w Siedlcach wprowadzono obowiązek przerywania pracy co godzinę i podpisywania oświadczeń o wykonanych czynnościach we wskazanym pomieszczeniu w szpitalu. W innej instytucji od pań wymagano przynoszenia pustych rolek po papierze toaletowym w celu uzyskania nowych, co wynikało z podejrzeń o to, że panie sprzątające wynoszą papier do domu. W firmach ich praca stała się bardziej uciążliwa, gdyż same odpowiadają za

dostarczenie środków czystości z magazynów na sprzątane przez siebie piętra. W dawnych czasach, gdy były zatrudniane bezpośrednio przez szpitale, byli do tego wyznaczeni specjaliści pracownicy, z reguły mężczyźni.

Salowe zgłaszały problem niezapewniania przez firmy wystarczającej ilości środków czystości, przede wszystkim papieru toaletowego – w skrajnym przypadku przedsiębiorstwo nie dostarczało go przez 10 dni. Kolejnym deficytowym towarem są worki na śmieci, w związku z czym częstą praktyką jest wyciąganie przez salowe zawartości z brudnych worków, których nie wymieniają. Trzecim artykułem o ograniczonej dostępności są nakładki do mopów, co wiąże się z koniecznością używania jednej nakładki do umycia kilku sal.

4.5. POSTAWY PRACOWNIKÓW WOBEC OUTSOURCINGU SPRZĄTANIA

W niniejszej części zostaną omówione wybrane dwa przykłady protestów personelu niemedycznego wobec outsourcingu oraz przybliżone zagrożenia, z jakimi wiąże się ten instrument zarządzania: w Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie i Szpitalu Uniwersyteckim im. A. Jurasza w Bydgoszczy. W 2014 roku szerokim echem odbił się w Polsce protest personelu sprzątającego w bełchatowskim szpitalu¹⁶. Blisko setka pań sprzątających i kuchenkowych strajkowała przeciwko warunkom pracy narzucanym im przez firmę Delta. Do kierowanych pod adresem firmy zarzutów zaliczono brak odzieży ochronnej oraz wystarczającej ilości środków czystości. Zdarzało się tam, że pracownicy musiały myć korytarze samą wodą. Sprzeciw wywołało również nieprzedłużenie umów trzydziestu pracownikom, były to głównie panie przebywające na zwolnieniach lekarskich. W 2015 roku, w ramach oddłużenia Szpitala Uniwersyteckiego im. A. Jurasza w Bydgoszczy, władze placówki zdecydowały o przekazaniu firmie zewnętrznej trzystu osób, licząc tym samym na duże oszczędności. Dyrektor szpitala Jacek Kryś twierdził, że placówka ma ok. 187 mln zł długu i aby przywrócić płynność finansową, musi do końca roku ograniczyć wydatki o 4-5 mln zł. Zdecydowano się na outsourcing, gdyż szacowano, że pomoże to zaoszczędzić ok. 0,5 mln zł¹⁷. Pracownicy szpitala protestowali przeciwko przejęciu przez firmę outsourcingową, gdy tylko dyrekcja zapowiedziała ogłoszenie przetargu¹⁸. Ich obawy względem firmy zewnętrznej potwierdziły się, warunki zatrudnienia uległy bowiem radykalnemu pogorszeniu. Wkrótce po przejęciu przez firmę zewnętrzną w szpitalu zawisł na przykład komunikat, że: „W związku z brakiem osób kuchenkowych i salowych, dyrekcja (...) wstrzymuje wszystkie urlopy do odwołania¹⁹”.

W wymienionych wyżej szpitalach problemy finansowe zdecydowano się rozwiązać kosztem pogorszenia warunków zatrudniania osób z sekcji sprzątającej. Outsourcing tych usług usprawiedliwiano koniecznością realizacji programów naprawczych, stawiając tym samym

16 M. Wiśniewski, *Protest w szpitalu w Bełchatowie. Odwołano wszystkie zabiegi i operacje*, Źródło: <http://www.dzienniklodzki.pl/artykul/3632340,protest-w-szpitalu-w-belchatowie-odwolano-wszystkie-zabiegi-i-operacje,2,id,t,sa.html> (Data dostępu: 03.11.2017).

17 A. Lewińska, *Outsourcing w szpitalu. Zawisło ogłoszenie, koniec z urlopami*, Źródło: <http://bydgoszcz.wyborcza.pl/bydgoszcz/1,48722,18319285,w-szpitalu-jurasza-urlopy-odwolane-za-malo-ludzi-do-pracy.html> (Data dostępu: 03.11.2017).

18 A. Chyłka, *W „Juraszu” setki sprzątaczek i salowych drżą o pracę*, Źródło: <http://bydgoszcz.tvp.pl/18423746/w-juraszu-setki-sprzataczek-i-salowych-drza-o-prace> (Data dostępu: 03.11.2017).

19 A. Lewińska, *Outsourcing w szpitalu. Zawisło ogłoszenie, koniec z urlopami*, Źródło: <http://bydgoszcz.wyborcza.pl/bydgoszcz/1,48722,18319285,w-szpitalu-jurasza-urlopy-odwolane-za-malo-ludzi-do-pracy.html> (Data dostępu: 05.11.2017).

pracownice w sytuacji wyboru między uratowaniem szpitala, a własnych, godnych warunków pracy. W obu przypadkach outsourcing wpłynął na obniżenie jakości świadczonych przez personel usług, stwarzającym tym samym zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów.

