

Aleksandra Wiercińska

Uniwersytet Gdański

e-mail: aleksandra.wiercinska@ug.edu.pl

**KORZYŚCI I BARIERY BENCHMARKINGU
NA PRZYKŁADZIE SZPITALI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO**

**ADVANTAGES AND BARRIERS FOR BENCHMARKING
ILLUSTRATED WITH AN EXAMPLE OF HOSPITALS
IN THE POMERANIAN VOIVODESHIP**

DOI: 10.15611/pn.2018.514.42

JEL Classification: M400, H830, I190

Streszczenie: Celem artykułu jest wskazanie korzyści z wykorzystywania benchmarkingu do zarządzania finansami szpitali oraz zwrócenie uwagi na bariery, który mogą wystąpić podczas jego stosowania. Badaną populację stanowiły szpitale województwa pomorskiego. W wyniku przeprowadzonego badania ankietowego zidentyfikowano główne korzyści i zalety benchmarkingu. Zarządzający podkreślali usprawnienie procesu zarządzania finansami szpitala, poprawę w zakresie znajomości wyników i procesów szpitala, zwiększenie skuteczności zarządzania w aspekcie rzeczowym i kosztowym. Poza licznymi zaletami benchmarkingu wskazano również na pewne bariery i wady, które mogą obniżyć skuteczność wykorzystywania tego narzędzia. Należały do nich m.in. niedostateczna wiedza na temat benchmarkingu i jego możliwości, niepełny zakres danych podlegających porównaniom, jak również niewyżnaczenie zespołu benchmarkingowego.

Słowa kluczowe: benchmarking, podmioty lecznicze, szpital, zarządzanie szpitalem, zarządzanie finansami szpitali.

Summary: The aim of the article is to point out the benefits and barriers for benchmarking usage in financial management of hospitals. The researched population were the Pomeranian hospitals. The main benefits and advantages of benchmarking were identified as a result of the questionnaire survey. Improvement of the hospital's financial management, increase of knowledge concerning hospital outcomes and processes, as well as more efficient material and costs management have been emphasized by the managers. Apart from the numerous benefits of benchmarking, some barriers and disadvantages have also been identified. These ones included: the insufficient knowledge about benchmarking and its implementation, incomplete data for comparisons and lack of the benchmarking team appointments in the hospitals.

Keywords: benchmarking, therapeutic entities, hospital, hospital management, financial management of hospitals.

1. Wstęp

Szpital jest najbardziej typowym podmiotem leczniczym w sektorze opieki zdrowotnej, między innymi ze względu na złożoność problematyki finansowej i wielkość zużywanych zasobów. Koszt opieki szpitalnej jest wyższy od innych świadczeń zdrowotnych, stąd istotne jest poszukiwanie sposobów racjonalizacji kosztów funkcjonowania szpitali bez obniżenia poziomu usług, ich zakresu oraz dostępności. Prawidłowe zarządzanie finansami szpitali może umożliwić podejmowanie lepszych decyzji przez menedżerów. Chociaż sektor usług zdrowotnych charakteryzuje się specyficznymi cechami odróżniającymi go od innych obszarów aktywności, to podmioty lecznicze, w tym szpitale, wymagają takiego samego poziomu profesjonalnego zarządzania, jak każde inne przedsiębiorstwo [Stępniewski (red.) 2008, s. 15]. W związku z tym menadżerowie medycyny coraz częściej sięgają po sprawdzone narzędzia zarządzania, takie jak benchmarking.

Benchmarking od kilku ostatnich dekad cieszy się niesłabnącą popularnością. Potwierdzają to badania prowadzone cyklicznie od 1993 r. przez firmę Bain & Company. Każdorazowo próba obejmuje średnio 13 000 respondentów z całego świata. Ankietowani wskazują spośród 25 narzędzi zarządzania te, które wykorzystują w swojej praktyce, jak również oceniają stopień satysfakcji z ich zastosowania. Benchmarking od ponad 20 lat znajduje się w pierwszej piątce najczęściej i najchętniej stosowanych narzędzi.

Literatura przedmiotu nie określa jednoznacznie, czy benchmarking jest procesem, metodą, techniką, czy narzędziem. M.J. Spendolini [1992, s. 10] definiuje benchmarking jako „ciągły, systematyczny proces badania produktów, usług oraz procesów występujących wewnątrz przedsiębiorstwa, które są rozpoznane jako reprezentujące najlepsze praktyki, w celu promowania jego dokonań”. R.C. Camp [1995, s. 77] twierdzi, że jest to poszukiwanie najefektywniejszych metod dla danej organizacji, pozwalających osiągnąć przewagę konkurencyjną. R. Kowalak [2009, s. 20] określa benchmarking jako metodę zarządzania, która służy wprowadzeniu najlepszych praktyk poprzez porównania z najlepszymi rozwiązaniami stosowanymi wewnątrz jednostki oraz w innych organizacjach. Natomiast R. Manzini i V. Lazzarotti twierdzą, że „benchmarking jest narzędziem służącym poprawie wyników poprzez uczenie się przez najlepsze praktyki i rozumienie procesów, dzięki którym są osiągnięte” [za: Kuźmich 2012, s. 73]. Z przytoczonych definicji wynika, że benchmarking polega na porównywaniu wyników, systemów organizacyjnych czy też procesów zachodzących w organizacji z najlepszymi praktykami w danym obszarze, co prowadzi do adaptacji i wdrożenia wzorcowych rozwiązań. Skutkuje to poprawą sytuacji finansowej podmiotu, usprawnieniem jego procesów czy umocnieniem pozycji konkurencyjnej na rynku.

