



Marta Cholewa-Wiktor

Agnieszka Sitko-Lutek

Wykorzystanie benchmarkingu i outsourcingu w zarządzaniu szpitalem publicznym

MONOGRAFIE

Lublin 2020

Wykorzystanie benchmarkingu
i outsourcingu w zarządzaniu
szpitalem publicznym

Monografie – Politechnika Lubelska



Politechnika Lubelska
Wydział Zarządzania
ul. Nadbystrzycka 38
20-618 Lublin

Marta Cholewa-Wiktor
Agnieszka Sitko-Lutek

Wykorzystanie benchmarkingu i outsourcingu w zarządzaniu szpitalem publicznym



Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej
Lublin 2020

Recenzent:
dr hab. inż. Agnieszka Kister, prof. UMCS

Publikacja wydana za zgodą Rektora Politechniki Lubelskiej

© Copyright by Politechnika Lubelska 2020

ISBN: 978-83-7947-436-3

Wydawca: Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej
www.biblioteka.pollub.pl/wydawnictwa
ul. Nadbystrzycka 36C, 20-618 Lublin
tel. (81) 538-46-59

Druk: DjaF – 30-092 Kraków, ul. Kmietowicza 1/1
www.djaf.pl

Elektroniczna wersja książki dostępna w Bibliotece Cyfrowej PL www.bc.pollub.pl

Nakład: 50 egz.

Spis treści

Wstęp	7
1. Istota zarządzania w służbie zdrowia.....	13
1.1. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce.....	13
1.2. Szpital jako jednostka realizacji zadań w służbie zdrowia	23
1.3. Otoczenie szpitali.....	29
1.4. Zarządzanie organizacjami służby zdrowia	33
1.5. Współczesne koncepcje zarządzania zakładem opieki zdrowotnej.....	43
2. Benchmarking w zakładach opieki zdrowotnej.....	54
2.1. Pojęcie benchmarkingu.....	54
2.2. Rodzaje benchmarkingu.....	59
2.3. Proces benchmarkingu	66
2.4. Zalety i wady realizacji koncepcji benchmarkingu	75
2.5. Wykorzystanie benchmarkingu w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.....	79
3. Outsourcing w zarządzaniu szpitalem	83
3.1. Istota i cele outsourcingu.....	83
3.2. Typologie outsourcingu	89
3.3. Korzyści i zagrożenia zastosowania outsourcingu	93
3.4. Wdrożenie outsourcingu	99
3.5. Pragmatyka outsourcingu w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.....	103
4. Model i metodyka badań	112
4.1. Charakterystyka modelu badawczego	112
4.2. Metodyka badań	114
4.3. Charakterystyka badanych organizacji.....	120
5. Benchmarking i outsourcing jako narzędzia wpływające na skuteczność zarządzania szpitalem – wyniki badań	124
5.1. Zakres stosowania benchmarkingu w szpitalach publicznych	124
5.2. Zakres stosowania outsourcingu w szpitalach publicznych.....	128

5.3. Korzyści i ograniczenia wynikające ze stosowania koncepcji benchmarkingu i outsourcingu w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej	133
5.4. Wpływ benchmarkingu i outsourcingu na skuteczność zarządzania szpitalem publicznym.....	137
5.5. Zastosowanie benchmarkingu i outsourcingu w Szpitalu specjalistycznym X – studium przypadku	161
5.6. Wnioski	168
5.7. Rekomendacje	172
Zakończenie.....	178
Literatura.....	182
Załączniki.....	197
Załącznik 1. Kwestionariusz ankiety	199
Załącznik 2. Program obliczeń wyników.....	206
Załącznik 3. Zależności pomiędzy odpowiedziami na poszczególne pytania z ankiety.....	211
Załącznik 4. Wyniki testu Kruskala-Wallisa	212