4.6. POZAZWIĄZKOWE FORMY SAMOORGANIZACJI PRACOWNICZEJ

W 22 firmach zewnętrznych sprzątających zbadane szpitale związek zawodowy działa tylko w jednej – w przedsiębiorstwie wyłonionym przez szpital w Bełchatowie. Wolny Związek Zawodowy „Zmiana – Jedność Pracownicza” powstał tam przy pomocy etatowego pracownika szpitala, będącego ratownikiem medycznym.

W wypowiedziach pań sprzątających sporadycznie zdarzają się pozytywne oceny związków zawodowych, przeważają opinie krytyczne wobec tych organizacji. Panie wyrażają swoje rozczarowanie związkami oraz poczucie porzucenia przez nie. Brak tej grupie przekonania, że związki reprezentują ich interesy. Silne i powszechne antyzwiązkowe nastroje pań sprzątających obrazują niniejsze wypowiedzi:

*„Za każdym razem, gdy pukam do gabinetu związku zawodowego działającego w szpitalu, ca-
luję klamkę. Albo przewodniczącego nie ma, albo się zamyka przed nami dla świętego spokoju”.*

Salowa ze szpitala w Gorzowie Wielkopolskim

„Związki zawodowe się na nas wypięły”.

Salowa szpitala w Lublinie

Salowe w swoich wypowiedziach podkreślały ponadto, że istniejące związki zawodowe, np. zrzeszające lekarzy bądź pielęgniarki – nie są zainteresowane pomocą salowym. Jeden z przedstawicieli związku zawodowego w następujących słowach wyjaśnił, dlaczego tak się może dziać:

„Pielęgniarki często walczyły o salowe. Była ostra walka, jazdy i wyciągane sztandary. Ale tylko do momentu, jak to się im opłacało. Np. jak przewodnicząca miała 151 członków, z czego 15 to było salowych. Jakby salowe odeszły, to ona straciłaby etat, który przysługuje od 150 członków. Jednak czasami mówiło się pielęgniarkom: albo przekazemy salowe do firmy zewnętrznej albo wam będziemy musieli wam ciąć pensje. I wtedy niestety skończyła się solidarność między tymi zawodami”.

W 5 z 32 szpitali spotkano osoby poszukujące pozazwiązkowych sposobów na rozwiązanie swoich problemów pracowniczych. Ich inicjatywy polegały na oddolnym organizowaniu zbiórek pieniędzy na opłacenie prawników, aby reprezentowali ich interesy pracownicze przed sądami w konfliktach ze szpitalami i firmami zewnętrznymi. Trudno jednak mówić o satysfakcji pań z efektów tych działań. W żadnym z pięciu przypadków podjęte inicjatywy nie zaowocowały trwałym zorganizowaniem się, np. poprzez zawiązanie jakiegoś rodzaju organizacji. Zbiórki te miały charakter jednorazowy, a pomoc prawna krótkoterminowy. W każdym przypadku przekazywane kwoty znacznie przekraczały standardową składkę członkowską opłacaną w istniejących związkach zawodowych. A w jednym przypadku panie poniosły bardzo wysokie koszty opinii prawnych – po 400 złotych każda i sugerowały, że zostały wykorzystane finansowo.

W dniu 8 czerwca 2018 roku Sejm przyjął ustawę o możliwości zrzeszania się osób na umowach cywilnoprawnych w związkach zawodowych. Było to efektem wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 czerwca 2015 roku. TK uznał wówczas, że konstytucyjne pojęcie pracownika, który ma prawo tworzyć i przystępować do organizacji związkowych, jest szersze od tego zawartego w kodeksie pracy. Jednakże choć formalnie salowe na zleceniach będą mieć taką możliwość, to w praktyce utworzenie bądź dołączenie do organizacji w firmach zewnętrznych napotka na ich własny opór wynikający ze strachu przed utratą pracy.

Chociaż salowe podkreślały brak zainteresowania tworzeniem związków w tradycyjny sposób, a więc bezpośrednio w firmie zatrudniającej, to zgłaszały natomiast gotowość przystąpienia do organizacji niezwiązanej z zatrudniającymi je firmami. Pożądanym przez salowe zadaniem takiej organizacji powinno być udzielanie pomocy prawnej oraz reprezentowanie ich przed sądami, a także zabieganie o poprawę sytuacji salowych w całej Polsce poprzez naciski na ustawodawcę. Zdaniem pań sprzątających powinna być to organizacja zewnętrzna, niewymagająca informowania pracodawcy o przynależności do niej, z powodu obawy przed zwolnieniem, o które w firmach zewnętrznych jest znacznie łatwiej niż w przypadku zatrudnienia pracownic przez szpitale.