Benchmarking jest coraz częściej stosowany przez podmioty na rynku usług zdrowotnych. Potwierdzają to A. Ksykiewicz-Dorota i S. Gradowska-Burczyk [2009, s. 227], podkreślając, że jest on narzędziem mogącym być skutecznie wy-

korzystanym do analizy strategicznej funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej, a którego celem jest twórcze naśladowanie najlepszych praktyk innych organizacji. Przegląd wykorzystania benchmarkingu w ochronie zdrowia w latach 2000-2009 w Unii Europejskiej przedstawili w swojej publikacji N. Klazinga, C. Fisher i A. Asbroek [2011, s. 38-47]. Dodatkowo w ostatnich latach na terenie Unii Europejskiej oraz Stanów Zjednoczonych realizowane były liczne projekty w sektorze usług zdrowotnych, m.in.:

- 1) Europejskie Badanie Szpitali (European Hospital Survey Benchmarking), [EU 2012-2013],
- 2) MARQuIS (Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies) [Lombards i in. 2009],
- 3) Międzynarodowy Projekt Benchmarkingu w Duńskim Sektorze Szpitalnym [International Benchmarking of the Danish Hospital Sector 2010],
- 4) Niemiecki Narodowy Projekt Benchmarkingu Szpitali (German National Quality Benchmarking Project) [Busse, Nimptsch, Mansky 2009],
- 5) EBDA (Emergency Department Benchmarking Alliance).

Zakres wykorzystywania benchmarkingu na rynku usług zdrowotnych wskazuje na możliwość zastosowania tego narzędzia przez podmioty lecznicze w Polsce, szczególnie jeśli się weźmie pod uwagę korzyści z jego stosowania. Celem artykułu jest ich zidentyfikowanie oraz zwrócenie uwagi na bariery, które mogą wystąpić podczas jego wdrażania.

2. Korzyści i bariery benchmarkingu

W literaturze wskazywane są liczne korzyści ze stosowania benchmarkingu [Pattersen 1996, s. 19-24; Andersen, za: Grudziewski, Hejduk 2004, s. 174-175; Keehley i Ambercrombie, za: Kuźmich 2012, s. 76], takie jak:

- 1) spełnianie oczekiwań klientów – badając procesy zarządcze innych organizacji, często możliwe jest zdobycie informacji o wymaganiach odbiorców naszych usług czy wyrobów,
- 2) adaptacja najlepszych praktyk,
- 3) zwiększenie konkurencyjności podmiotu,
- 4) wyznaczanie istotnych i realnych do osiągnięcia celów,
- 5) opracowanie dokładnych miar wydajności,
- 6) tworzenie wsparcia do wprowadzenia zmian wewnątrz organizacji,
- 7) ustalanie i doskonalenie strategii,
- 8) ostrzeganie o niewydajności/nieskuteczności działania,
- 9) testowanie efektywności programu zarządzania jakością,
- 10) reengineering,
- 11) doskonalenie zdolności do rozwiązywania problemów,
- 12) zapewnienie wzrostu wiedzy i kreatywności,
- 13) zwiększenie przejrzystości finansowej,

- 14) poprawa wewnętrznej zdolności do rozliczania,
- 15) lepsze przygotowanie na kryzys,
- 16) wzmocnienie decyzyjności,
- 17) tworzenie organizacji uczącej się.

Inny zestaw zalet zaproponowany został przez M. Zairi i A. Al-Mashari [2005, s. 15]. Autorzy ci wyróżnili korzyści:

