

Agnieszka Kister, Ryszard Śmiech

Benchmarking usług medycznych

Benchmarking of medical services

Wprowadzenie

Szpitala stały się podmiotami, które konkurują między sobą poziomem świadczonych usług przy możliwie najniższych kosztach. Szczególnie problematyka kosztów i zarządzania nimi jest niezmiennie istotna w obliczu ograniczonego budżetu jakim dysponują placówki opieki medycznej. Właściwa diagnoza zasobów, identyfikacja ich kosztów, także pomiar realizowanych procesów pozwala na optymalizację ponoszonych kosztów. Metodą zarządzania, sprzyjającą optymalizacji wspomnianej kategorii ekonomicznej, jest m.in. benchmarking. Porównaniami zostają objęte jednak nie tylko koszty, ale także przychody oraz inne niefinansowe dane, takie jak: wykorzystanie łóżek, czy poziom satysfakcji klienta, co daje pełny obraz efektywności podmiotu stosującego benchmarking. Stosowanie tej szczególnej metody porównań stanowi konsekwencję zmian zachodzących w systemie służby zdrowia (m.in. ograniczenia dotacji, wzrostu zapotrzebowania na wysokiej jakościowe usługi medyczne na rynku, wzrostu zakupu usług obcych, pojawienia się konkurencji). Właśnie reforma służby zdrowia spowodowała konieczność kontroli, zwłaszcza kosztów. Przy współudziale związków zawodowych zwiększa się nadzór nad poziomem wydatków, nad czynnikami je powodującymi, m.in. zakupami. Stwarzane są listy dostawców, z którymi szpitale podpisują długoterminowe umowy, co z kolei wpływa na zmniejszenie kosztów transakcji oraz uproszczenia w zarządzaniu dostawami. Działaniami mającymi wpływ na poprawę efektywności szpitali poprzez redukcję kosztów są także znaczące ograniczenia w zatrudnieniu, wzrost zakupu usług obcych w zakresie zlecenia usług niemedyceńskich firmom zewnętrznym (sprzątanie, ochrona, kuchnia, pralnia). Obniżeniu kosztów służy też monitorowanie jakości, którego wyrazem jest działanie opierające się na badaniach ankietowych zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług. Rynek usług medycznych kształtowany jest poprzez ciągle pobudzanie popytu na świadczenia zdrowotne i zmiany w zasadach gospodarowania publicznymi środkami pieniężnymi, tak więc konieczne jest stałe monitorowanie wielkości ekonomicznych, ale także wielkości niefinansowych takich jak satysfakcja klienta.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie zasad stosowania benchmarkingu na przykładzie Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie.

1. Uwarunkowania zastosowania benchmarkingu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie

W 2008 roku badany szpital podjął się realizacji planu naprawczego w obliczu pogarszających się wyników finansowych i ograniczonych środków. Planowano, iż w wyniku jego stosowania nastąpi redukcja kosztów. Działaniami, które były i nadal są realizowane jest: redukcja nadmiernego zatrudnienia, restrukturyzacja oddziałów, zmiany umów zatrudniania pracowników medycznych i niemedycznych. W latach 2008-2011 poczyniono znaczne oszczędności wyrażające się redukcją kosztów funkcjonowania podmiotu, zaliczanych do podstawowej działalności operacyjnej (płace i narzuty, zużycie energii oraz wody, usług obcych).

