

Marta CHOLEWA-WIKTOR  
Politechnika Lubelska  
Wydział Zarządzania  
Katedra Zarządzania

## **BENCHMARKING JAKO METODA DOSKONALENIA KOMPETENCJI ORGANIZACJI W SZPITALACH PUBLICZNYCH**

**Streszczenie.** Celem artykułu jest zaprezentowanie najlepszej praktyki benchmarkingu dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Przedstawione w pracy rozwiązania zostały opracowane na podstawie doniesień literaturowych krajowych i anglojęzycznych oraz dostępnych wyników badań. Ich analiza pozwoliła na stworzenie modelu działania przedstawiającego najważniejsze zasady stosowania benchmarkingu w szpitalach publicznych. Zaliczyć można do nich systematyczność, dynamiczność oraz sposób wprowadzenia. Konieczne jest także właściwe zrozumienie jego istoty, która zakłada, że benchmarking nie jest powielaniem działań istniejących, ale wzorcem, który umożliwia stworzenie na ich bazie własnych, twórczych rozwiązań. Sformułowane zasady można wykorzystać w praktyce zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Ich uwzględnienie ma szczególne znaczenie dla menedżerów służby zdrowia pragnących zastosować benchmarking jako metodę doskonalenia kompetencji organizacji.

**Słowa kluczowe:** benchmarking, szpital, zarządzanie szpitalem

## **BENCHMARKING AS A METHOD OF IMPROVING THE COMPETENCE OF THE ORGANIZATION IN PUBLIC HOSPITALS**

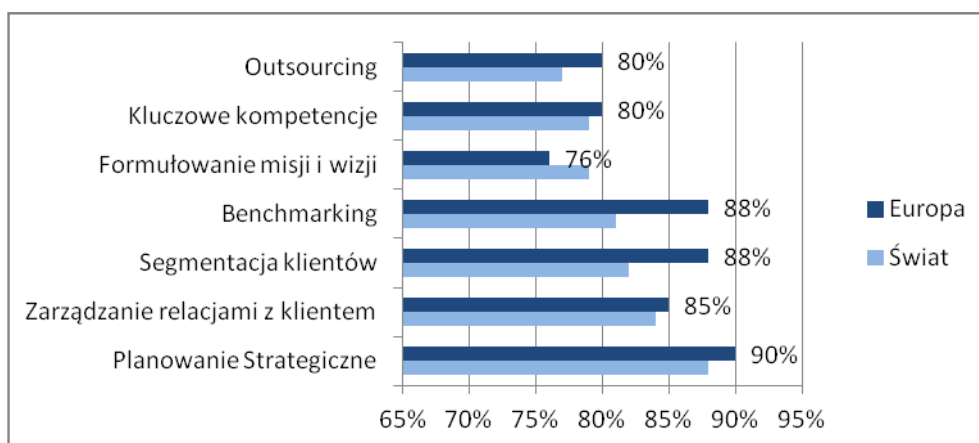
**Summary.** The aim of the article is to present the best way of benchmarking implementation in public health care institutions. The solutions presented in the paper have been developed basing on specialist domestic and English literature. Their analysis make it possible to create such a model of action which would present the most important rules of benchmarking implementation in public hospitals. These rules comprise regularity, dynamism and the way of benchmarking implementation. It is also essential to understand correctly the nature of benchmarking which emphasizes

that it is not repeating the existing state but a model which allows developing your own, creative solutions on the basis of a given model. The set of established rules can be applied in the process of managing a health care institution. Managers of such institutions who are eager to implement benchmarking as a tool of improving the competence of the organization.