- 1) operacyjne – benchmarking:
 - zapobiega ponownemu wynalezieniu koła, czyli wyważaniu otwartych już drzwi – za bezcelowe uważa się tracenie czasu na wymyślanie rozwiązań już znanych i stosowanych przez innych,
 - prowadzi do znajdowania rozwiązań poza ograniczeniami własnej organizacji,
 - udoskonala procesy – zmusza do zbadania stosowanych procesów, co często prowadzi do ich usprawnienia,
 - przyspiesza zmiany i restrukturyzację poprzez użycie wypróbowanych metod – przekonuje sceptyków, pokazując efekty w innych podmiotach, przewycięża bezwładność i samozadowolenie organizacji, tworzy uczucie pilności rozwiązania problemów i zwiększa prawdopodobieństwo ich przewyciężenia,
 - pozwala organizacji skoncentrować się na czynnikach zewnętrznych, wychwytuje nieustannie pojawiające się szanse i przeciwdziała potencjalnym zagrożeniom,
 - zapobiega samozadowoleniu organizacji i jej pracowników – benchmarking wyznacza konkretne cele, przeszłe sukcesy prowadzą wiele organizacji do ciągłego powtarzania założonych wzorców, bez stymulacji i przykładów z zewnątrz, cele organizacji w zakresie doskonalenia pozostają niezmienniane przez lata;
- 2) kulturowe – benchmarking:
 - sprzyja powstawaniu i ewolucji kultury uczenia się w całej organizacji,
 - promuje kulturę zorientowaną na klienta, ciągle przypominając o nim poprzez skupianie się na procesach wymagających poprawy,
 - przewycięża filozofię NIH (*Not Invented Here*) – benchmarking dostarcza dowodów, które pozwalają przekonać sceptyków i opierających się zmianom do ich wprowadzenia;
- 3) finansowe – benchmarking:
 - może zapewnić ogromną dźwignię finansową – w badaniu przeprowadzonym przez stowarzyszenie APQC zidentyfikowano ponad 30 organizacji, które donoszą o średnio 76 mln dolarów zysku z tytułu wdrożenia benchmarkingu, a zwrot z najbardziej udanych projektów sięga 189 mln dolarów¹.

Pomimo wskazanych korzyści, zwraca się uwagę na pewne bariery oraz błędy w stosowaniu benchmarkingu, które utrudniają bądź uniemożliwiają korzystanie z tego narzędzia. Brak chęci dzielenia się informacjami i nawiązywania współpracy ze względu na ryzyko utraty pozycji konkurencyjnej przez dany podmiot to tylko

¹ O zaletach wynikających z benchmarkingu piszą również: Kisperska-Moroń [2002, s. 13]; Węgrzyn [2000, s. 149-151], Kowalak [2009, s. 50], Kuźmich [2012, s. 66-68], Grudziwski, Hejduk [2004, s. 174-175].

jedna z przeszkód stosowania benchmarkingu. W literaturze wymienia się także [Barber 2012, s. 2; Bramham 2004, s. 25; Kuźmich 2012, s. 69; Surmiak 2011, s. 1-3; Patterson 1996, s. 64-68]:

1) brak przygotowania merytorycznego – niezrozumienie koncepcji i/lub powierzone jej stosowanie,

2) niewyznaczenie zespołu benchmarkingowego zajmującego się jedynie tym tematem – dodatkowe obciążanie pracowników, którzy mają już swoje obowiązki, powoduje mniejszą skuteczność i prowadzi do negacji realizowanego projektu,

3) brak solidności i dokładności w przeprowadzeniu benchmarkingu – nieporównywalność danych, pomiar wartości niemierzalnych, brak metodyki opartej na badaniach naukowych,

4) skupianie się na celach krótkoterminowych zamiast na długookresowej strategii organizacji,

5) zbieranie zbyt dużej ilości danych,

6) skupianie się jedynie na wynikach, pomijając procesy organizacji,

7) niezdolność organizacji do benchmarkingu – brak wymaganych zasobów finansowych, czasowych i wiedzy, które są niezbędne do przeprowadzenia projektu,

8) inercja – opór wobec zmian, strach przed nieznanym oraz poczucie komfortu w sytuacji, w której nic się nie zmienia,

9) lęk przed negatywnymi konsekwencjami benchmarkingu dla pracowników organizacji – utrata wpływów, zmiana pracy, zwolnienia,

10) lęk przed byciem posądzonym o kopiowanie cudzych rozwiązań.

Wśród barier wskazywana jest również niecierpliwość czy arogancja (jesteśmy najlepsi – po co nam benchmarking) oraz trudności w uzyskaniu danych do porównań. Jednak kluczowe wydaje się znalezienie wiarygodnych partnerów. A. Surmiak [2011, s. 1-2] zauważa: „należy porównywać się z najlepszymi, ale także analizować przypadki firm bankrutujących lub takich, które w przeszłości radziły sobie bardzo dobrze, a obecnie przechodzą kryzys. Trzeba unikać nadmiernego generalizowania i wyciągania wniosków z niereprezentatywnych danych. Wybór partnera benchmarkingowego powinien być przemyślany i poprzedzony wnikliwą analizą pod kątem wybranych kryteriów”.

3. Opis metody badawczej

Badanie zostało przeprowadzone w październiku 2013 r. metodą ankietową. Analizowaną populację stanowiły szpitale województwa pomorskiego. Jego celem było zidentyfikowanie zakresu wykorzystywania benchmarkingu przez szpitale, ocena przydatności jego stosowania, wskazanie korzyści z wykorzystywania benchmarkingu do zarządzania ich finansami oraz zwrócenie uwagi na bariery, które mogą wystąpić podczas jego stosowania.