Duże szpitale, m.in. badany podmiot, narażone są na stosunkowo małe tempo zmian, ze względu na wielkość oraz złożoność systemu organizacyjnego, a także działanie w nich silnych, wpływowych grup nacisku (ordynatorzy, samorządy oraz związku zawodowe). Zmiany przebiegają jednak w całej strukturze podmiotu, co odzwierciedla się w wynikach finansowych badanego szpitala. Przychody w roku 2010 szpitala wynosiły 114 966 171zł, w 2011 uległy wzrostowi i wyniosły ok. 17 199 076zł, prognozowane przychody w roku 2012 wynoszą 120 129 052zł, zaś w 2013 – 122 531 634zł. Przychodom w poszczególnych latach odpowiadały koszty, które ulegały wahaniom: w roku 2010 r. wyniosły 119 622 135, w roku 2011 ich poziom spadł do 114 149 130zł. Prognozowane koszty w roku 2012 ulegną wzrostowi i będą wynosić 118 274 642, zaś w 2013, 199 844 603zł. Wzrost kosztów spowodowany jest obecnie (i będzie w najbliższych latach) zakupem nowoczesnych urządzeń i ich amortyzacją, wzrostem kosztów utrzymania (energia, woda) oraz niewielkim wzrostem wynagrodzeń (równocześnie prowadzona jest polityka nie tworzenia nowych etatów wśród pracowników niemedycznych).

W celu optymalizacji wyników poczyniono starania o zwiększenie wartości przychodów (nowe warunki zawierania umów o wynajem powierzchni szpitalnej, zagospodarowano teren przyszpitalny pod płatny parking, oferowanie nowych usług medycznych).

Szpital wprowadził istotne reformy w celu dostosowania się do wymagań rynku. Nacisk został położony na obniżkę kosztów, ale także na rozwój i poszerzanie asortymentu świadczonych usług, podniesienie ich jakości oraz zmiany w zakresie zarządzania¹. Do istotnych zmian można zaliczyć: budżetowanie zadań i komórek, łączenie i likwidację jednostek organizacyjnych, outsourcing, współpracę z innymi szpitalami w celu obniżenia kosztów, racjonalną politykę lekową, poszerzanie asortymentu (polityka rozwoju i szukania nisz na rynku), szkolenia pra-

¹ Podobne działania innych szpitali przedstawione są w literaturze, por.: K. Oblój, M. Ciszewska, A. Kuśmierz, *Strategie szpitali w warunkach reform*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2004, s. 88-120.

cowników, wprowadzenie standardów i procedur, klarowną komunikację i dialog z pracownikami, wartościowanie pracy, wprowadzenie nowej polityki wynagradzania, czy zwiększanie uprawnień kierownictwa średniego szczebla.

Konieczność bardziej wnikliwej obserwacji czynników (kosztów i przychodów) wpływających na wyniki, w analizowanych latach, skłoniła dyrekcję szpitala do zastosowania jednej z koncepcji zarządzania - benchmarkingu.

2. Idea benchmarkingu w odniesieniu do szpitali

Proces uczenia się od innych, porównywanie się, adaptowanie pomysłów w celu doskonalenia jako istota benchmarkingu jest pojęciem występującym w literaturze² i praktyce przedsiębiorstw od dawna i dobrze znanym wielu podmiotom. Rozumiane jest jako najstarsze narzędzie dokonywania ulepszeń, jakie zna świat (zastosowanie w ekonomii, technologii i sztuce)³ i stanowi wynik naturalnej ewolucji zagadnień analizy rynku i konkurencji, także programów poprawy jakości oraz pomiaru rezultatów dokonań⁴. Benchmarking jest „procesem identyfikacji i zrozumienia najlepszych praktyk i procesów zarządzania oraz ich przejmowania od innych światowych organizacji w celu wspomagania swojej organizacji w poprawie efektywności działania”⁵. Ma swoje źródło w analizie kosztów produktów i rentowności, a obecnie obejmuje także inne dziedziny przedsiębiorstwa (także podmiotów świadczących usługi). Dzięki temu procesowi można dostrzec różnice w poziomie kosztów, jakości, czasochłonności świadczenia usług, sprzedaży, itp. W ramach benchmarkingu można wyróżnić następujące etapy (działania)⁶:

1. identyfikację porównywalnych zmiennych,
2. identyfikację wzorcowych firm,
3. zbieranie informacji,
4. określenie luki efektywności i pożądanego poziomu dokonań,
5. ustalenie celów i planu działania oraz technik mierzenia postępu.