**Keywords:** benchmarking, hospital, hospital management

## 1. Wstęp

Benchmarking to metoda zarządzania zdefiniowana w latach osiemdziesiątych XX wieku przez R.C. Campa, szefa ds. benchmarkingu w Rank Xerox. Zastosowanie przez firmę nowego spojrzenia na proces zarządzania doprowadziło do odzyskania jej utraconej pozycji konkurencyjnej. W konsekwencji metodą tą zainteresowały się także inne przedsiębiorstwa, które, podobnie jak Xerox, chciały odnieść sukces przez korzystanie z wiedzy innych organizacji. Obecnie benchmarking to jedna z najczęściej stosowanych metod zarządzania. Według badań przeprowadzonych przez Bain&Company w latach 1997 – 2006, zajmuje on w przedsiębiorstwach europejskich drugie miejsce spośród dwudziestu pięciu najlepszych narzędzi zarządzania (rys. 1) [4, p. 20]. Te same badania wskazują również, że w skali globalnej metoda ta wykorzystywana jest przez 90% dużych, 81% średnich i 76% małych przedsiębiorstw. Wśród najczęściej wykorzystywanych metod zarządzania znalazły się również kluczowe kompetencje. Stosowanie przez organizację obu metod może być ze sobą powiązane. Wynika to z faktu, iż za pomocą benchmarkingu przedsiębiorstwo może doskonalić lub tworzyć swoje kluczowe kompetencje. Wyznaczając swoją pozycję na rynku i porównując własne działania z najlepszymi w danej klasie, możliwe jest stworzenie rozwiązania na tyle nowego i atrakcyjnego, że może ono w sposób bezpośredni przyczynić się do wzrostu konkurencyjności organizacji i stać się czynnikiem jej sukcesu. Dlatego też na bazie znanych rozwiązań poznawanych w procesie benchmarkingu możliwe jest stworzenie rozwiązań niepowtarzalnych i nowatorskich, które mogą zostać włączone do kluczowych kompetencji organizacji.



Rys 1. Benchmarking i inne narzędzia zarządzania wykorzystywane w 2006 roku

Fig. 1. Benchmarking and other management tools usage (2006)

Źródło: [4, p. 20].

Istnieje wiele powodów, dla których warto sięgnąć po benchmarking i włączyć go na stałe do procesu zarządzania szpitalem. W literaturze przedmiotu wymieniane są najczęściej: podnoszenie konkurencyjności, wzrost innowacyjności, pozyskiwanie nowej wiedzy czy możliwość obniżenia kosztów. Poza tym prawidłowo zastosowany benchmarking to także metoda doskonalenia kompetencji organizacji definiowanych jako umiejętność łączenia przez nią posiadanej wiedzy i zasobów [7, s. 133]. Poszukiwanie nowych sposobów realizacji wykonywanych działań to korzystanie z wiedzy otoczenia organizacji, która ukazuje kierunek przyszłych zmian, także w zakresie doskonalenia posiadanych kompetencji. Kompetencje organizacji to np.: kompetencje zarządcze, umiejętności i wiedza pracowników, wiedza z zewnątrz (patenty, licencje). W zasadzie zastosowanie benchmarkingu ułatwia rozwój każdej z tych sfer. Przykładowo, rozwój kompetencji zarządczych, takich jak: zarządzanie wiedzą, personelem, zasobami i komunikacją w szpitalu, może być realizowany za pomocą benchmarkingu funkcjonalnego. Warto zwrócić szczególną uwagę na fakt, iż tworzenie na podstawie doświadczeń i wiedzy innych organizacji własnego, niepowtarzalnego rozwiązania, sprzyja rozwojowi także kluczowych dla zakładu opieki zdrowotnej kompetencji. Oczywiście ze względu na specyfikę działalności benchmarking w szpitalach publicznych wymaga uwzględnienia wyznaczników tzw. dobrych praktyk, których zastosowanie pozwala zwiększyć prawdopodobieństwo powodzenia tej metody.