Badanie przebiegało w dwóch etapach, w których wykorzystano odpowiednie kwestionariusze. Etap I pozwolił na zidentyfikowanie 10 szpitali, które wykorzy-

stywały benchmarking do zarządzania finansami. W II etapie badań skierowano do tych jednostek szczegółowy kwestionariusz, zawierający 33 pytania zamknięte i otwarte. Dotyczyły one m.in. rodzajów benchmarkingu, które były przez podmioty stosowane, zakresu pozyskiwanych i analizowanych danych, jak również realizacji poszczególnych etapów procesu benchmarkingu. Wyniki z tego zakresu zostały zawarte w publikacjach [Wiercińska 2015a, 2015b, 2016]. Dodatkowo respondenci poproszeni zostali o wskazanie korzyści, zalet, barier i wad stosowania benchmarkingu do zarządzania finansami w szpitalach, co przedstawione zostanie w niniejszym artykule.

Pytania dotyczące tego obszaru miały charakter zamknięty. Respondentów poproszono o zaznaczenie najważniejszych odpowiedzi, które uszeregowano zgodnie z pięciopunktową skalą Likerta, gdzie: 1 – nie, 2 – raczej nie, 3 – nie mam zdania, 4 – raczej tak, 5 – tak.

Szczegółowy opis metody badawczej został przedstawiony w artykule [Wiercińska 2016, s. 537].

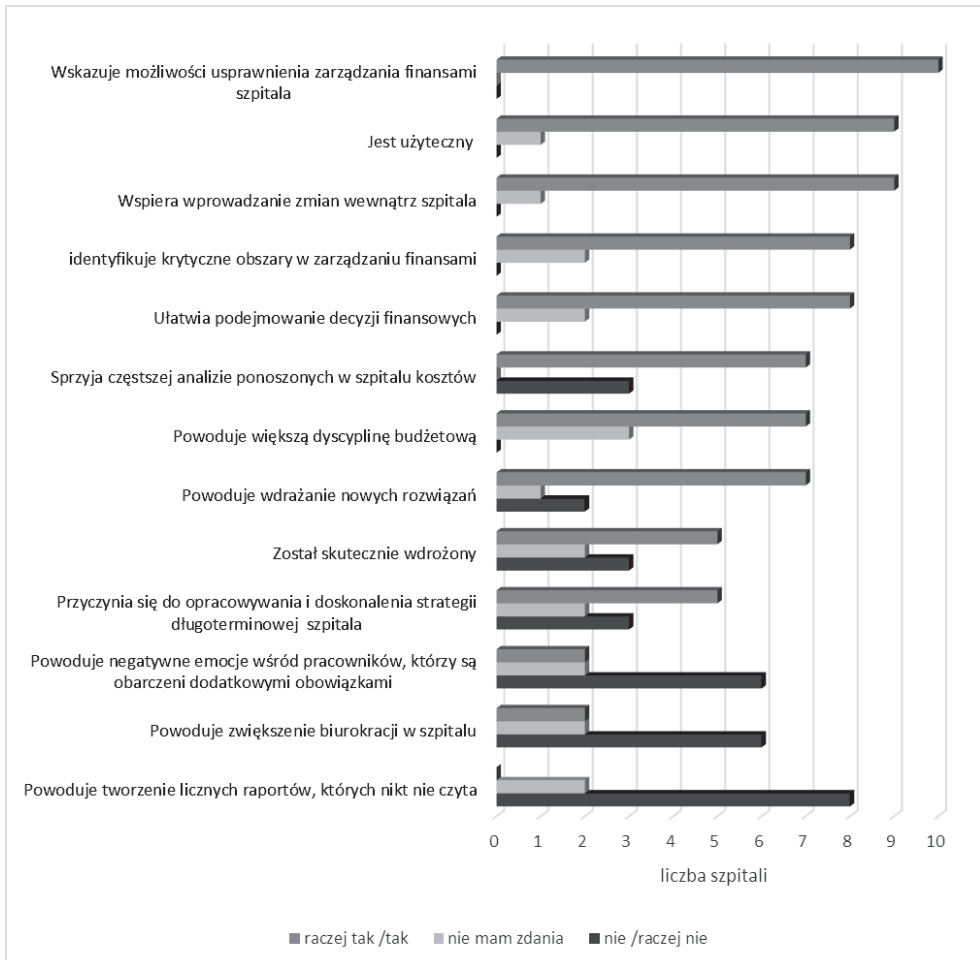
4. Ocena stosowania benchmarkingu według szpitali województwa pomorskiego w 2013 r.

W pierwszej kolejności przedstawione zostaną wyniki dotyczące wad i zalet benchmarkingu wykorzystywanego do zarządzania finansami. Odpowiedzi respondentów przedstawia wykres (rys. 1).

Większość respondentów ocenia benchmarking jako użyteczne narzędzie (9 podmiotów), które ułatwia podejmowanie decyzji (8 szpitali), identyfikuje krytyczne obszary w zarządzaniu finansami (8 podmiotów) i wspiera wprowadzanie zmian wewnątrz szpitala (9 szpitali). We wszystkich placówkach wskazuje się również na możliwości usprawnienia zarządzania finansami szpitala.