Ad.1. Do zmiennych podlegających porównaniom można zaliczyć m.in.: poziom kosztów, czas świadczenia poszczególnych usług, poziom jakości, sposób zarządzania ludźmi, politykę kadrową, korzystanie z procedur i systemów wspomagających zarządzanie szpitalem.

² Liczne definicje benchmarkingu są przedstawione m.in. w: A. Węgrzyn, *Benchmarking. Nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*, Antykwa, Kluczbork-Wrocław 2000, s. 82-83

³ A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, s. 69. Przykładem zastosowania koncepcji benchmarkingu jest gospodarka japońska, gdy w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych wzorowała się na rozwiązaniach krajów zachodnich.

⁴ W. Bień, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*, Centrum Doradztwa i Informacji, Difin, Warszawa 1999, s.10.

⁵ A. Jarugowa, W. A. Nowak, A. Szychta, *Zarządzanie kosztami w praktyce światowej*, ODDK, Gdańsk 2000, s.121.

⁶ *Tamże*, s. 126-127.

Ad.2. Wzorcowe firmy (szpitale) powinny mieć podobny profil świadczonych usług i być objęte tym samym nadzorem właścicielskim.

Ad.3. Etap ten dotyczy zbierania informacji o dokonaniach szpitali wzorcowych w zakresie poziomu kosztów, szybkości działania, jakości, funkcjonalności usług. Źródłem informacji są artykuły prasowe, raporty, sprawozdania, ankiety, itp.

Ad.4. W celu dokonaniu pomiaru rezultatów należy skwantyfikować zmienne, jak np. koszt procesu na jednostkę wywołującą ten koszt, koszt transakcji w danym czasie, czy czas przebiegu danego procesu. Można zastosować wskaźniki, które obejmują wyżej wymienione zmienne.

Ad.5. Dążenie do efektywności wymaga określenia priorytetowych procesów oraz praktyk, dla których należy zidentyfikować najlepsze wzorce.

Spośród wielu definicji benchmarkingu, wyróżnić można jego odmiany⁷: wewnętrzny, konkurencyjny, funkcjonalny i ogólny⁸. Wewnętrzny obejmuje komórki organizacyjne tego samego podmiotu. W przypadku szpitala komórkami tymi są poszczególne oddziały. Benchmarking konkurencyjny jest procesem porównywania się z inną zewnętrzną organizacją działającą w ramach tej samej branży (z innymi szpitalami o podobnej strukturze i wielkości). Jest techniką działania zorientowaną na zewnątrz. Benchmarking ogólny (w wielu publikacjach zwany jest także funkcjonalnym lub międzybranżowym) jest najbardziej powszechną metodą zarządzania. Przedmiotem porównań są głównie produkty, usługi czy realizowane procesy. Jego celem jest przyjęcie i rozpoznanie idealnego wzorca postępowania bez względu na miejsce, w którym powstaje.

Niezależnie jednak od rodzaju stosowanego benchmarkingu, cel jego stosowania pozostaje ten sam, jest nim dążenie do doskonałości, do wzrostu efektywności i skuteczności działania.

Praktycznym narzędziem realizacji działań doskonalących może być wdrożenie modelu oceny skuteczności i efektywności systemów zarządzania, który został zastosowany i zweryfikowany w przedsiębiorstwach branży ciepłowniczej, ale jak zapowiadają jego autorzy, ma szansę być wykorzystany także w innych przedsiębiorstwach usługowych, w tym szpitalach. Model⁹ obejmowałby następujące grupy wskaźników:

⁷ Zob.: T. Bendell, L. Boulter, K. Gatford, *The Benchmarking Workout*, Pitman Publishing, London 1997, s. 30-31.