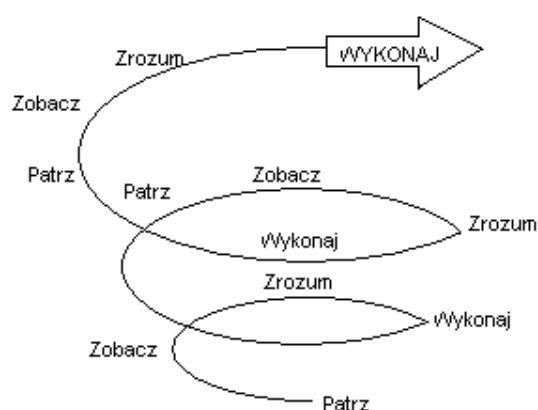
## 2. Istota benchmarkingu

Zasadniczą cechą benchmarkingu jest porównywanie się do najlepszych. Zgodnie z definicją A. Węgrzyna, benchmarking jest „procesem ciągłego uczenia się i twórczego doskonalenia organizacji wykorzystującym rozwiązania i osiągnięcia, które wypracowali najlepsi w danej dziedzinie” [11, s. 84]. Tymczasem w służbie zdrowia często w procesie porównania nie są uwzględniane osiągnięcia lidera, a przyjęta norma, np. średnia krajowa czy regionalna. W Polsce istnieje wiele zestawień, np. raporty Ministerstwa Zdrowia czy rankingi ośrodków niezwiązanych ze służbą zdrowia (np. ranking najlepszych szpitali według Rzeczypospolitej), które nakreślają obraz zakładów opieki zdrowotnej za pomocą pewnych wskaźników, jak np. średni czas hospitalizacji na danym oddziale, obłożenie łóżek szpitalnych w ciągu roku, liczba łóżek przypadająca na 1000 mieszkańców itp. Mnogość tych wskaźników może ułatwić proces benchmarkingu, a w szczególności określenie pozycji konkurencyjnej. Polega to na ustaleniu odchyleń występujących pomiędzy wskaźnikami własnymi a badanymi średnimi. Analiza taka pozwala na dostrzeżenie luk w konkretnych obszarach funkcjonowania szpitala. Badanie luki, pomimo że niezbędne do określenia sytuacji szpitala, w procesie benchmarkingu może okazać się niewystarczające [9, p. 59]. Za przykład posłużyć może następujący przypadek. Według badań przeprowadzonych w 2000 roku, w kanadyjskich szpitalach stwierdzono, że u 7,5% pacjentów wystąpiło co najmniej jedno zdarzenie niepożądane z powodu błędów lekarskich. W związku z tym, jeśli w szpitalu wskaźnik ten wynosi 7%, to czy wynik ten można uznać za wystarczający? Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, konieczne jest poznanie wyniku najlepszej placówki [9, p. 59]. Powyższy przykład obrazuje, jak istotne jest porównywanie do najlepszych w branży.

Benchmarking jest „systematycznym, ciągłym procesem polegającym na stałym mierzeniu i porównywaniu działań organizacyjnych przedsiębiorstwa w stosunku do lidera [...]” [10, p. 59]. W kontekście przytoczonej definicji wzorcową praktykę benchmarkingu w szpitalu należy traktować jako proces stały. Oznacza to, że metoda ta nie jest rozwiązaniem jednorazowym, ale raz zastosowana na stałe wpisuje się do narzędzi zarządzania daną jednostką. Wynika to z faktu, iż jednym z głównych założeń benchmarkingu jest ciągłe uczenie się i twórcze doskonalenie [11, p. 84]. Natomiast jednorazowe wdrożenie nawet innowacyjnego na daną chwilę rozwiązania, nie gwarantuje, że będzie ono najlepsze za jakiś czas. Zmienne środowisko, w którym szpital funkcjonuje, wpływa ponadto na sam proces, dlatego też nawet pomyślnie zakończenie jednego cyklu benchmarkingu związane jest z koniecznością rozpoczęcia nowego. Ideę tę doskonale obrazuje tzw. spirala wyników (rys. 2) [3]. Zdaniem jej autorów, Keegana i O’Kellyego, zakończenie jednego procesu benchmarkingu (wykonaj) jest jednocześnie sygnałem do poszukiwania nowych pomysłów.

Poza tym spirala wyników uświadamia także istotę procesu benchmarkingu. Poprawnie rozumiany benchmarking nie jest zwykłym naśladownictwem czy kopiowaniem rozwiązań już sprawdzonych [8, s. 11]. Polega on natomiast na zrozumieniu, w jaki sposób organizacji wzorcowej udało się osiągnąć dane rezultaty i w jakim zakresie zastosowane przez nią metody mogą być przydatne dla naszej organizacji. Stąd też na schematycznym rysunku pojawiają się następujące etapy:

- Patrz, czyli obserwuj otoczenie, poszukuj najlepszych rozwiązań.
- Zobacz, a więc dokonaj dokładnej analizy wyszukanego rozwiązania.
- Zrozum, czyli określ czynniki sukcesu i zastanów się jak, uwzględniając specyficzne warunki twojego otoczenia, można je przenieść do własnej organizacji.
- Wykonaj, zatem rozpocznij wdrożenie.



Rys. 2. Spirala wyników

Fig. 2. Spiral results in the benchmarking process

Źródło: Keegan R., O'Kelly E.: Applied Benchmarking for Competitiveness. A guide for SME Owner/Managers. Oak Tree Pres, Cork, Irland, p. 20, za: Kuczevska J.: Europejska procedura benchmarkingu, programy i działania.