Wstęp

Współczesne szpitale publiczne realizują nie tylko cele społeczne, ale i gospodarcze. Poza świadczeniem usług zdrowotnych najwyższej jakości, działalność szpitali jako podmiotów leczniczych musi być także uzasadniana ekonomicznie. Dlatego też problemem szczególnie dotkliwym na ówczesnym rynku usług zdrowotnych jest funkcjonowanie szpitali w warunkach niewystarczających środków finansowych. Rezultatem tego stanu jest ciągły niedobór finansów na pokrycie kosztów działalności podstawowej, nie wspominając już o inwestycjach w doskonalenie i rozwój. Funkcjonowanie w takich warunkach bardzo często determinuje złą kondycję finansową większości publicznych szpitali. W związku z taką sytuacją menedżerowie służby zdrowia poszukują koncepcji, które mogłyby zwiększyć skuteczność podejmowanych przez nich działań. Wynika to z faktu, iż dotychczas stosowane metody okazały się niewystarczające, dlatego też zarządzający coraz częściej sięgają po rozwiązania, które sprawdziły się w biznesie, przynosząc organizacjom wymierne korzyści zarówno ekonomiczne jak i jakościowe. Celem wykorzystania rozwiązań biznesowych, dobrym rozwiązaniem wydaje się być transfer sprawdzonych, najlepszych praktyk ze Stanów Zjednoczonych oraz innych krajów europejskich. W literaturze przedmiotu podaje się liczne przykłady zastosowania koncepcji zarządzania zaczerpniętych z organizacji prywatnych dostosowanych do funkcjonowania placówek służby zdrowia. Praktyki wypracowane dla opieki medycznej w innych krajach pozwalają na stworzenie modelowego rozwiązania stosowania wybranych koncepcji także dla podmiotów leczniczych zakładów w Polsce. Oczywiście, konieczna jest modyfikacja tych charakterystyk uwzględniająca specyficzne warunki polskiego systemu opieki zdrowotnej.

W niniejszej pracy analizie poddano dwie koncepcje zarządzania: benchmarking oraz outsourcing. Za kryteria wyboru obrano: możliwość współpracy z innymi jednostkami oraz kryterium zasobowe. Biorąc pod uwagę te dwa czynniki, zdecydowano się na analizę, z jednej strony koncepcji popularnej i często stosowanej w służbie zdrowia jaką jest outsourcing, z drugiej zaś mniej znanej i rzadziej stosowanej, aczkolwiek o dużym potencjale wykorzystania, jaką jest benchmarking. Wskazane koncepcje wybrane zostały w oparciu o kryterium zasobowe, gdyż zarówno benchmarking jak i outsourcing, umożliwiają stosującym je organizacjom korzystanie z wiedzy, technologii oraz osiągnięć innych. Benchmarking daje możliwość zdobywania wiedzy o rozwiązaniach wzorcowych stosowanych przez konkurencje oraz organizacje spoza branży, które po udoskonaleniu i dostosowaniu do specyficznych warunków funkcjonowania mogą być implementowane w te same jednostki. Umożliwia to skrócenie łańcucha uczenia się organizacji, ponieważ korzystając z osiągnięć już wypracowanych szpital może „uczyć się na błędach innych”. Z kolei outsourcing dzięki powierzeniu części usług „na zewnątrz” umożliwia korzystanie z technologii, wiedzy czy specjalistów firm zewnętrznych. Dodatkowym argumentem podjęcia problematyki tych dwóch zagadnień był fakt, iż obie koncepcje mają charakter uniwersalny, dlatego też z powodzeniem można je stosować

w różnych sytuacjach czy obszarach funkcjonowania także szpitali publicznych. Istotną przesłanką do podjęcia tematu wykorzystania benchmarkingu i outsourcingu w zarządzaniu szpitalem publicznym były wytyczne Powszechnego Modelu Oceny CAF (z ang. *Common Assessment Framework*). Model ten został opracowany przez państwa członkowskie Unii Europejskiej w celu ujednolicenia oceny działalności organizacji publicznych. W modelu CAF w obszarze „Partnerstwo i zasoby” ocenie zostaje poddany sposób, w jaki organizacja planuje oraz zarządza relacjami partnerskimi i posiadanymi zasobami, zaś jako kryterium oceny przyjęto stosowanie przez jednostkę benchmarkingu i outsourcingu. Zatem jeśli w ujednoliconym modelu oceny dla wszystkich organizacji publicznych Unii Europejskiej opiniuje się stosowanie benchmarkingu i outsourcingu, uznano za zasadne zweryfikowanie stopnia wykorzystania tych właśnie koncepcji przez szpitale publiczne na przykładzie województwa lubelskiego.