⁸ W literaturze występuje wiele podziałów benchmarkingu, wyróżnia się m.in.: wewnętrzny, konkurencyjny i funkcjonalny, inny autor wskazuje na benchmarking wewnętrzny, strategiczny i funkcjonalny. Benchmarking może być też klasyfikowany w oparciu o kryteria: obiektu i przedmiotu. Więcej na ten temat w: A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, dz.cyt.

⁹ M. Bugdol, B. Goranczewski, T. Sajewicz, *Benchmarkingowy model oceny skuteczności i efektywności systemów zarządzania jako narzędzie doskonalenia organizacji w przedsiębiorstwach branży ciepłowniczej. Sposoby osiągania doskonałości organizacji w warunkach zmienności otoczenia. Wyzwania teorii i praktyki*, red. E. Skrzypek, tom I, Lublin 2006, 323- 324

1. Wskaźniki porównywalności (wskaźnik poziomu zatrudnienia, wskaźnik płac, wskaźnik niewykorzystanych łóżek). Celem tej grupy wskaźników jest zidentyfikowanie różnic między szpitalami.
2. Wskaźniki skuteczności procesów. Zastosowanie tej grupy wskaźników wymaga zidentyfikowania procesów będących przedmiotem pomiarów i określenia, które z nich zostają poddane działaniom korygującym i zapobiegawczym i w jakiej ilości oraz częstotliwości. Skuteczny proces odznacza się zgodnością z postawionym celem. Miary, które są stosowane w tej grupie to: dynamika ilości działań korygujących i zapobiegawczych w stosunku do procesów głównych, wskaźniki struktury działań korygujących i zapobiegawczych procesów mających podstawowy wpływ na jakość usługi medycznej w stosunku do wszystkich działań korygujących i zapobiegawczych zidentyfikowanych w systemie w danym roku).
3. Wskaźniki skuteczności systemów zarządzania (stopień wdrożenia systemów, dynamika skuteczności realizacji celów, stopień realizacji celów).
4. Wskaźniki efektywności systemów zarządzania (wskaźnik dynamiki kosztów zgodności, niezgodności, kosztów operacyjnych, struktury kosztów zgodności i niezgodności w kosztach operacyjnych). Wskaźniki te zbudowane są w oparciu o wcześniejsze wyodrębnienie kosztów zgodności i niezgodności świadczonych usług medycznych. Do tych pierwszych należą zapobiegania i koszty kontroli, do drugiej grupy zaliczane są koszty błędów wykrytych wewnątrz i na zewnątrz szpitala (koszty związane z powtórными zabiegami, koszty odszkodowań, ponownej hospitalizacji, przeprowadzenia badań, konsultacji).
5. Wskaźniki efektywności (ROA, ROE, ROS, ROSE)
6. Wskaźniki ekonomiczno-finansowe: płynność bieżąca, szybkość, ogólny poziom zadłużenia, trwałość struktury finansowania.
7. Wskaźniki sprawności organizacji: operacyjności, rotacji majątku, efektywności kosztów pracy, wydajności.
8. Wskaźniki sprawności systemów medycznych: sprawność przyjęcia pacjenta, obsługi pacjenta.
9. Wskaźniki skuteczności i efektywności systemów zarządzania środowiskowego.
10. Wskaźniki skuteczności systemów bhp: częstość, ciężkość wypadków, absencja wypadkowa.
11. Wskaźniki formalizacji organizacyjnej: stopnia formalizacji, dynamiki formalizacji.