Respondenci nie potwierdzają występowania w szpitalach nadmiernej biurokracji spowodowanej wdrożeniem benchmarkingu. Nie zgadzają się oni również z opinią, że benchmarking powoduje tworzenie licznych raportów, których nikt nie czyta, ani że generuje negatywne emocje wśród pracowników, którzy są obciążeni dodatkowymi obowiązkami. Należy zauważyć, że jest to jedynie opinia osób zarządzających, którzy – jak wykazano we wcześniejszym etapie badania [Wiercińska 2016, s. 541] – nie są zaangażowani we wszystkie etapy i fazy benchmarkingu. Inne nastroje mogą pojawiać się wśród pracowników niższego szczebla, których zadaniem jest, przykładowo, zbieranie czy analiza danych.

Niepokojący jest natomiast fakt, że tylko połowa zarządzających finansami w szpitalach województwa pomorskiego uważa, że benchmarking został skutecznie wdrożony w ich podmiocie. Oznacza to, że 5 spośród 10 zarządzających nie jest zadowolonych ze sposobu zastosowania bądź przebiegu procesu benchmarkingu w ich szpitalu.



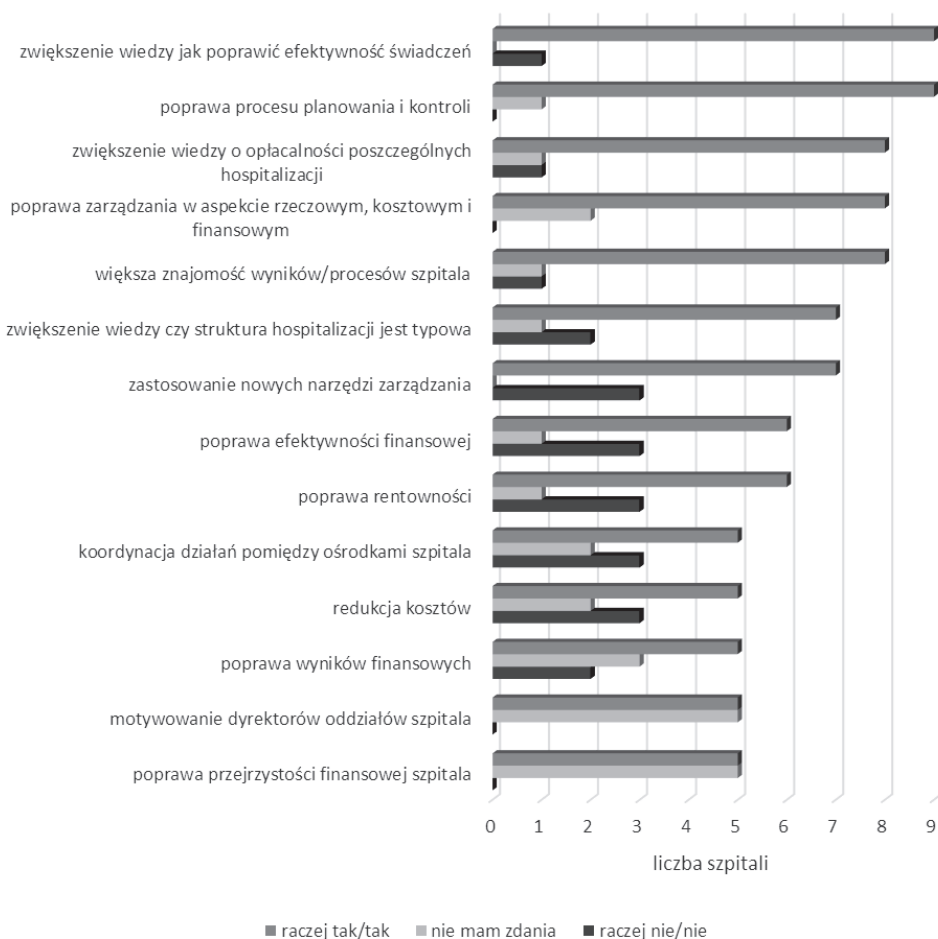
Rys. 1. Zalety i wady benchmarkingu wg szpitali województwa pomorskiego w 2013 r.

Źródło: opracowanie własne

Rysunek 1 ukazuje, że większość zalet benchmarkingu została w szpitalach dostrzeżona. Poza już wspomnianymi, respondenci (7 podmiotów) przychylają się do opinii, że benchmarking w zarządzaniu finansami szpitala przyczynia się do wdrażania nowych rozwiązań, powoduje większą dyscyplinę budżetową oraz sprzyja częstszej analizie ponoszonych w szpitalu kosztów.

Nie ma natomiast jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy benchmarking przyczynia się do opracowywania i doskonalenia strategii długoterminowej szpitala. 5 respondentów zgodziło się z tym poglądem, pozostali nie mieli zdania (2 podmioty) bądź raczej nie zgadzali się z takim stwierdzeniem (3 jednostki).