4.7. DOŚWIADCZENIA PERSONELU SPRZĄTAJĄCEGO ZWIĄZANE Z OUTSOURCINGIEM WYŻYWIENIA I PRANIA

Usługi prania i wyżywienia towarzyszą usługom utrzymania czystości, panie salowe są na przykład często zobowiązane do rozwożenia żywności na sale chorych. Do negatywnych stron outsourcingu prania należy w ich opinii przede wszystkim to, że następują opóźnienia w dostarczaniu odzieży. Salowa z Krosna zauważała:

„Zdarza się, że brakuje bielizny na zmianę dla pacjentów. Albo lekarze jeszcze przed operacją czekają, bo nie ma dla nich ubrań. To jest nienormalne, żeby się przed operacją denerwować, czy jest się w co ubrać. A drugi problem jest taki, że nasze fartuchy są podpisane i powinny wracać do nas. Jak pracowałam pod szpitalem, to tak było. Mój mundurek oddany do pralni wracał do mnie. Ale jak weszła firma piorąca to nie zawsze tak jest. Czasem przywożą z innych szpitali ubrania, np. ze szpitala z Jasła. Tak te nasze ciuchy krążą po całym województwie”.

„Lepiej mieć swoją pralnię. Bo jak czasami bielizny brakuje na oddziałach, to tutaj na miejscu zostawało się po godzinach i prało. A teraz nie ma takiej możliwości. Czasami zdarza się, że nie ma bielizny na wymianę. Wtedy niestety pacjent leży tak, jak leży”.

W opiniach pań sprzątających na temat outsourcingu wyżywienia również przeważały wypowiedzi krytyczne. Kładziono w nich przede wszystkim nacisk na opóźnienia w dostawie żywności. Salowa z Wrocławia:

„Lepiej gdy kuchnia jest na miejscu, bo posiłki były zawsze gorące. Jak nam czegoś zabrakło to podchodziliśmy i nam kuchnia dawała. Nie spóźniało się swoje jedzenie. A teraz jak korek, to spóźnia się jedzenie. Obiad powinien być po 12. A były przypadki, że był po 14. A pielęgniarki muszą podawać leki, czy antybiotyki do obiadu i jedzenie musi być punktualnie. Śniadanie powinno być przed 8, ale nierzadko jest po 9”.

5. WYNIKI KONTROLI NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI ORAZ INSPEKCJI HANDLOWEJ NA TEMAT OUTSOURCINGU USŁUG NIEMEDYCZNYCH

Po 1999 roku stosowanie outsourcingu usług niemedycechnych w szpitalach stało się przedmiotem dwóch analiz Najwyższej Izby Kontroli. Wynikiem pierwszej była *Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych z 2009 roku*²⁰. Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK i przeprowadzona w 12 jednostkach. Analiza dotyczyła lat 2004–2008. W żadnym z dwunastu kontrolowanych szpitali stan żywienia pacjentów nie był właściwy – dziewięć szpitali uzyskało ocenę zadowalającą, dwa niezadowalającą, a w jednym szpitalu odstąpiono od sformułowania oceny z uwagi na brak dokumentacji żywienia z okresu objętego kontrolą. Żywnienie nie było adekwatne do potrzeb pacjentów, gdyż podawane posiłki nie były równocześnie zdrowe, wystarczające i smaczne. Jeśli chodzi o utrzymanie czystości to na dwanaście zbadanych szpitali ocenę właściwą otrzymały dwa, ocenę zadowalającą – siedem oraz ocenę niezadowalającą – trzy. Do nieprawidłowości stwierdzonych w toku kontroli należą: niespójne procedury, brak odpowiedniego sprzętu, niewystarczające przeszkolenie personelu, niewłaściwy skład zespołów kontroli zakażeń zakładowych, brak odpowiedniego nadzoru (zarówno nad pracownikami szpitala, jak i firmy, której zlecono sprzątnięcie), wykonywanie czynności higienicznych niezgodnie z procedurą, zaniżone zużycie środków myjących i dezynfekcyjnych oraz zły dobór środków myjących. NIK podkreślała, że pracownicy zajmujący się utrzymaniem czystości muszą posiadać podstawową wiedzę z zakresu zakażeń zakładowych i dezynfekcji oraz umiejętność posługiwania się sprzętem do sprzątnięcia przy wykorzystaniu odpowiednich technik. Pracownicy – czy to szpitala, czy firmy – powinni odbywać regularne szkolenia obejmujące procedury w zakresie utrzymania czystości i przeciwdziałaniu zakażeniom zakładowym obowiązujące w danym szpitalu. Tymczasem z przeprowadzonej kontroli dotyczącej outsourcingu w latach 2004-2007 wynika, że odpowiednie kwalifikacje i systematyczne szkolenia personelu sprzątającego zadeklarowało 107 ze 135 ankietowanych szpitali (79%). W największym stopniu odpowiednie kompetencje zagwarantowały szpitale zatrudniające pracowników bezpośrednio – 82 z 85 szpitali, a w mniejszym stopniu szpitale zlecające usługi – 18 z 38 (47%) i stosujące system mieszany – 5 z 12. (42%)²¹.

Zgodnie z zaleceniami Inspekcji Sanitarnej osoba sprzątająca bądź pielęgnująca pacjentów w danym dniu nie powinna podawać posiłków. Tymczasem kontrola NIK-u wykazała,

20 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych*, Warszawa 2009.

21 Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych*, Warszawa 2009.