Zastosowanie wyżej wymienionego modelu oceny skuteczności i efektywności systemów zarządzania wymaga podjęcia szeregu prac: powołania zespołu wdrożeniowego, określenia procesów mających zasadniczy wpływ na jakość, określenia wytycznych dotyczących sposobu wyznaczenia mierzalnych celów, określenia

zasad ewidencjonowania i analizowania kosztów jakości przygotowania metodyki gromadzenia informacji i szczegółowej procedury stosowania modelu oceny. Model ten jest niewątpliwie doskonałym narzędziem, które można zastosować w badanym szpitalu, pozwalającym ocenić skuteczność i efektywność funkcjonowania podmiotu. Wszystkie przedstawione wyżej wskaźniki, monitorowane z dużą częstotliwością odniesione do oddziałów stanowią bazę do porównań i są przedmiotem benchmarkingu. W szpitalu opracowywane są grupy wskaźników (spośród wyżej wymienionych), które posłużą do oceny efektywności podmiotu.

3. Benchmarking w badanym szpitalu – stan obecny i perspektywy

Specjalistyczny Szpital im. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie zastosował benchmarking m.in. w odniesieniu do oddziałów. Tę metodę zarządzania wprowadzono stosunkowo niedawno, bo w 2010 r. Przedmiotem porównań zostały objęte oddziały, a w nich takie wielkości jak: koszty funkcjonowania oddziałów (w przekroju: kosztów bezpośrednich i pośrednich oraz kosztów stałych i zmiennych), przychody, wyniki jako rezultat porównania kosztów i przychodów oraz wykorzystanie łóżek. Kadra zarządzająca ma świadomość, że nieustanne analizowanie tych wielkości pozwala na dokonanie racjonalnych zmian zmierzających do poprawy wyników poszczególnych oddziałów, ale i całego szpitala. Analiza wyników dostarczanych w następstwie zastosowania tej metody prowadzi do likwidacji nierentownych oddziałów i restrukturyzacji istniejących.

Bez wystarczającej wiedzy o kosztach nie jest możliwe ustalenie kosztów docelowych świadczeń medycznych, cen za świadczone usługi, kosztów utrzymania infrastruktury czy cen wewnętrznych. Konieczne staje się zatem stałe diagnozowanie przedmiotu i istoty pomiaru, ustalenie przekrojów ewidencyjnych wyników pomiaru, ustalenie także procedur określających sposób przetwarzania, w tym rozliczania oraz prezentowania danych o kosztach. Rezultaty pomiarów znajdują swój wyraz w rachunku zysków i strat, który także powinien pełnić funkcje zarządcze, zapewnić dane do kalkulacji kosztów świadczeń usług medycznych, ustalenia cen wewnętrznych, opracowania przyszłych budżetów. Dążenie do optymalnego poziomu kosztów każdego z oddziałów wymaga odpowiedniego zarządzania kosztami. Do form wspierających zarządzanie nimi zaliczyć można: egzekwowanie odpowiedzialności, przyjęcie zarówno pozytywnych jak i negatywnych skutków osiągnięcia (lub nie) celów zarządzania kosztami, stałe monitorowanie celów szpitala np. co tydzień, co miesiąc, raz na kwartał, co pół roku oraz przegląd raportów o wynikach pomiaru efektywności na podstawie danych uzyskanych ze zbilansowanej karty wyników.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opie-

ki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194) wymusiło pierwsze zmiany w podejściu do ewidencji, rozliczania, kalkulacji i sprawozdawczości kosztów. W obecnych warunkach funkcjonowania zmiany te są niewystarczające do dokładnego oszacowania wszystkich kosztów działalności szpitali. Pomocne mogą się okazać w tej kwestii rachunki problemowe, decyzyjne, między innymi rachunek kosztów jakości, który poprzez określenie kosztów nakładów na jakość i kontroli, ale przede wszystkim rozmiarów błędów wewnętrznych i zewnętrznych działalności szpitali będzie istotnym źródłem informacji do dokonania redukcji kosztów nie wnoszących korzyści. Kosztami wymagającymi diagnozy są błędy wewnętrzne – ponownie wykonane świadczenia, zużyte materiały i sprzęt, praca ludzka, oraz błędy zewnętrzne, wielkości wypłaconych odszkodowań jako rekompensata za utracone zdrowie, dodatkowe konsultacje, zabiegi i wiele innych działań.