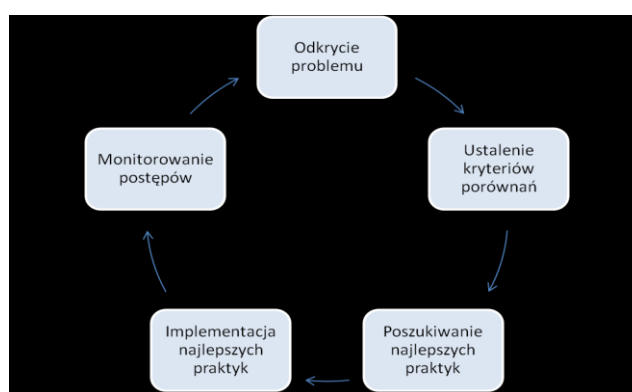
Dobra praktyka benchmarkingu w szpitalu zaleca traktowanie tej metody również jako procesu dynamicznego. Wynika to z faktu, iż w każdej fazie jego implementacji mogą wystąpić nieoczekiwane czynniki, które być może wpłyną na końcowy efekt wdrożenia. W związku z tym proces benchmarkingu w szpitalu powinien być na tyle elastyczny, by na każdym jego etapie móc zmienić czy dostosować do nowych warunków wcześniej przyjęte plany. Ponadto, założenie, że benchmarking to proces dynamiczny daje możliwość wracania do poprzednich faz na każdym etapie w ramach danego cyklu wdrażania.

### 3. Etapy benchmarkingu

Na skuteczność benchmarkingu w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej wpływa także sposób jego wprowadzenia. W szpitalu potrzeba zastosowania tej metody może zostać zainicjowana w dwojaki sposób: przez najwyższą kadrę zarządzającą placówką (odgórnie) lub przez kadrę niższego szczebla (z dołu do góry) [8, p. 7]. Pierwsza z metod, a więc od góry do dołu, jest wynikiem decyzji kierownictwa najwyższego szczebla i zazwyczaj dotyczy działań obejmujących kluczowe aspekty funkcjonowania organizacji, np.: cele, misja, strategia, podstawowe funkcje czy procesy. Natomiast wprowadzanie benchmarkingu do organizacji wg tzw. metody od dołu do góry hierarchii, inicjowane jest przez pojedynczego pracownika, komórkę czy jednostkę organizacyjną. Przykładowo może to być kierownik działu pragnący, aby jego wydział działał na najwyższym poziomie, czy zwykły pracownik, który poszukuje najlepszego sposobu na wykonywanie powierzonego mu zadania. W tym przypadku benchmarking zorientowany jest na usprawnienie konkretnych procesów czy działań, jak np. poprawę obsługi pacjenta oczekującego w izbie przyjęć. Niezależnie jednak od tego, który ze sposobów wprowadzania benchmarkingu zostanie przyjęty przez organizację, sam proces jego realizacji składa się z kilku etapów. W literaturze przedmiotu odnaleźć można wiele ujęć tego problemu, na które, zależnie od autora, składa się różna liczba faz. Tradycyjne modele, np. Michaela Spendolini (11 kroków) czy Xerox'a (10 etapów), opisują wdrażanie benchmarkingu bardzo szczegółowo [2, p. 64]. Jednakże w praktyce zastosowanie się do nich często jest zadaniem bardzo trudnym. Zmienne środowisko, w którym funkcjonują szpitale, oraz stały niedobór środków finansowych ograniczają możliwości zastosowania się do tradycyjnego modelu wdrażania benchmarkingu. W tej sytuacji rozwiązaniem może być zastosowanie szybkiej, pięcioetapowej metody autorstwa Patrici Keehley i Neil Abercrombie.