Dokonując przeglądu literatury przedmiotu stwierdzono, lukę w zakresie możliwości stosowania modeli oraz implementacji benchmarkingu i outsourcingu w polskiej służbie zdrowia. O ile problematyka benchmarkingu i outsourcingu w organizacjach biznesowych jest dobrze i wnikliwie w niej opisana, o tyle brak jest stosownych analiz dotyczących tych koncepcji w kontekście skuteczności zarządzania placówkami służby zdrowia (zwłaszcza dotyczących benchmarkingu).

Głównym celem badań autorki jest ocena wykorzystania benchmarkingu i outsourcingu¹ dla poprawy skuteczności zarządzania szpitalem publicznym. Realizację powyższego celu oparto na rozważaniach teoretycznych, analizie dokumentów organizacji oraz badaniach empirycznych. W oparciu o cel główny zostały sformułowane cele częściowe: poznawcze oraz utylitarne. Wyróżniono następujące cele poznawcze:

- analiza specyfiki zarządzania szpitalem publicznym,
- identyfikacja stopnia wykorzystania benchmarkingu i outsourcingu przez publiczne szpitale województwa lubelskiego za pomocą charakterystyki: rodzajów, obszarów i częstotliwości stosowania tychże koncepcji,
- rozpoznanie determinantów skutecznego zarządzania szpitalem,
- określenie związku między zastosowaniem benchmarkingu i outsourcingu a skutecznym zarządzaniem szpitalem,
- identyfikacja modelowych rozwiązań benchmarkingu i outsourcingu dla szpitali publicznych,
- opracowanie modelu ukazującego związek między zastosowaniem benchmarkingu i outsourcingu a skutecznym zarządzaniem w szpitalu publicznym oraz jego weryfikacja.

¹ M. Bugdol, T. Papaj, *Wspólna Metoda Oceny. Doskonalenie organizacji poprzez samoocenę*, Taurus, Warszawa 2008, s. 10–24

Z kolei cel aplikacyjny stanowiło opracowanie zbioru praktycznych zaleceń dla menedżerów szpitali zawierającego:

- określenie i zaproponowanie rekomendacji praktycznych dla poprawy skuteczności zarządzania szpitalem z wykorzystaniem modelowych charakterystyk stosowania benchmarkingu i outsourcingu,
- opracowanie schematu modelowego wdrażania benchmarkingu i outsourcingu do praktyki zarządzania szpitalem.

W pracy postawiono tezę, iż zastosowanie benchmarkingu i outsourcingu wpływa na skuteczność zarządzania publicznym podmiotem leczniczym. W celu rozwinięcia postawionej tezy zaproponowano zbadanie następujących hipotez badawczych:

- H.1.** Stosowanie benchmarkingu i outsourcingu w szpitalach publicznych wpływa na ograniczenie kosztów oraz wzrost poziomu jakości oferowanych usług.
- H.2.** Szpitale publiczne w różnym stopniu korzystają z form aktywności outsourcingowej, przy czym najczęściej stosowanym rodzajem jest outsourcing kontraktowy.
- H.3.** Istnieje zróżnicowanie stopnia wykorzystania poszczególnych rodzajów benchmarkingu w szpitalu, przy czym najbardziej popularną formą jest benchmarking konkurencyjny.
- H.4.** Istnieje związek pomiędzy kompleksowością stosowania procesów benchmarkingu i outsourcingu a skutecznym zarządzaniem zamkniętym zakładem opieki zdrowotnej.

Aby zweryfikować przyjęte hipotezy badawcze, w niniejszej pracy wykorzystano następującą metodykę badawczą: badania literaturowe, badania jakościowe oraz badania kwantytatywne. Badania literaturowe miały na celu rozpoznanie specyfiki zarządzania szpitalem publicznym oraz dokonanie usystematyzowania wiedzy z zakresu benchmarkingu i outsourcingu. Bazując na ich podstawie, scharakteryzowano modelowe rozwiązania dotyczące stosowania benchmarkingu oraz outsourcingu w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Na tym etapie dokonano również identyfikacji dwóch grup czynników pozwalających scharakteryzować skuteczność zarządzania szpitalem publicznym, tj. czynników ekonomicznych i społecznych oraz określono parametry pozwalające ocenić ich realizację.