że w dziewięciu z dwunastu szpitali dystrybucję prowadziły osoby spoza bloku żywienia – salowe, pielęgniarki, dietetyczki oddziałowe lub pracownicy zewnętrznej firmy sprzątającej. Jedną z siedmiu pokontrolnych rekomendacji Izby w zakresie poprawy jakości żywienia było to, aby dystrybucja posiłków nie była prowadzona przez personel odpowiedzialny w danym dniu za utrzymanie czystości bądź pomoc przy pacjencie. W ocenie Izby najlepiej, gdy dystrybucją zajmują się pracownicy działu żywienia, bowiem usprawnia to nadzór całego procesu przygotowania i wydawania posiłków oraz wpływa korzystnie na ograniczenie zwrotów nieskonsumowanego jedzenia. Zapewnienie finansowania leczenia szpitalnego stanowi jeden z istotniejszych problemów społeczno-ekonomicznych Polski, a usługi utrzymania czystości, prania i wyżywienia stanowią źródło oszczędności w poszukiwaniu zwiększenia kwoty na bezpośrednie działania medyczne. Racjonalizacja kosztów nie może jednak nadal oznaczać poszukiwania oszczędności bez zapewnienia właściwych i bezpiecznych dla zdrowia pacjentów parametrów jakościowych tych usług.

W efekcie drugiej kontroli podjętej dekadę później powstał dokument pt. *Korzystanie z usług firm zewnętrznych przez szpitale publiczne. Informacja o wynikach kontroli z 2016 roku*²². Celem kontroli była ocena prawidłowości wykorzystania przez 11 szpitali środków publicznych na usługi zewnętrzne. Kontrolą objęto okres od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. Na potrzebę jej przeprowadzenia wskazywały wyniki wcześniejszych kontroli Izby oraz informacje medialne. Wynikało z nich, że SPZOZ coraz powszechniej pozyskują zewnętrzne usługi medyczne i niemedyczne, przekazując zewnętrznym usługodawcom nie tylko wszelkiego rodzaju czynności pomocnicze, lecz również usługi polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W efekcie kontroli stwierdzono, że niewłaściwy nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań prowadzi zarówno do ich niskiej jakości, jak i do nieefektywnego wydatkowania środków publicznych. Szczególnie nagłośnione w mediach były przypadki niezapewnienia pacjentom odpowiedniej jakości żywienia. W ocenie Izby „wszystko to wpływa na obniżenie poziomu opieki sprawowanej nad pacjentem w oddziałach szpitalnych, wydłuża proces rekonwalescencji, a w skrajnych przypadkach zagraża życiu i zdrowiu hospitalizowanych”. Pomimo systematycznego wzrostu nakładów nadal występuje problem nadmiernego zadłużenia szpitali publicznych.

Po 1999 roku stosowanie outsourcingu usług niemedyycznych w szpitalach stało się również dwukrotnie przedmiotem analiz Inspekcji Handlowej. Rezultatem pierwszej była *Informacja z kontroli prawidłowości działania zakładów świadczących usługi cateringowe z 2016 roku*²³. Inspekcja Handlowa odkryła liczne przypadki podmiany składników, np. stosowania margaryny zamiast masła, wyrobu seropodobnego zamiast sera. Przedsiębiorcy często nie respektowali prawa do pełnej informacji na temat podawanych posiłków, w tym tak istotnych, jak zawartość składników alergicznych. Działo się to niejako za biernym przyzwoleniem szpitali zamawiających żywność, które nie egzekwowały swoich praw. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły też używanie towarów przeterminowanych i niewłaściwie przechowywanych.

22 Najwyższa Izba Kontroli, *Korzystanie z usług firm zewnętrznych przez szpitale publiczne. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2016.

23 Inspekcja Handlowa, *Informacja z kontroli prawidłowości działania zakładów świadczących usługi cateringowe*, Warszawa 2016.

W drugim dokumencie pt. *Informacja z kontroli prawidłowości działania zakładów świadczących usługi cateringowe dla instytucji przeprowadzonej przez Inspekcję Handlową z 2017 roku*²⁴ Inspekcja w pierwszej kolejności wzięła pod lupę przedsiębiorców, którzy przyrządzają posiłki dla pacjentów i do których w poprzednim roku były zastrzeżenia. Kierowana przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów Inspekcja Handlowa przeprowadziła w pierwszym kwartale 2017 r. na terenie całego kraju 83 kontrole w zakładach świadczących usługi cateringowe dla różnego rodzaju instytucji, takich jak: szpitale, sanatoria, domy opieki społecznej, ośrodki rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawcze, domy dziecka, żłobki, przedszkola, szkoły. Wyniki analogicznie jak rok wcześniej nie są dobre. Inspektorzy wykryli nieprawidłowości u 59 firm (71,1 proc.). Najbardziej rażące uchybienia to brak informacji o alergenach, stosowanie tańszych składników, używanie przeterminowanej żywności, niehigieniczne warunki przechowywania jedzenia, zaniżane porcje oraz niezgodność jadłospisu z umowami, które firmy cateringowe zawarły ze szkołami, szpitalami lub innymi instytucjami. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów zaapelował, aby szpitale, szkoły, przedszkola i inne podobne instytucje zwiększyły nadzór nad firmami, które dostarczają im jedzenie. Zalecił, aby weryfikowały, czy posiłki są zgodnie z zawartymi umowami. Jeśli nie, jest to nienależyte wykonanie kontraktu i należy egzekwować kary umowne. Kontrola przyniosła niezadowolające wyniki zwłaszcza w zakresie prawidłowości oznakowania posiłków przekazywanych przez catering oraz używania do produkcji żywności zgodnie z wyznaczoną datą minimalnej trwałości lub terminem przydatności do spożycia. Na uwagę zasługuje stwierdzenie istotnych niedowag dań przeznaczonych dla pacjentów szpitali i uczniów oraz stosunkowo częstych zamian składników (zwłaszcza masła, serów) na ich tańsze substytuty. Stwierdzone uchybienia w zdecydowanej większości wynikały z niedopełnienia obowiązków przez skontrolowane zakłady cateringowe niemniej zasadnym wydaje się wniosek, że również odbiorcy – kontrahenci tych zakładów nie sprawowali należytego nadzoru nad jakością świadczonych usług. W świetle powyższych ustaleń stwierdzono, że konieczne będzie prowadzenie dalszych kontroli przez Inspekcję Handlową w sektorze usług cateringowych.