Główne założenia tej metody to skrócenie do minimum czasu trwania i kosztów wdrożenia. Możliwe jest to przez wykorzystanie sieci powiązań pomiędzy specjalistami czy samymi organizacjami, które mają wymieniać się najlepszymi praktykami. Samo wyszukiwanie wzorcowych rozwiązań odbywa się właśnie w tej sieci, np. przez Internet, i nie wymaga wizyt w terenie [2, p. 64]. Zmniejszenie liczby obserwacji (wyłącznie w razie uzasadnionej konieczności) skutkuje przyspieszeniem całego procesu wyszukiwania rozwiązań i ich implementacji. W szpitalach publicznych, które należą do sektora państwowego, stworzenie sieci powiązań jest rozwiązaniem realnym. W praktyce placówki służby zdrowia połączone są ze sobą w mniejszym lub większym stopniu różnymi zależnościami oraz występuje pomiędzy nimi wymiana informacji (przykładem może być zdobywanie informacji o stanie łóżek na danym oddziale i kierowanie tam pacjenta

z placówki, w której nie ma wolnych miejsc). Jest to zatem dobre podłoże do utworzenia sieci powiązań między tymi placówkami, która umożliwiłaby przekazywanie najlepszych rozwiązań pojawiających się problemów. Poza tym, idea ta nie jest niczym nowym – od dawna w polskiej służbie zdrowia pojawiają się projekty i próby tworzenia sieci szpitali, których główne założenia opierają się na przepływie informacji pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej i innymi podmiotami z nimi współpracującymi. Tak zbudowane sieci mogłyby również służyć wymianie doświadczeń, niezbędnej w procesie benchmarkingu. Zaproponowana dla jednostek sektora publicznego metoda benchmarkingu składa się z pięciu, kolejno następujących po sobie faz (rys. 3).



Rys. 3. Pięcioetapowa metoda benchmarkingu

Fig. 3. Five phases of benchmarking

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Keehley P., Abercrombie N.N.Ł Benchmarking In the Public and Non-Profit Sectors. Best Practices for Achieving Performance Breakthroughs. Jossey-Bass, San Francisco 2008, USA, p. 87.

Zanim szpital przystąpi do wdrażania programu benchmarkingu, ktoś z pracowników, menedżer czy kierownik, musi zauważyć problem. Głównym zadaniem załogi jest dostrzeżenie tego problemu najwcześniej jak to jest możliwe, jeszcze zanim stanie się on przyczyną kryzysu. Wczesne wykrycie problemu pozostawia czas na poszukiwanie najlepszych jego rozwiązań oraz przykładów praktyk stosowanych przez inne jednostki. Zdaniem autorki procesu, w tej fazie benchmarkingu należy odpowiedzieć sobie m.in. na następujące pytania [2, p. 87]:

- Skąd wiemy, że problem istnieje?
- Czy rozwiązanie problemu wymaga zaangażowania znacznej ilości zasobów?
- Czy jeśli problem nie zostanie rozwiązany, organizacja ponosi ryzyko kryzysu?
- Czy inni napotkali ten sam problem?
- Jakie wskaźniki opisują problem?

Po zdefiniowaniu problemu i wyszukaniu najlepszych przykładów rozwiązań, kolejnym krokiem jest ustalenie kryteriów porównań. Pomagają one ustalić cel lub pożądany stan organizacji po zlikwidowaniu odkrytego problemu. Polega to na wyróżnieniu konkretnego rezultatu usprawnień oraz sposobów jego pomiaru. Przykładem takiego zestawienia może być osiągnięcie najkrótszego czasu obsługi pacjenta w izbie przyjęć (np. zagwarantowanie, że pacjenta obejrzy pielęgniarka w ciągu 15 minut od przyjścia na izbę) w danym województwie, w okresie dwóch lat, i nie przekraczając kosztów całkowitych X zł. Takie zwięzłe i jasne sformułowanie celów, które organizacja zamierza osiągnąć, umożliwia ich zrozumienie przez wszystkich pracowników, precyzuje cel ich działania, dzięki czemu zmniejsza możliwość „odbiegania” od zasadniczego obszaru usprawnień.

Kolejnym krokiem w procesie benchmarkingu jest wyszukanie najlepszych praktyk. W tym celu zaangażowani w proces pracownicy mogą wykorzystać istniejące raporty, kontakty zarówno zawodowe, jak i osobiste oraz istniejące sieci powiązań i Internet. Właśnie ten etap jest najbardziej charakterystycznym elementem przedstawionej metody. Jedna lub kilka osób ma dostęp do wszystkich potrzebnych informacji. Wykorzystując stowarzyszenia zawodowe, kontakty osobiste oraz sieci powiązań między jednostkami, szybko mogą one wyszukać najlepsze rozwiązania.