Zastosowanie innego rachunku, rachunku kosztów docelowych (metoda zarządzania kosztami nowego produktu lub usługi, która przy cenie narzuconej przez rynek, pozwala na osiągnięcie wymaganej marży zysku) staje się koniecznością w obliczu dużej konkurencji wśród podmiotów funkcjonujących na rynku. Przyjęcie utrwalonej na rynku ceny na dane usługi wymaga oszacowania kosztów docelowych będących składową danej ceny, przy czym koszt docelowy stanowi maksymalny, dopuszczalny koszt jednostkowy produktu jaki może zostać poniesiony przy uwzględnieniu wszystkich kosztów występujących w cyklu życia produktu.

Benchmarking jest metodą zarządzania, poprawiającą wyniki, która pozwala na porównywanie między sobą przyjętych przez kierownictwo wielkości, w badanym szpitalu przychodów, kosztów, zysku oraz wykorzystania łóżek. Zmienną, która może być poddana zmianie są koszty, monitorowane w przekroju rodzajów i związku z wielkością i ilością świadczonych usług (podział na koszty stałe i zmienne). Zwiększenie poziomu kosztów stałych prowadzi do zwiększonego ryzyka prowadzonej działalności, a zatem do reakcji ze strony zarządzających w kierunku ograniczenia tych wielkości.

W badanym szpitalu zastosowano także benchmarking konkurencyjny, porównano sprawność działania oraz wyniki, z innymi jednostkami - szpitalami o podobnej wielkości, zakresie działalności, funkcjonującymi w podobnych warunkach. W konsekwencji przyjętej techniki zarządzania, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital uczy się i może zaadoptować najlepsze praktyki od innych, m.in. w celu obniżenia kosztów funkcjonowania oddziałów, laboratoriów, poradni, a także innych jednostek organizacyjnych. Osiąga korzyści, do których zaliczyć można: unikanie błędów popełnionych przez innych, identyfikację obszarów działalności szpitala wymagające usprawnień, optymalizację realizowanych procesów, oraz eliminację nierentownych procedur i obszarów działalności.

Szpital ma także możliwość porównania własnych standardów i wyników leczenia z innymi szpitalami. Prowadzone są badania w zakresie konfrontacji wartości zużycia leków w wybranych szpitalach samorządowych oraz średniego

kosztu leków na hospitalizację i na osobodzień. Szpital dokonuje także analizy kosztochłonnych ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych, analizowane są dane w zakresie porównania wartości kontraktu, na dane świadczenie, w relacji plan-wykonanie w przekroju miesięcznym, dokonywana jest także analiza zatrudnienia wszystkich pracowników na różnych stanowiskach i wynikających z tego faktu kosztów.

Benchmarking obejmuje wszystkie aspekty działalności badanego podmiotu. Jest zatem tą metodą zarządzania, która z całą pewnością przyczynia się do poprawy wyników w długim okresie.

Wnioski

Benchmarking wpływa na modyfikację zachowań ludzi w organizacji, na rozwój nowych sposobów zarządzania, na wzrost efektywności działania poprzez stałe dążenie do pożądanego wzorca, do doskonałości. Głównymi kierunkami zmian po zastosowaniu metody benchmarkingu jest zwiększenie produktywności i wzrost poziomu jakości świadczonych usług medycznych, wyznaczają one główne kierunki rozwoju szpitala. Siła konkurencyjności, oprócz efektywności zarządzania, zależy także od właściwej struktury rodzajowej, jakościowej i ilościowej posiadanych zasobów, a nie od ich wielkości. Należy zatem stosować takie działania, które zapewnią racjonalne wykorzystanie zasobów.