²⁴ Inspekcja Handlowa, *Informacja z kontroli prawidłowości działania zakładów świadczących usługi cateringowe dla instytucji przeprowadzonej przez Inspekcję Handlową*, Warszawa 2017.

6. REKOMENDACJE

Utrzymanie czystości, żywienie pacjentów oraz pranie towarzyszą procedurom medycznym i są niezbędne dla funkcjonowania każdego szpitala. Instytut Żywności i Żywienia – rządowy instytut badawczo-rozwojowy – podkreśla, że uzyskiwane przez szpitale rezultaty w zakresie tych usług są istotne, stanowią bowiem elementy prawidłowo prowadzonego leczenia i rekonwalescencji oraz mają bezpośredni wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań i okres pobytu w szpitalu. Obowiązujące w Polsce przepisy nie określają norm żywieniowych w szpitalach, przy czym jako zalecane uważa się normy ustalone przez Instytut, opublikowane w opracowaniu pt. „Podstawy naukowe żywienia w szpitalach”. Z pracy tej wynika, że niedożywienie pacjentów i pogłębianie się tego procesu podczas hospitalizacji negatywnie wpływa na przebieg leczenia i rekonwalescencję, powodując wydłużenie pobytu chorego w szpitalu, a w konsekwencji – zwiększenie kosztów leczenia. Koszty te mogą być wyższe nawet o 75%. Stan utrzymania czystości w szpitalach publicznych jest istotny przede wszystkim ze względu na zapobieganie zakażeniom wewnątrzszpitalnym, które występują coraz częściej, co uderza bezpośrednio w pacjentów. Właściwe sprzątanie oraz dezynfekcja powierzchni mają znaczący wpływ na zapobieganie rozprzestrzenianiu się drobnoustrojów chorobotwórczych.

Na znaczenie jakości wyżywienia dla poprawy stanu pacjentów zwrócił uwagę Główny Inspektor Sanitarny Marek Posobkiewicz w 2015 roku w odpowiedzi na apel Rzecznika Praw Pacjenta Barbary Kozłowskiej o poprawę jakości wyżywienia w szpitalach:

Nadmienić należy, że w dążeniu do poprawy jakości żywienia pacjentów w szpitalach zasadniczą rolę spełnia prawidłowy nadzór organu finansującego, a także wysokość środków przeznaczanych na żywienie, a nie sprawowany nadzór sanitarny. Zbyt niskie dzienne stawki żywieniowe oraz konieczność doboru dostawców żywności w drodze przetargu, gdzie podstawowym kryterium jest cena usługi, generuje trudności w dążeniu do poprawy jakości żywienia pacjentów. (...) Żywienie jest świadczeniem ewidentnie zdrowotnym, ponieważ ma wpływ na zdrowie i powinno być dostosowane do stanu zdrowia pacjenta. Zatem adresatem postulatów w zakresie poprawy żywienia w w szpitalach i całodobowych podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia zdrowotne powinien być Narodowy Fundusz Zdrowia²⁵.

Proces sprzątania szpitala jest specyficzny i nie może być porównywany ze sprzątaniem powierzchni mieszkalnych, biurowych czy przemysłowych. W związku z tym konieczny jest

25 Odpowiedź Głównego Inspektora Sanitarnego na Wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta do Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie niedostatecznej jakości żywienia w podmiotach leczniczych wykonujących działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, 18 listopada 2015 r.

nad nim zwiększony nadzór, który zagwarantuje najlepiej samo państwo poprzez bezpośrednie zatrudnienie pracowników świadczących usługi wyżywienia, prania i sprzątanania.