Kolejnym etapem były badania jakościowe oparte na następujących metodach badawczych: wywiadzie swobodnym oraz analizie dokumentów organizacji. Głównym celem tego etapu badań była identyfikacja, czy jednostki służby zdrowia stosują benchmarking i outsourcing, a w dalszej kolejności zoperacjonalizowanie czynników pozwalających ocenić zakres wykorzystania przez te organizacje przedstawionych koncepcji. Na tej podstawie zbudowano narzędzie badawcze do diagnozy zakresu stosowania przez szpitale publiczne omawianych metod.

Badania kwantytatywne z kolei umożliwiły weryfikację przyjętych hipotez badawczych i obejmowały: analizę dokumentów finansowych organizacji, metodę ankiety

z wykorzystaniem opracowanego samodzielnie kwestionariusza odpowiedzi oraz analizę statystyczną. Przedmiotem badań były benchmarking i outsourcing w kontekście zakresu ich stosowania w służbie zdrowia, zaś podmiotem kadra zarządzająca. Przeprowadzone badania zakwalifikować należy jako badania ilościowo-jakościowe. Wynika to z faktu, iż zebrane kwestionariusze ankiet zostały uzupełnione o informacje uzyskane poprzez wywiady z menedżerami oraz analizę dokumentów organizacyjnych dla każdej badanej jednostki. Dobór próby badawczej był celowy. Przy wyborze obszaru badań kierowano się podziałem terytorialnym Polski. Ze względu na wyodrębnienie szesnastu województw, wybór jednego województwa stanowi 1/16 całej populacji. Dobór województwa lubelskiego do badań podyktowany był funkcjonowaniem w obrębie województwa szpitali zróżnicowanych zarówno pod względem organu założycielskiego, jak i przynależnością do określonego poziomu referencyjności. Oczywiście, w ramach poszczególnych województw liczba tych szpitali jest różna, jednakże ze względu na ustalone standardy postępowania medycznego struktura pod względem ich referencyjności jest podobna w każdym województwie w kraju. Jako dodatkowy argument tego wyboru potraktowano strukturę pod względem kryterium własnościowego i rodzajowego jednostek na tym terytorium, która jest zbliżona do struktury szpitali ogółem w Polsce. Wybór województwa lubelskiego podyktowany był także doświadczeniami władz samorządowych w zakresie wdrażania koncepcji mniej znanej w służbie zdrowia, jaką jest benchmarking. Z inicjatywy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Lublinie, w czerwcu 2012 r. w ramach projektu „PORTRETY SZPITALI – MAPY MOŻLIWOŚCI” wprowadzono program benchmarkingu dla szpitali publicznych². Ostatecznie niniejszym badaniem objęto 90% szpitali publicznych funkcjonujących na terytorium województwa lubelskiego. Ten etap badań empirycznych przeprowadzono w 2011r.

Kolejnym etapem badań była analiza statystyczna związków wynikających z zastosowania benchmarkingu i outsourcingu ze zmiennymi opisującymi osiągnięcie celów finansowych i społecznych. W związku z tym, że badane cechy nie miały rozkładu normalnego do zbadania istotnych związków używano nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa lub gdy były tylko dwa rodzaje odpowiedzi w ankiecie testu U Manna-Whitney’a. Dla rozkładów względem udzielanych odpowiedzi istotnie różnych obliczono statystyczne miary położenia: wartości maksymalne i minimalne, średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, współczynnik IQR, kurtoza oraz współczynnik skośności. Po zbadaniu zależności podjęto próbę budowy modelu rozważanych wielkości. Ze względu na to, że badana cecha była ilościowa, a większość cech nominalnych, zbudowano drzewo regresji w programie STATISTICA.