Benchmarking jest metodą zarządzania nie pozbawioną wad ze względu na zmienność otoczenia, w którym funkcjonuje szpital. Opisane przykłady zastosowania benchmarków między poszczególnymi oddziałami są dobrą bazą do prowadzenia porównań. Należy jednak zauważyć, że na ogólny poziom wyników ma wpływ wiele czynników, m.in.: polityka państwa w zakresie finansowania służby zdrowia, wzrost cen na rynku powodujący zwiększenie kosztów, potrzeba odtworzenia majątku, zatrudnienia specjalistów z danej dziedziny a co za tym idzie wzrost wynagrodzeń, spadek popytu ze strony nabywców usług w wyniku świadczenia usług nieodpowiedniej jakości. Benchmarkingiem powinny być zatem objęte nie tylko wielkości ekonomiczne mające wpływ na wynik finansowy badanego szpitala, ale przede wszystkim stale monitorowana i porównywana powinna być jakość usług oferowanych pacjentom.

W Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie dbanie o jakość usług jest priorytetem, w dniu 2 czerwca 2011 roku otrzymano certyfikat TUV NORD Polska Sp. z o.o., dla Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, Koagulologii i Mikrobiologii, potwierdzający spełnianie wymagań normy PN-EN ISO 9001-2009. Planuje się objęcie certyfikacją pozostałych komórek organizacyjnych.

Streszczenie

Benchmarking jest metodą zarządzania, która ma zastosowanie do wszystkich przedsiębiorstw. Porównywanie się z najlepszymi, w celu dążenia do doskonałości, stało się także celem podmiotów świadczących usługi medyczne – szpitali. Podmioty te, w gospodarce rynkowej, zmagają się z konkurencją szukając oszczędności i dbając o wysoką jakość świadczonych usług. Celowe stało się zatem stworzenie mechanizmów zapewniających porównywalność wyników i elementów je kształtujących, między wewnętrznymi jednostkami organizacyjnymi szpitali – oddziałami oraz między innymi podmiotami świadczącymi usługi medyczne. O efektywności szpitali decyduje nie tylko wynik finansowy i wskaźniki ekonomiczne (płynność, rentowność, poziom zadłużenia, itp.), ale także poziom satysfakcji klientów. Te miary efektywności powinny być stale i na bieżąco monitorowane, a wyniki analiz porównywane między oddziałami oraz między szpitalami o podobnej wielkości i rodzaju świadczonych usług. W niniejszym artykule przedstawiono ideę benchmarkingu na przykładzie Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie.

Słowa kluczowe: przedmiot i rodzaje benchmarkingu, koszty, przychody, wyniki, efektywność.

Summary

This article presents the idea of benchmarking of The Regional Hospital of Cardinal Stefan Wyszyński in Lublin. Comparing with the best, striving for excellence, it has also become the target of providers of medical services. Benchmarking concerns not only economic values (costs, revenues, financial result) but also the quality of medical services.

Keywords: subject matter and types of benchmarking, cost, revenue, results, effectiveness

Bibliografia

1. Bendell T., Boulter L., Gatford K., *The Benchmarking Workout*, Pitman Publishing, London 1997.
2. Bugdol M., Goranczewski B., Sajewicz T., *Benchmarkingowy model oceny skuteczności i efektywności systemów zarządzania jako narzędzie doskonalenia organizacji w przedsiębiorstwach branży ciepłowniczej*, Sposoby osiągania doskonałości organizacji w warunkach zmienności otoczenia. Wyzwania teorii i praktyki, red. E. Skrzypek, tom I, Lublin 2006.
3. Bień W., *Zarządzanie finansami przedsiębiorstw*, Centrum Doradztwa i Informacji, Difin, Warszawa 1999.

4. Węgrzyn A., *Benchmarking Nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*, Antykwa, Kluczbork-Wrocław 2000.
5. Jarugowa A., Nowak W. A., Szychta A., *Zarządzanie kosztami w praktyce światowej*, ODDK, Gdańsk 2000.