Po dokonaniu wyboru organizacji czy rozwiązania wzorcowego, należy rozpocząć jego implementację w zakładzie opieki zdrowotnej. Niezwykle ważnym etapem tego procesu jest uzyskanie akceptacji pracowników, których działań benchmarking ma dotyczyć. W szpitalu ma to szczególne znaczenie, gdyż podstawowa działalność tego rodzaju organizacji oparta jest na pracowniku i jego wiedzy fachowej. Bez specjalisty i jego chęci działania nie byłoby usługi, dlatego też tak ważne jest przekonanie załogi do konieczności zaakceptowania wdrożenia nowego rozwiązania. Warto zwrócić także uwagę na odpowiednie przygotowanie planu wdrożenia. Jego opracowanie powinno w jak największym stopniu ułatwić proces wdrożenia, dlatego też dobrze, gdy opiera się na podstawowych zasadach zarządzania procesowego. W związku z tym konieczne jest wcześniejsze przygotowanie wszystkich niezbędnych dokumentów, jak np.: struktury zadaniowej, budżetu, planu projektu czy harmonogramu jego realizacji.

Ostatnim etapem szybkiego, pięcioetapowego procesu benchmarkingu jest monitorowanie postępów. Służą temu ustalone wcześniej wskaźniki oraz stała obserwacja i porównywanie nowych działań do organizacji wzorcowej. Celem tego etapu jest określenie, kiedy zostanie osiągnięta pożądana pozycja. Jeśli w wyniku monitorowania procesu okaże się, że organizacja osiągnęła już założone cele, kolejnym krokiem jest określenie, co należy usprawnić następnie. Wówczas organizacja wraca do początkowego punktu benchmarkingu i na nowo poszukuje obszarów doskonalenia. Działanie takie jest następstwem faktu,



iz zatrzymanie się na wypracowanej metodzie i brak doskonalenia mogą spowodować, że w pewnym momencie stanie się ona przestarzała. Dlatego też proces benchmarkingu nie może zostać zatrzymany. Konieczne staje się wówczas stałe monitorowanie osiągniętych wyników i ewentualnie ponowne rozpatrzenie procesów benchmarkingu, tak aby zaprowadzić przedsiębiorstwo na nowy, wyższy poziom wydajności [8, p. 30].

#### 4. Obszary oraz partnerzy benchmarkingu

Kolejną, niezwykle istotną, kwestią jest właściwe określenie obszaru funkcjonowania szpitala, który miałby być poddany benchmarkingowi. W jego ustaleniu w zakładach opieki zdrowotnej pomocne jest zestawienie opracowane przez Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Zawiera ono zbiór procesów, które powinny stanowić przedmiot analizy w procesie benchmarkingu (rys. 4).

Prawa pacjenta	Przyjęcie pacjenta lub pomoc doraźna	Ocena pacjenta	Zapewnienie pobytu pacjenta	Opieka bezoperacyjna nad pacjentem	Zabiegi operacyjne i intensywne opiekę	Udzielanie informacji pacjentowi i rodzinie	Dalsze leczenie
Przywództwo							
Zarządzanie zasobami ludzkimi							
Zarządzanie informacją medyczną							
Zarządzanie środowiskiem opieki							
Ocena i doskonalenie jakości							
Zarządzanie	Administracja	Personel medyczny	Opieka pielęgniarska				

Rys. 4. Wykaz procesów mogących być wykorzystanych w procesie benchmarkingu wg JCAHO  
Fig. 4. List of processes that can be used in the benchmarking

Źródło: Ziębicki B.: Benchmarking w doskonaleniu organizacji usług użyteczności publicznej. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Kraków 2007, s. 53.

Z przedstawionego powyżej schematu wynika, iż w zasadzie każda sfera działalności szpitala może zostać poddana usprawnieniu za pomocą benchmarkingu. W związku z tym można stwierdzić, iż zakres stosowania benchmarkingu jest praktycznie nieograniczony [13, s. 135) – poczynając od działań administracyjnych czy zarządczych, a kończąc na usługach quasi-operacyjnych czy operacyjnych.

Po określeniu obszaru usprawnień konieczne jest wybranie odpowiedniej organizacji wzorcowej – lidera w danej dziedzinie. Warto przy tym zaznaczyć, że wyłonienie odpowiedniego lidera to jeden z kluczowych czynników powodzenia całego procesu benchmarkingu. Szpitale, działając w sektorze publicznym, mają ten proces ułatwiony.