Po identyfikacji wad i zalet benchmarkingu menedżerowie zostali poproszeni o wskazanie konsekwencji wdrożenia tego narzędzia w ich jednostce. W porównaniu z poprzednimi pytaniami ankiety zauważa się tu zdecydowanie bardziej ostrożne podejście zarządzających finansami do wyrażania swojej opinii, co przejawiało się w częstym zaznaczaniu odpowiedzi neutralnej „nie mam zdania”. Dotyczyło to takich stwierdzeń, jak: „benchmarking w szpitalu przyczynił się do poprawy konkurencyjności szpitala, lepszego wykorzystania zasobów, opracowania dokładniejszych miar wydajności czy poprawy płynności”. Zdecydowane zdanie wyrażono co do wpływu benchmarkingu na redukcję etatów. 6 respondentów wskazało, że benchmarking nie miał na to wpływu, 3 nie miało zdania, a tylko 1 szpital zauważył taką zależność.



Rys. 2. Korzyści z wdrożenia benchmarkingu w szpitalach województwa pomorskiego w 2013 r.

Źródło: opracowanie własne.

Pomimo ostrożnego podejścia zarządzających do wskazywania konsekwencji wdrożenia benchmarkingu w ich szpitalach zauważali oni pozytywne aspekty tego procesu. Korzyści z zastosowania benchmarkingu w zarządzaniu finansami szpitala, które zdaniem respondentów wystąpiły w badanych podmiotach, przedstawia rys. 2.

W 9 szpitalach zarządzający finansami zauważyli zwiększenie poziomu wiedzy o sposobach poprawy efektywności realizacji świadczeń zdrowotnych oraz usprawnienie procesu planowania i kontroli.

Zdaniem 8 respondentów benchmarking przyczynił się do większej znajomości wyników i procesów szpitala, poprawy zarządzania w aspekcie rzeczowym, kosztowym i finansowym, jak również dostarczył informacji na temat opłacalności hospitalizacji.

Większość podmiotów uzyskała informacje o tym, czy struktura hospitalizacji w ich szpitalu jest typowa (7 szpitali), co jest istotne z punktu widzenia poszukiwania przyczyn nieefektywności czy nierentowności poszczególnych oddziałów szpitalnych.

Zauważono również, że benchmarking wpłynął na zastosowanie nowych narzędzi zarządzania (7 szpitali), poprawił rentowność i efektywność finansową szpitala (6 podmiotów), jak również przyczynił się do większej koordynacji działań pomiędzy oddziałami (w 5 jednostkach).

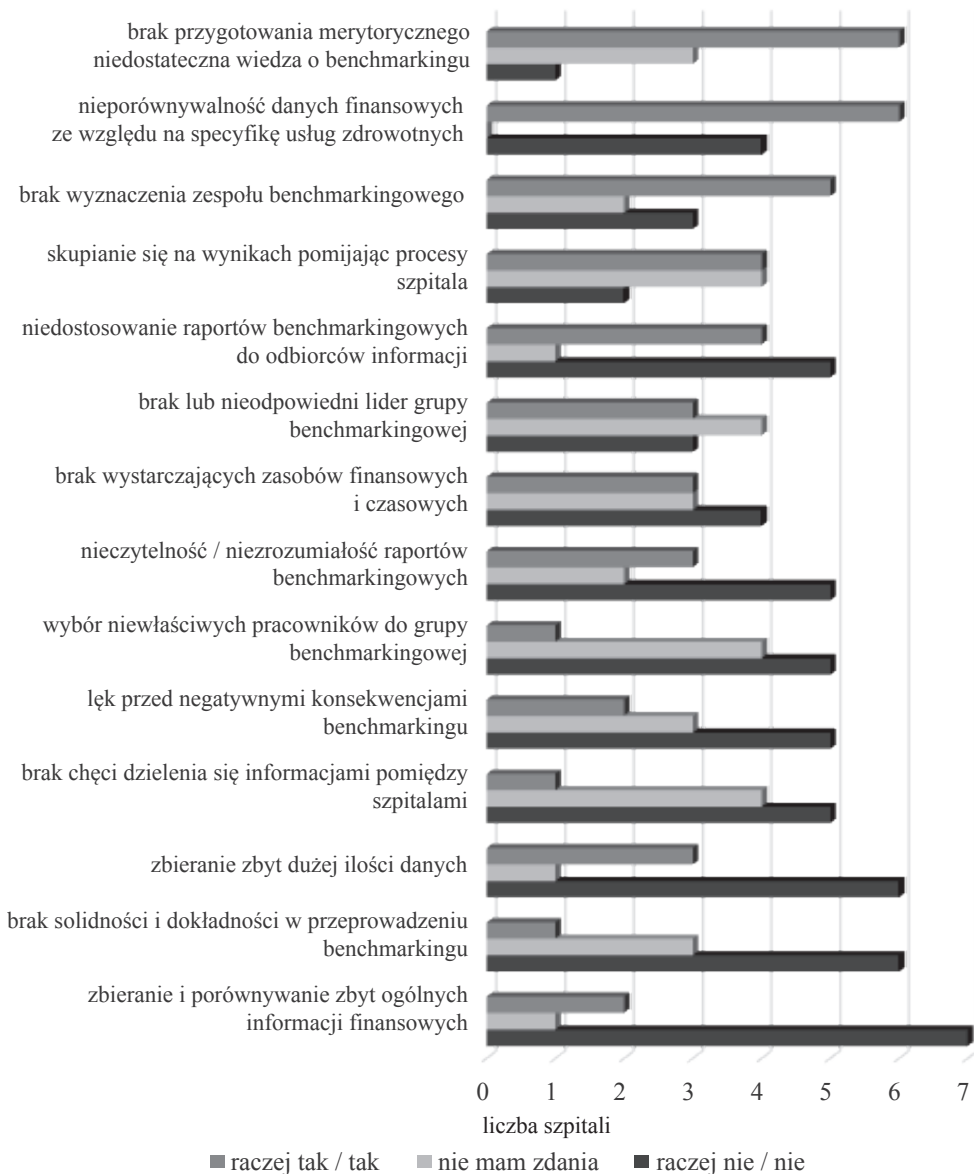
Poprawa wyników finansowych czy redukcja kosztów szpitala została wskazana przez 5 zarządzających finansami, podobnie jak zwiększenie przejrzystości finansowej oraz rozszerzenie możliwości motywowania dyrektorów oddziałów do realizacji planów finansowych.