W celu poprawy sytuacji personelu sprzątającego zatrudnionego aktualnie w firmach zewnętrznych wskazana jest przede wszystkim rezygnacja przez szpitale z outsourcingu i przywrócenie pracowników porządkowych pod bezpośrednie zwierzchnictwo instytucji. Zainteresowane tym celem organizacje (np. związki zawodowe i partie polityczne) powinny wystąpić z inicjatywą ustawodawczą w tym zakresie. Rząd Prawa i Sprawiedliwości poczynił już pierwsze kroki w kierunku zachęcenia szpitali publicznych do korzystania z własnej obsługi w zakresie usług niemedyceńskich. Z interpretacji ogólnej ministra finansów Mateusza Morawieckiego z dnia 29 grudnia 2017 roku wynika, że usługi „ściśle związane z medycznymi”, takie jak sprzątananie, dostarczanie wyżywienia, pranie i wymiana odzieży oraz pościeli szpitalnej, są zwolnione z VAT-u tylko wtedy, gdy są prowadzone przez „podmiot prowadzący działalność w zakresie opieki medycznej, służącej profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia”. Jak wyjaśniał na łamach portalu Rynek Zdrowia Wojciech Śliz, dyrektor departamentu VAT w Ministerstwie Finansów, w uproszczeniu można przyjąć, że zwolnienie dla usług ściśle związanych z medycznymi przysługiwać będzie, gdy „szpitale będą świadczyć usługę na rzecz szpitala”. Interpretacja ta nie jest jednak oceniana przez osoby zarządzające szpitalami jako argument przekonujący do rezygnacji z usług firm zewnętrznych. Wynika to z faktu, że zastosowanie outsourcingu pociągnęło za sobą zasadnicze zmiany organizacyjne w placówkach, np. wyzbycie się wyposażenia własnych kuchni, pralni i parków maszynowych. W związku z tym państwo powinno udzielić szpitalom wsparcia finansowego na cele modernizacji pomieszczeń i sprzętu związanych z usługami pomocniczymi. Kolejnym sugerowanym krokiem na rzecz poprawy sytuacji salowych jest dążenie do ich uzwiązkowienia poprzez włączenie do już istniejących w szpitalach struktur związkowych.

7. STRESZCZENIE

1. Ośrodek Myśli Społecznej im. Ferdynanda Lassalle'a zbadał uwarunkowania oraz skalę stosowania outsourcingu usług niemedyycznych w 32 szpitalach publicznych, a także warunki zatrudniania pracowników firm zewnętrznych. Skoncentrowano się na usługach utrzymania czystości.
2. Zbadane placówki dzielą się na trzy rodzaje ze względu na przyjęty model wywiązywania się z zadania sprzątnia. Do pierwszej grupy należą instytucje stosujące outsourcing na terenie wszystkich swoich obiektów. Jest ich 12. Do drugiej grupy należą szpitale dysponujące własną obsługą, która odpowiada za utrzymanie czystości na całej powierzchni instytucji. Liczba szpitali stosujących tradycyjny model zarządzania wynosi 10. Trzecią grupę szpitali stanowią instytucje, które stosują formę mieszaną. Polega ona na wydzieleniu powierzchni, które sprzątane są przez salowe zatrudniane przez szpitale bezpośrednio, a dodatkowo na korzystaniu z usług pracowników firm zewnętrznych, którzy odpowiadają za sprzątnie pozostałych powierzchni.
3. W zbadanych szpitalach przesłanki zastosowania outsourcingu miały głównie charakter ekonomiczny. Decyzje te uwarunkowane były trudną sytuacją finansową instytucji. Rezygnacja ze sprzątnia za pomocą swoich pracowników wynikała m.in. z braku woli do kosztownego unowocześnienia własnych urządzeń do utrzymania czystości.
4. Spośród 10 instytucji, które wywiązują się z zadania utrzymania czystości wyłącznie za pomocą własnego personelu, 6 stosowało w przeszłości outsourcing usług sprzątnia. 5 zrezygnowało z niego po 1 stycznia 2017 roku w związku z ustanowieniem minimalnej stawki godzinowej w wysokości 13 złotych brutto w odniesieniu do umów cywilnoprawnych. W wyniku tej regulacji ceny usług świadczonych przez podmioty zewnętrzne znacznie wzrosły. Ponadto w wielu ze zbadanych szpitali prowadzone są analizy finansowe na temat zasadności stosowania outsourcingu i rozważa się ponowne zatrudnienie własnej obsługi.
5. W 10 szpitalach, które stosują system mieszany wywiązywania się z zadania sprzątnia, nie stosuje się outsourcingu w odniesieniu do powierzchni, na których obowiązują szczególne zasady higieny (np. na salach operacyjnych, w aptekach), a ponadto zajmowanych przez dyrektorów i kadry administracyjne. Za utrzymywaniem przez szpitale podziału na własny personel i personel zewnętrzny, a także za stosowaniem wyłączeń spod outsourcingu w odniesieniu do powierzchni kluczowych z punktu widzenia instytucji, stoją przekonania o niskiej jakości usług świadczonych przez firmy zewnętrzne.
6. Spośród 22 zbadanych szpitali publicznych, które korzystają z usług firm zewnętrznych, w okresie od wejścia w życie obligatoryjnej klauzuli propracowniczej w dniu 28 lipca 2016 roku do 1 lipca 2018 roku 16 placówek zorganizowało postępowania