Wynika to z faktu, iż od dawna w polskiej służbie zdrowia dane dotyczące ogólnej sytuacji szpitali gromadzone są w formie raportów i statystyk, z których nietrudno jest wyłonić liderów. Jednakże do wykorzystania tych informacji w procesie benchmarkingu niezbędna jest ich pogłębiona analiza. Warunkiem koniecznym do poszukiwania wzorcowych rozwiązań wśród organizacji tej samej branży jest zasada, iż porównywane organizacje muszą posiadać porównywalne parametry [5, s. 58]. W zakładach opieki zdrowotnej może to być podobna wielkość jednostki, podobny profil działalności czy zbliżona liczba zatrudnionego personelu. Omawiając temat organizacji wzorcowej, warto zwrócić uwagę na obieg informacji o najlepszych rozwiązaniach w systemie opieki zdrowotnej. Oprócz tradycyjnej współpracy benchmarkingowej (dwóch lub więcej partnerów wymienia się informacjami) w publicznej służbie zdrowia, gromadzeniem i przekazywaniem informacji o najlepszych rozwiązaniach mogą zajmować się także odpowiednie organy państwowe. W zależności od rodzaju czy charakteru danych mogą być one zbierane i rankingowane przez:

1. Konsultantów wojewódzkich – informacje dotyczące obszaru medycznego.
2. Narodowy Fundusz Zdrowia – informacje obejmujące obszar finansowy.
3. Wojewodów – reprezentujących władze państwowe – informacje dotyczące sfery politycznej, w której funkcjonują szpitale.

Następnie zebrane w ten sposób informacje mogłyby być przekazywane pozostałym członkom rynku, co z pewnością ułatwiłoby i znaczenie przyspieszyło sam proces benchmarkingu.

Alternatywą dla organizacji wzorcowej z tego samego profilu działalności jest lider wybrany spośród przedsiębiorstw działających w innej branży. Szpitale nie powinny ograniczać partnerów benchmarkingu tylko i wyłącznie do innych jednostek służby zdrowia, gdyż poza branżą mają większe prawdopodobieństwo na odnalezienie rozwiązań innowacyjnych [9, p. 58]. W tym przypadku obszarem porównań mogą być właściwie wszystkie procesy zachodzące w placówce: od funkcji zarządczych, po procesy pomocnicze, a nawet podstawowe. Oczywiście najłatwiej porównywać procesy zachodzące na podobnych zasadach w różnych organizacjach, jak np.: usługi hotelowe, transport, żywienie, szkolenia pracowników, rekrutacja itp. Godne zainteresowania są jednak przypadki poszukiwania inspiracji rozwiązania problemów z zakresu usług podstawowych. Przykładem jest Columbus Children's Hospital, w którym wdrożono program benchmarkingu o nazwie „Operation Takeoff”. Jego celem było ograniczenie błędów na sali operacyjnej przez wykorzystanie analogii do przemysłu lotniczego. Polegał on na dokładnym sprawdzeniu wszystkich danych pacjenta (jak np. imię, nazwisko, choroby, cel operacji, alergie itp.) tuż przed samym zabiegiem operacyjnym, tak jak piloci sprawdzają wszystkie urządzenia i parametry tuż przed startem samolotu [8, p. 10]. Warto jednak podkreślić, że poszukiwanie rozwiązań poza własną branżą oprócz odkrycia nowych możliwości obarczone jest większym (od

benchmarkingu branżowego) ryzykiem porażki. Dlatego też szpital, dokonując wyboru organizacji wzorcowej, powinien wcześniej oszacować to ryzyko, pamiętając przy tym, że „niskie ryzyko to niskie zyski, wysokie ryzyko to wysokie zyski, ale jest i druga strona, niskie ryzyko to pewne zyski, wysokie to często bankructwo” [8, p. 10].