Respondenci zostali również poproszeni o wskazanie barier i problemów, jakie napotkali we wdrażaniu benchmarkingu. Wyniki przedstawia rys. 3.

Jako główny czynnik powodujący trudności we wdrażaniu benchmarkingu zarządzający finansami w szpitalach województwa pomorskiego wskazali brak przygotowania merytorycznego. Dotyczyło to 6 szpitali.

Drugą istotną barierą w wykorzystaniu benchmarkingu w zarządzaniu finansami jest, zdaniem respondentów, nieporównywalność danych finansowych szpitala za względu na specyfikę usług zdrowotnych. Wśród szpitali panuje powszechne przekonanie, że skuteczność benchmarkingu jest wątpliwa głównie ze względu na różny zakres świadczonych usług zdrowotnych. Dodatkowo, mimo że podlegają one klasyfikacji do konkretnych grup procedur medycznych, to w ramach konkretnej kategorii możliwe są duże różnice w stopniu zaawansowania przypadku, występujących powikłań, cech pacjenta, takich jak wiek czy historia choroby itp., co znacząco wpływa na ich kosztochłonność.

Połowa szpitali zauważyła problem niepowołania zespołu benchmarkingowego, a 3 zwróciły uwagę na pominięcie lub wyznaczenie niewłaściwej osoby na lidera zespołu. Jest to obszar ważny, gdyż brak wskazania pracowników odpowiedzialnych za poszczególne etapy i fazy benchmarkingu znacznie utrudnia wdrożenie i skuteczne przeprowadzenie całej procedury.



Rys. 3. Problemy i bariery wdrażania benchmarkingu identyfikowane w szpitalach województwa pomorskiego w 2013 r.

Źródło: opracowanie własne.

Poza wymienionymi, 4 respondentów dostrzegło kwestię skupiania się wyłącznie na wynikach szpitala i pomijania jego procesów. Jest to słuszne stanowisko,

gdź dopiero zestawienie występujących w podmiocie procesów z jego wynikami daje całościowy obraz sytuacji szpitala i umożliwia dokonywanie porównań w sposób dokładny i rzetelny.

W 4 szpitalach wskazano na niedostosowanie raportów benchmarkingowych do odbiorców informacji, a w 3 podmiotach uznano je za nieczytelne i niezrozumiałe. Wpływa to bezpośrednio na liczbę i celność wyciąganych na ich podstawie wniosków. Jest to więc istotny element analizy benchmarkingowej, od którego zależy skuteczność wykorzystania tego narzędzia w zarządzaniu finansami szpitala.

W większości przypadków respondenci nie dostrzegają natomiast następujących problemów:

- 1) zbierania i porównywania zbyt ogólnych informacji finansowych,
- 2) zbierania zbyt dużej ilości danych,
- 3) braku solidności i dokładności przeprowadzenia benchmarkingu,
- 4) lęku przed negatywnymi konsekwencjami benchmarkingu,
- 5) braku chęci dzielenia się informacjami pomiędzy szpitalami.

5. Zakończenie

Szpitala województwa pomorskiego, które wykorzystywały benchmarking do zarządzania finansami, zauważają liczne korzyści z jego stosowania. Wskazano m.in. na zwiększenie poziomu wiedzy o sposobach poprawy efektywności realizacji świadczeń zdrowotnych oraz na usprawnienie procesu planowania i kontroli. Podkreślano większą znajomość wyników i procesów szpitala, poprawę zarządzania w aspekcie rzeczowym, kosztowym i finansowym, jak również otrzymywanie informacji na temat opłacalności hospitalizacji. Zauważono, że benchmarking w zarządzaniu finansami szpitala przyczynia się do wdrażania nowych rozwiązań, powoduje większą dyscyplinę budżetową oraz sprzyja częstszej analizie ponoszonych w szpitalu kosztów.