- o udzielenie zamówień publicznych na świadczenie usług utrzymania czystości. 3 z nich zawarły klauzulę propracowniczą w sposób, który nie daje gwarancji zatrudnienia pracowników sprzątających na podstawie umów o pracę.
7. Pracownice z 22 firm zewnętrznych otrzymują wynagrodzenia równe pensji minimalnej w wysokości 2100 złotych brutto, tzn. 1530 złotych netto za 160 godzin pracy. Nie przysługują im żadne dodatkowe świadczenia, które występują w szpitalach zatrudniających salowe bezpośrednio. W żadnej ze zbadanych firm zewnętrznych, które świadczą usługi na rzecz szpitali, nie funkcjonuje Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych. Outsourcowane pracownice nie mogą liczyć na: nagrody jubileuszowe, odprawy dla osób przechodzących na emeryturę, premie, trzynaste pensje, tzw. „wczasy pod gruszą“, dodatki z okazji świąt, prawo do skorzystania z niskoprocentowanych pożyczek w zakładzie pracy. Salowe należą do grupy biednych pracujących.
 8. Wskutek zastosowania outsourcingu doszło do osłabienia więzi między pielęgniarkami a salowymi. W tradycyjnym modelu zarządzania salowe były bezpośrednio podporządkowane pielęgniarkom oddziałowym. Na nich spoczywały następujące obowiązki związane z podległym służbowo zespołem salowych: ustalanie grafiku i zakresu obowiązków oraz nadzór. Wskutek zastosowania outsourcingu ta relacja służbowa między salowymi a pielęgniarkami już nie zachodzi. Za grafiki, zakres obowiązków i nadzór nad personelem sprzątającym odpowiadają bowiem koordynatorzy z firm zewnętrznych.
 9. Outsourcowane salowe mówią, że doświadczają wykluczenia, uprzedmiotowienia i dehumanizacji. Wyrażają opinie, że są traktowane, jak „zło konieczne“, „podgatunek człowieka“, a nawet „jak śmieci“. Pracownice podawały liczne przykłady poniżającego traktowania przez pracowników firm zewnętrznych oraz szpitali.
 10. Outsourcing odbija się negatywnie na zdrowiu fizycznym i psychicznym salowych. Przejście do firm zewnętrznych wiązało się dla wielu z nich z dużym stresem związanym z niepewnością przyszłych warunków zatrudnienia, a także z poczuciem odrzucenia. Część salowych przyznała, że zażywa środki uspokajające, a w jednym przypadku pracownica poinformowała, że musiała skorzystać z pomocy psychiatry w wyniku wyoutsourcowania.
 11. Salowe zgłaszały problem niezapewniania przez firmy wystarczającej ilości środków czystości, przede wszystkim papieru toaletowego – w skrajnym przypadku przedsiębiorstwo nie dostarczało go przez 10 dni. Kolejnym deficytowym towarem są worki na śmieci, w związku z czym częstą praktyką jest wyciąganie przez salowe zawartości z brudnych worków, których nie wymieniają. Trzecim artykułem o ograniczonej dostępności są nakładki do mopów, co wiąże się z koniecznością używania jednej nakładki do umycia kilku sal.
 12. Związek zawodowy działa tylko w jednej z 22 firm zewnętrznych – w przedsiębiorstwie wyłonionym przez Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie. W wypowiedziach pań sprzątających w pozostałych 21 firmach sporadycznie zdarzają się pozytywne oceny związków zawodowych, przeważają opinie krytyczne wobec tych organizacji. Panie wyrażają swoje rozczarowanie związkami oraz brak przekonania co do tego, że organizacje te reprezentują ich interesy.

13. W 5 placówkach, które po 1 stycznia 2017 roku zrezygnowały z usług firm zewnętrznych i zatrudniły salowe bezpośrednio na podstawie umów o pracę, pracownicy z którymi przeprowadzono wywiady nie przystąpiły do już istniejącego w szpitalu związku zawodowego, ani nie utworzyły odrębnego.
14. W 5 z 32 szpitali spotkano osoby poszukujące pozazwiązkowych sposobów na rozwiązanie swoich problemów pracowniczych. Ich inicjatywy polegały na oddolnym organizowaniu zbiórek pieniędzy na opłacenie prawników, aby reprezentowali ich interesy zawodowe przed sądami w konfliktach ze szpitalami i firmami zewnętrznymi. Trudno jednak mówić o satysfakcji pań z efektów tych działań. W żadnym z pięciu przypadków podjęte inicjatywy nie zaowocowały trwałym zorganizowaniem się poprzez zawiązanie jakiegokolwiek rodzaju organizacji. Zbiórki te miały charakter jednorazowy, a pomoc prawna krótkoterminowy. Ponadto środki finansowe przekazane prawnikom znacznie przewyższały wysokość składek odprowadzanych tradycyjnie przez pracowników z tytułu przynależności do związków zawodowych. W skrajnym przypadku każda z pań sprzątających zapłaciła za poradę prawną 400 złotych.
15. W opiniach salowych dominuje krytyka outsourcingu usług wyżywienia i prania. Do negatywnych stron korzystania z usług podmiotów zewnętrznych należą przede wszystkim opóźnienia w dostarczaniu odzieży oraz żywności, co stanowiło zagrożenie dla zdrowia pacjentów. Prowadziło to na przykład do sytuacji, w której firma nie przekazała lekarzom odzieży przed operacją, a także do braku posiłku dla osób chorych, które powinny spożyć leki o ściśle określonej godzinie przed posiłkiem.
16. Interpretacja ogólna ministra finansów Mateusza Morawieckiego z dnia 29 grudnia 2017 wskazująca, że usługi ściśle związane z medycznymi, takie jak sprzątanie, dostarczanie wyżywienia, pranie oraz wymiana odzieży i pościeli szpitalnej, są zwolnione z VAT-u wtedy, gdy są prowadzone przez podmiot prowadzący działalność w zakresie opieki medycznej, służącej profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, nie jest oceniana przez osoby zarządzające szpitalami jako argument przekonujący do rezygnacji z usług firm zewnętrznych. Wynika to z faktu, że zastosowanie outsourcingu pociągnęło za sobą zasadnicze zmiany organizacyjne w placówkach, np. wyzbycie się wyposażenia własnych kuchni, pralni i parków maszynowych. Jeśli rząd podejmie decyzję o konieczności rezygnacji przez szpitale z usług firm zewnętrznych świadczących usługi niemedyczne powinno nastąpić wsparcie finansowe szpitali na cele modernizacji pomieszczeń i sprzętu związanych z usługami utrzymania czystości.
17. W celu poprawy sytuacji personelu sprzątającego zatrudnionego aktualnie w firmach zewnętrznych wskazana jest przede wszystkim rezygnacja przez szpitale z outsourcingu i przywrócenie pracowników porządkowych pod bezpośrednie zwierzchnictwo instytucji. Zainteresowane tym celem organizacje (np. związki zawodowe i partie polityczne) powinny wystąpić z inicjatywą ustawodawczą w tym zakresie. Kolejnym sugerowanym krokiem jest dążenie do uzwiązkowienia salowych i włączenia ich do już istniejących struktur związkowych.