## 5. Podsumowanie

Benchmarking to jeden z ważniejszych instrumentów zarządzania mających usprawnić funkcjonowanie szpitali publicznych. Potwierdza to fakt, iż wg Powszechnego Modelu Oceny (ang. *CAF Common Assessment Framework*), opracowanego przez państwa członkowskie Unii Europejskiej, jego stosowanie to jedno z kryteriów oceny efektów zarządzania organizacją publicznych (w obszarze „Partnerstwo i Zasoby”). Zatem podsumowując rozważania dotyczące najlepszej praktyki benchmarkingu w zakładzie opieki zdrowotnej, warto jeszcze raz zwrócić uwagę na istotę tego rozwiązania, gdyż tylko jej właściwe zrozumienie może doprowadzić organizację do sukcesu. W związku z tym należy pamiętać, by benchmarking traktować jako narzędzie usprawniania swojej organizacji, które umożliwia uczenie się na błędach innych. Najważniejsze jest jednak zrozumienie, że nie jest to proste powielanie działań istniejących, ale wzorzec, który umożliwia stworzenie na ich bazie własnych, twórczych rozwiązań dostosowanych do niepowtarzalnych warunków otoczenia organizacji. Nie jest to także jednorazowe wprowadzenie innowacji, ale proces ciągłego uczenia się i doskonalenia, który należy na stałe włączyć w strategię organizacji. Ponadto, włączając benchmarking do działań placówki zawsze trzeba wiedzieć, w jakim celu jest on wdrażany, co najlepiej obrazują słowa: „Benchmarking należy zrobić, aby osiągnąć cel, a nie jako cel sam w sobie” [12, s. 52]. Stosowany zgodnie z wyznacznikami „najlepszej praktyki” benchmarking może być źródłem doskonalenia posiadanych przez szpital kompetencji, a nawet kreowania kompetencji kluczowych. Warto także zwrócić uwagę na fakt, iż stosowanie benchmarkingu w szpitalach publicznych jest łatwiejsze (niż w organizacjach komercyjnych) ze względu na mniejsze bariery w pozyskiwaniu danych od jednostek podobnych. Jest to wynikiem podejścia, według którego współpraca benchmarkingowa w tego rodzaju placówkach to raczej „wspólne rozwiązywanie problemów” niż transakcyjna wymiana informacji [13, s. 140]. Szpital, wykorzystując ten fakt, może uczynić z „uczenia się na błędach innych” przystępny instrument doskonalenia kompetencji organizacji. Reasumując powyższe rozważania, benchmarking należy traktować jako zdolność organizacji do tworzenia przewagi konkurencyjnej tańszym kosztem i szybciej niż robią to konkurenci [7, s. 133].

**Bibliografia**

1. Cygańska M.: Benchmarking w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej, [www.abc.com.pl/problem/97/7](http://www.abc.com.pl/problem/97/7), lipiec 2010.
2. Keehley P., Abercrombie N.N.: *Benchmarking In the Public and Non-Profit Sectors. Best Practices for Achieving Performance Breakthroughs*. Jossey-Bass, San Francisco 2008.
3. Kuczewska J.: Europejska procedura benchmarkingu, programy i działania, [www.parp.gov.pl/files/74/81/158/2007euprocbenchmarkingu.pdf](http://www.parp.gov.pl/files/74/81/158/2007euprocbenchmarkingu.pdf), 2 lipiec 2010.
4. Marciszewska E., Pieriegud J.: *Benchmarking and Best Practices In Transport Sector*. Warsaw School of Economics, Warsaw 2009.
5. Martyniak Z.: *Nowe metody i koncepcje zarządzania*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2002.
6. Niemczyk J.: *Outsourcing*, [w:] Perechuda K. (red.): *Zarządzanie przedsiębiorstwem przyszłości*. Placet, Warszawa 2000.
7. Oblój K.: *Strategia organizacji: w poszukiwaniu trwałej przewagi konkurencyjnej*. PWE, Warszawa 2007.
8. Sower V.E., Duffy J.A., Kohers G.: *Benchmarking for Hospitals: Achieving Best-in-Class Performance without Having to Reinvent the Wheel*. ASQ Quality Press Milwaukee, Wisconsin 2008.
9. Sower V.E.: *Benchmarking In Hospitals: More Than a Scorecard*. "Quality Progress", August 2007.
10. Watson G.H.: *Strategic benchmarking*. John Wiley&Sons Inc., New York 1993.
11. Węgrzyn A.: *Benchmarking Nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*. Antykwa, Kluczbork – Wrocław 2000.
12. Ziębicki B.: *Benchmarking w doskonaleniu organizacji usług użyteczności publicznej*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2007.
13. Ziębicki B.: *Wykorzystanie benchmarkingu w doskonaleniu działalności instytucji użyteczności publicznej*. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Bochni, z. 3, 2005.

Recenzenci: Dr hab. Zbigniew Pastuszak, prof. UMCS  
Dr hab. Anna Rakowska, prof. UMCS