² Portrety Szpitali – mapy możliwości, czyli monitorowanie usług publicznych i benchmarking z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem szpitali, dla których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego, http://wartowiedziec.pl/attachments/article/18708/Projekt%20Portret%20szpitali_mapy%20możliwości.pdf, data dostępu: 5.10.2020.

Ostatnim etapem badań były analiza studium przypadku, stanowiąca badania jakościowe. Celem uzupełnienia przeprowadzonych badań ilościowych, w 2019 roku w jednym z dużych szpitali funkcjonujących na obszarze badawczym przeprowadzono analizę dotyczącą pragmatyki stosowania przez daną jednostkę benchmarkingu i outsourcingu. Badanie przeprowadzono w oparciu o analizę dokumentacji organizacji oraz wywiady z kierownictwem i osobami odpowiedzialnymi za poruszaną problematykę.

Praca składa się z pięciu rozdziałów. Trzy pierwsze mają charakter teoretyczny i są wynikiem prowadzonych studiów literatury przedmiotu, zaś czwarty i piąty to rozdziały dotyczące przeprowadzonych badań.

W pierwszym rozdziale scharakteryzowano system opieki zdrowotnej w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem szpitali publicznych. Omówiono istotę zarządzania organizacjami publicznymi, wskazując istotne różnice między działaniami zarządczymi w organizacjach biznesowych i non-profit. W rozdziale tym zaprezentowano ponadto nowe koncepcje zarządzania, które mogą być z powodzeniem stosowane w podmiotach leczniczych oraz uzasadniono wybór problematyki badawczej.

Drugi rozdział dotyczy benchmarkingu. Na podstawie literatury zdefiniowano pojęcie benchmarkingu, omówiono jego rodzaje oraz uszeregowano etapy niezbędne w procesie wprowadzania benchmarkingu do praktyki zarządzania. W rozdziale tym zaprezentowano ponadto najważniejsze zalety oraz wady wynikające ze stosowania tej koncepcji w zakładzie opieki zdrowotnej. Rozważania zakończono opracowaną na podstawie literatury przedmiotu charakterystyką modelowego stosowania koncepcji benchmarkingu w szpitalach publicznych.

W ostatnim rozdziale teoretycznym zaprezentowano rozważania dotyczące outsourcingu. Analogicznie, jak w przypadku benchmarkingu, rozpoczęto od uporządkowania terminologii określającej outsourcing. Zdefiniowano jego pojęcie, przedstawiono stosowane w organizacjach formy tej metody oraz etapy wdrożenia. W rozdziale przedstawiono także korzyści oraz zagrożenia mogące pojawić się przy tego rodzaju współpracy. Na podstawie literatury polskiej oraz zagranicznej scharakteryzowano rodzaje i obszary, w których outsourcing może mieć zastosowanie w służbie zdrowia oraz wyodrębniono kluczowe czynniki powodzenia dla podmiotów leczniczych podejmujących takie działania.

W rozdziale czwartym przedstawiono metodykę podjętych badań. Omówiono opracowany na podstawie badań literaturowych model badawczy obrazujący związek pomiędzy stosowaniem outsourcingu i benchmarkingu a skutecznością zarządzania szpitalami publicznymi. W rozdziale omówiono przyjętą metodykę badań oraz dokonano charakterystyki analizowanych szpitali.

Przedmiotem rozważań w rozdziale ostatnim jest ocena wpływu benchmarkingu i outsourcingu na skuteczność zarządzania szpitalem publicznym. Przedstawiono wyniki badań dotyczące zakresu stosowania tychże koncepcji oraz korzyści i ograniczeń z nimi związanych w szpitalach publicznych. Na podstawie analizy zaobserwowanych związków sformułowano wnioski z badań oraz zaprezentowano rekomendacje dla szpitali publicznych w zakresie stosowania w praktyce zarządzania benchmarkingu oraz outsourcingu.

W zakończeniu niniejszej pracy podsumowano rozważania dotyczące stosowania benchmarkingu i outsourcingu w podmiotach leczniczych. Rozprawę uzupełniają załączniki w postaci narzędzia badawczego oraz tabel, w których zaprezentowano szczegółowe wyniki badań.