8. LITERATURA

Chyłka A., *W „Juraszu” setki sprzątaczek i salowych drzą o pracę*, Źródło: <http://bydgoszcz.tvp.pl/18423746/w-juraszu-setki-sprzataczek-i-salowych-drza-o-prace> (Data dostępu: 03.11.2017).

Fogt B., *Poznański Ośrodek Reumatologiczny w kontekście zmian zachodzących w ochronie zdrowia w latach 1952 – 2005*, Poznań 2012.

Inspekcja Handlowa, *Informacja z kontroli prawidłowości działania zakładów świadczących usługi cateringowe*, Warszawa 2016.

Inspekcja Handlowa, *Informacja z kontroli prawidłowości działania zakładów świadczących usługi cateringowe dla instytucji przeprowadzonej przez Inspekcję Handlową*, Warszawa 2017.

Kolwicz M., *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, Roczniki Pomorskiej Akademii w Szczecinie, Szczecin 2010.

Kotłęga D., Nowacki P., Lewiński D., Chmurowicz R., Ciećwież S., *Outsourcing – Teoria i zastosowanie w szpitalu klinicznym w Szczecinie na przykładzie usług transportu i utylizacji odpadów medycznych*, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2011.

Lech-Męczekalska I., *Prawne aspekty transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku. Interdyscyplinarne studium z zakresu nauk o zdrowiu i nauk prawnych*, Poznań 2016.

Lewińska A., *Outsourcing w szpitalu. Zawisło ogłoszenie, koniec z urlopami*, Źródło: <http://bydgoszcz.wyborcza.pl/bydgoszcz/1,48722,18319285,w-szpitalu-jurasza-urlopy-odwolane-za-malo-ludzi-do-pracy.html> (Data dostępu: 03.11.2017).

Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006 – 2010*, Warszawa 2011.

Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli żywienia i utrzymania czystości w szpitalach publicznych*, Warszawa 2009.

Najwyższa Izba Kontroli, *Korzystanie z usług firm zewnętrznych przez szpitale publiczne. Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2016.

Odpowiedź Głównego Inspektora Sanitarnego na Wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta do Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie niedostatecznej jakości żywienia w podmiotach leczniczych wykonujących działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, 18 listopada 2015 r.

Portal Radio Kraków, *Małopolskie szpitale rezygnują z outsourcingu*, Źródło: <http://www.radiokrakow.pl/wiadomosci/aktualnosci/malopolskie-rezygnuja-z-outsourcingu-jest-za-drogo/> (Data dostępu: 20.10.2017).

Portal rynekzdrowia.pl, Rozmowa Jacka Janika z Jarosławem Czapińskim: *Outsourcing usług niemedyycznych w szpitalach – czyżby w odwrócić?*, Źródło: <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Outsourcing-uslug-niemedyycznych-w-szpitalach-Czyzby-w-odwrocie,175154,1.html> (Data dostępu: 20.10.2017).

Szołtysek J., Twaróg S., *Outsourcing obsługi logistycznej szpitali w warunkach kryzysu*, Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2015.

Wielicka K., *Zarys funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Zeszyty naukowe Organizacja i Zarządzanie, nr 70, Gliwice 2014.

Wiśniewski M., *Protest w szpitalu w Belchatowie. Odwołano wszystkie zabiegi i operacje*, Źródło: <http://www.dzienniklodzki.pl/artukul/3632340,protest-w-szpitalu-w-belchatowie-odwolano-wszystkie-zabiegi-i-operacje,2,id,t,sa.html> (Data dostępu: 03.11.2017).

Ośrodek Myśli Społecznej im. F. Lassalle'a od kilku lat monitoruje skutki stosowania outsourcingu w sektorze publicznym. Niniejsza publikacja jest zwieńczeniem naszych badań nad stosowaniem outsourcingu w szpitalach publicznych. W placówkach ochrony zdrowia strategia zlecenia usług podmiotom zewnętrznym oddziałuje nie tylko na warunki zatrudnienia wykonującego je personelu, ale również na sytuację pacjentów – ich komfort i bezpieczeństwo. Dlatego publikację tę adresujemy nie tylko do ustawodawcy, rządu i organów samorządu lokalnego, ale także do szeroko rozumianej opinii publicznej, która winna być zainteresowana sprawnym działaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Projekt realizowany ze środków Fundacji im. Stefana Batorego
w ramach programu Demokracja w Działaniu



ISBN 978-83-63901-12-7