Obok korzyści zwrócono uwagę na 3 główne problemy, które zarządzający napotkali podczas wdrażania benchmarkingu w ich szpitalach. Były to:

- 1) słabe przygotowanie merytoryczne kadry,
- 2) nieporównywalność danych finansowych za względu na specyfikę usług zdrowotnych,
- 3) niewyznaczenie zespołu benchmarkingowego.

Wskazano również na problem skupiania się na wynikach szpitala bez ich powiązania z procesami oraz na niezrozumiałość i nieczytelność raportów benchmarkingowych.

Zidentyfikowane przez respondentów ograniczenia wskazują obszary, które powinny ulec modyfikacji w celu zwiększenia skuteczności, ale również zapewnienia prawidłowego przebiegu procesu benchmarkingu w szpitalu. Zdaniem autorki są to:

1) odpowiednie przygotowanie wszystkich grup pracowniczych szpitala do realizacji poszczególnych etapów benchmarkingu poprzez organizację szkoleń i spotkań informacyjnych,

2) pozyskiwanie takiego zestawu danych, aby zapewnić ich porównywalność i maksymalną użyteczność (nie skupianie się wyłącznie na wynikach finansowych i statystycznych, ale również poddanie analizie procesów szpitala),

3) wyznaczenie zespołu benchmarkingowego, w którym poszczególni pracownicy będą odpowiedzialni za wydzielone fazy procesu benchmarkingu,

4) uproszczenie raportów i sprawozdań w celu zwiększenia ich zrozumiałości.

Działania te powinny w lepszy sposób przygotować podmiot do wdrożenia benchmarkingu, maksymalizować korzyści stosowania tego narzędzia, jak również przełamać opory pracowników przed jego zastosowaniem.

Literatura

- Barber K., 2012, *Barriers to benchmarking, and how agencies can overcome them*, www.adexchanger.com (15.08.2017).
- Bramham J., 2004, *Benchmarking w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Busse R., Nimptsch U., Mansky T., 2009, *Measuring, monitoring, and managing quality in Germany's hospitals*, Health Affairs, March/April, vol. 28, no. 2.
- Camp R.C., 1995, *Business Process Benchmarking: Finding and Implementing Best Practices*, ASQC Quality Press, Milwaukee.
- EU, 2012-2013, *Europejskie Badanie Szpitali*, <http://ec.europa.eu> (2.09.2015).
- Grudzewski W.M., Hejduk I.K., 2004, *Metody projektowania systemów zarządzania*, Difin, Warszawa.
- International Benchmarking of the Danish Hospital Sector 2010, Ministry of Health and Prevention, Denmark, www.sum.dk (20.11.2014).
- Kisperska-Moroń D., 2002, *Benchmarking jako narzędzie zarządzania logistycznego*, Akademia Ekonomiczna, Katowice.
- Klazinga N., Fischer C., Asbroek A., 2011, *Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe*, Health Services Res. Policy, July, vol. 16.
- Kowalak R., 2009, *Benchmarking jako metoda zarządzania wspomagająca controlling przedsiębiorstwa*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 69.
- Ksykiewicz-Dorota A., Gradowska-Burczyk S., 2009, *Benchmarking jako narzędzie analizy strategicznej w ocenie funkcjonowania sektora opieki pielęgniarskiej i położniczej*, Problemy Higieny i Epidemiologii, 90(2).
- Kuźmicz K.A., 2012, *Benchmarking procesowy jako instrument doskonalenia zarządzania uczelnia*, Uniwersytet Gdański, Prace doktorskie, Sopot.
- Lombarts M.J.M.H., Rupp I., Vallejo P., Suñol R., Klazinga N.S., 2009, *Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS project*, Quality Saf Health Care, February 18.
- Ministry of Health and Prevention, *International Benchmarking of the Danish Hospital Sector*, 2010, <http://www.sum.dk/> (10.03.2015).
- Patterson J.G., 1996, *Benchmarking Basics. Looking for a better way*, Crisp Publication. Spendolini M.J., 1992, *The Benchmarking Book*, AMACOM, New York.

- Stępniewski J. (red.), 2008, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Surmiak A., 2011, *Błędy w benchmarkingu*, www.di.com.pl (17.05.2014).
- Węgrzyn A., 2000, *Benchmarking. Nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*, Antykwa, Kluczbork-Wrocław.
- Wiercińska A., 2015a, *Wykorzystywanie narzędzi zarządzania finansami na przykładzie szpitali województwa pomorskiego*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, nr 873, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia, nr 77.
- Wiercińska A., 2015b, *Wykorzystanie benchmarkingu w zarządzaniu finansami szpitali na przykładzie województwa pomorskiego*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 399.
- Wiercińska A., 2016, *Luki w metodyce benchmarkingu szpitali na przykładzie województwa pomorskiego*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 440.
- Williams J., Brown Ch., Springer A., 2012, *Overcoming benchmarking reluctance: a literature under-view*, Benchmarking an International Journal, vol. 19, no. 2.
- Zairi M., Al-Mashari M., 2005, *The role of benchmarking in best practice management and knowledge sharing*, Journal of Computer Information Systems, Summer.