1. Istota zarządzania w służbie zdrowia

1.1. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Zapewnienie opieki zdrowotnej w Polsce jest jedną z podstawowych funkcji Państwa. Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej: „każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia”³. Ten sam dokument określa także rolę Państwa w realizacji tego prawa „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”⁴. Zgodnie z przyjętymi dokumentami to „Państwo ponosi odpowiedzialność za zdrowie swoich obywateli”⁵, zaś prawo to realizowane jest poprzez system opieki zdrowotnej.

Zgodnie z definicją system jest to „pewna uporządkowana całość, składająca się ze wzajemnie powiązanych elementów (ludzi, produktów, procesów, usług) powiązanych wspólnym celem”⁶. Według Cezarego Włodarczyka i Stefana Paździocha najważniejsze cechy systemu to⁷:

- działanie każdego z podsystemów może wywierać wpływ na pozostałe, a ich oddziaływanie są wzajemnie współzależne;
- usprawnienie jednego lub kilku elementów systemu nie gwarantuje usprawnienia funkcjonowania całego systemu;
- system lub podsystemy mogą osiągać ten sam poziom sprawności za pomocą różnych metod (ekwifinalność).

System opieki zdrowotnej (system ochrony zdrowia, system zdrowotny) zdefiniowany został przez WHO (Światową Organizację Zdrowia) jako „układ wzajemnie powiązanych elementów, tj. ludzi, instytucji oraz nakładów, których nadrzędnym celem jest poprawa stanu zdrowia ludności”⁸. Cel ten realizowany jest za pomocą czterech funkcji systemu, tj. zapewnienia usług zdrowotnych, generowania nakładów, finansowania oraz zarządzania. Koncepcja tzw. trójkąta dzieli uczestników systemu opieki zdrowotnej na trzy grupy: świadczeniodawców (lekarze, zakłady opieki zdrowotnej), świadczeniobiorców (pacjenci) oraz płatnika, a więc ubezpieczyciela finansującego świadczenia⁹. W publicznym sektorze usług zdrowotnych relacje pomiędzy poszczegól-

³ Art 68 §1, Konstytucja RP.

⁴ Art 68 §2, Konstytucja RP.

⁵ V. Korporowicz (red.), *Zarządzanie systemem ochrony zdrowia. Aspekty ekonomiczno-społeczne*, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2012, s. 79.

⁶ C. Włodarczyk, S. Paździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys Problematyki*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 14.

⁷ *Ibidem*.

⁸ www.who.int/topics/health_systems/en/, data dostępu: 12.10.2014.

⁹ M. Kolwitz, *Polski System Ochrony Zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych Państw Unii Europejskiej*, Roczniki pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2010, 56, 3, s. 132.

nymi grupami regulują odpowiednie organy państwowe. Poza Państwem do podmiotów działających na rzecz ochrony zdrowia w Polsce należy m.in.: Minister właściwy ds. Zdrowia, wojewoda, samorząd terytorialny, samorząd województwa, gmina, powiat, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, Rzecznik Praw Pacjenta. Należy również podkreślić, że w systemie ochrony zdrowia publiczny jest płatnik (Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz świadczeniodawcy np. publiczny zakład opieki zdrowotnej oraz inne podmioty np. ds. walki z cukrzycą itp.). Schematyczny obraz systemu ochrony zdrowia w Polsce przedstawiony został na rysunku 1. Każdy z wyróżnionych podmiotów pełni ważną rolę, zapewniając spójność funkcjonowania systemu. Zasadniczą rolą Państwa jest określenie głównych kierunków polityki zdrowotnej, a także stworzenie prawno-organizacyjnych zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Funkcje zarządcze, finansowe oraz nadzorcze w systemie rozdzielone są pomiędzy: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy terytorialne¹⁰. Zadaniem NFZ jest finansowanie świadczeń zdrowotnych za pomocą kontraktów z zakładami opieki zdrowotnej zarówno publicznymi jak i niepublicznymi. Kontrola działań NFZ powierzona jest Ministerstwu Zdrowia, zaś nadzór w zakresie jego gospodarki finansowej sprawuje Ministerstwo Finansów¹¹. Poza sprawowaniem nadzoru nad działalnością NFZ, Ministerstwu Zdrowia podlegają: Główny Inspektor Sanitarny, Farmaceutyczny oraz ds. Substancji Chemicznych¹², Uniwersytety Medyczne, narodowe oraz regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, a także kilkadziesiąt mniejszych jednostek bezpośrednio związanych z problematyką zdrowia, jak np. Centrum Egzaminów Medycznych¹³. Poza tym do zadań Ministra Właściwego ds. Zdrowia należy¹⁴:

- prowadzenie edukacji prozdrowotnej;
- opracowanie, finansowanie, nadzór nad realizacją oraz ocena efektów programów zdrowotnych;
- finansowanie niektórych świadczeń wysokospecjalistycznych oraz dużych inwestycji;
- współdziałanie z innymi organizacjami na rzecz ochrony zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia poza funkcją płatnika jest także instytucją ubezpieczenia społecznego. Ubezpieczenia społeczne obejmują: „ubezpieczenia emerytalne, rentowe, w razie choroby i macierzyństwa oraz wypadków przy pracy i chorób zawodowych”¹⁵. Składki na ubezpieczenie zdrowotne pobierane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

¹⁰ S. Golinowska (red.), *Zarys Systemu Ochrony Zdrowia*. Polska 2012, NFZ, Warszawa 2012, s. 43.

¹¹ *Ibidem*.

¹² Zarządzenie Ministra Zdrowia z dn. 30 sierpnia 2012 w sprawie zakresu czynności Sekretarza Stanu oraz Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, §2 DZ.URZ.Min.Zdr.2012.67.

¹³ Ministerstwo Zdrowia: Rozporządzenia, zadania i funkcje Ministerstwa Zdrowia, <http://www.ministerstwo-zdrowia.6th.pl/>, data dostępu: 21.05.2012.

¹⁴ *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* art. 11, Dz.U.2020.0.1398.

¹⁵ *Ustawa z dnia 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych*, art. 1, Dz. U. z 2020 r. poz. 266 ze zm.

Poza zarządzaniem środkami finansowymi do głównych zadań NFZ należy¹⁶:

- określenie jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych, a także analiza ich kosztów;
- przeprowadzenie konkursów oraz zawieranie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ich kontrola i rozliczanie;
- finansowanie specyficznych świadczeń opieki zdrowotnej (np. medycznych czynności ratunkowych, świadczenia wykonywane za granicą);
- wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrola programów zdrowotnych;
- promocja zdrowia;
- nadzorowanie ordynacji lekarskich;
- prowadzenie CWK (Centralnego Wykazu Ubezpieczonych) oraz działalności informacyjnej dotyczącej ochrony zdrowia.

W zależności od szerokości administracji państwowej podmiotami systemu ochrony zdrowia są odpowiednie władze samorządowe, tj.: wojewoda, powiat, samorząd województwa, gmina. Każdy z wymienionych podmiotów ma obowiązek promocji zdrowia oraz określania potrzeb zdrowotnych na danym terenie. Ponadto podmioty samorządowe będące organem założycielskim publicznych jednostek opieki zdrowotnej, pełnią funkcje związane z kadrami, finansowaniem i inwestycjami w tych placówkach oraz są organem nadzorującym i kontrolnym¹⁷. Warto także wspomnieć, że zgodnie z Art. 6.1. Ustawy o działalności leczniczej, „Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może, z zastrzeżeniem przepisów ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz. U. z 2019 r. poz. 1302, 1309, 1571 i 1655), utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, jednostki wojskowej, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej”¹⁸. Z kolei jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej i samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej¹⁹. Zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu, finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej”²⁰. Z kolei zadania własne gminy, powiatu i samorządu przedstawiono w tabeli 1.

¹⁶ *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz.U.2020.0.1398.

¹⁷ S. Golinowska (red.), *Zarys...*, op. cit., s. 44.

¹⁸ *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, Dz.U. 2020 poz. 295.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz.U.2020 poz..1398.

Tabela 1. Zadania własne władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

Podmiot	Podstawowe zadania
Gmina	• opracowanie, realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych dotyczących mieszkańców gminy, • inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć dotyczących informowania nt. czynników szkodliwych dla zdrowia, • podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.
Powiat	• opracowanie, realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych dotyczących mieszkańców powiatu (po konsultacji z gminami), • inicjowanie, wspomaganie oraz monitorowanie działań na rzecz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej powiatu, • pobudzanie działań w zakresie indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności zdrowotnej, • podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.
Samorząd województwa	• opracowanie, realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych dotyczących mieszkańców województwa (po konsultacji z gminami i powiatami), • aktywizacja oraz promocja rozwiązań prowadzących do wzrostu efektywności ochrony zdrowia (w tym także programów restrukturyzacji), • podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.
Wojewoda	• weryfikacja realizacji zadań z zakresu administracji rządowej prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2020 poz. 1398 Rozdział 2, art. 7–10 oraz A. Frączkiewicz-Wronka, H. Saryusz-Wolska, *Ochrona zdrowia w działaniach samorządu terytorialnego*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2007, s. 148–154.

Świadczeniodawcą, a więc podmiotem bezpośrednio związanym z pacjentem poprzez oferowanie usług zdrowotnych są: podmioty lecznicze, apteki oraz inni świadczeniodawcy. Podmiotami leczniczymi w Polsce mogą być natomiast: przedsiębiorcy, wykonujący działalność leczniczą, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności

sumienia i wyznania a także jednostki wojskowe (w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą)²¹.

Główne zadania zakładów opieki zdrowotnej w Polsce, wynikające z przepisów to: świadczenie usług zdrowotnych i promocja zdrowia oraz prowadzenie, realizacja badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych, oczywiście, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń medycznych i promocją zdrowia²².

Wszystkie podmioty funkcjonujące w ramach systemu opieki zdrowotnej powiązane są ze sobą za pomocą odpowiednich strumieni. Oczywiście, związki te inaczej wyglądają w systemie planowym, inaczej państwowym i liberalnym, czyli prywatnym (rysunek 2).

Wyróżnione na rysunku strumienie personalne określają „sposób uczestnictwa pacjenta w procesie wymiany”²³, tak więc mogą one dotyczyć, zarówno strony podażowej jak i struktury finansowej systemu. Przepływy informacyjne mogą dotyczyć: ustaleń dotyczących nazewnictwa, informacji o stanie zdrowia, promocji i reklamy, negocjacji medycznych czy działalności epidemiologicznej²⁴. Pozostałe strumienie to środki finansujące system: bezpośrednie oraz pośrednie w postaci podatku. Warto zwrócić szczególną uwagę na tworzenie w sektorze publicznym pośredników pomiędzy pacjentem a wykonawcą usługi. Pośrednikiem tym może być: towarzystwo ubezpieczeń prywatne jak i powszechne, budżet centralny i budżety lokalne oraz Ministerstwo Zdrowia²⁵. Przykładowo zakres usług między świadczeniodawcą a pacjentem wyznaczony jest przez treść kontraktu z NFZ, a także przez obowiązki podmiotu świadczącego usługę wynikające, np. z Ustawy o działalności leczniczej²⁶. Wyróżnione strumienie, w zależności od przyjętego modelu systemu, różnią się wieloma czynnikami, jak np. ingerencją państwa, organizacją czy też źródłem finansowania. Ze względu na źródło finansowania można wyodrębnić²⁷:

- model państwowej służby zdrowia – finansowanie opieki zdrowotnej z podatków;
- model ubezpieczeniowy – finansowanie obowiązkowych składek ubezpieczeniowych.

Wymienione modele stosowane są w Europie. Na świecie, poza przedstawionymi schematami, funkcjonuje także model oparty na ubezpieczeniach prywatnych. W modelu tym rola państwa jest ograniczona zazwyczaj do pomocy dla „najsłabszych”²⁸, zaś pacjenci indywidualnie podejmują decyzje dotyczące ubezpieczenia.

²¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2020 poz. 295, art. 4.1.

²² Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. Dz.U.07.14.89 art. 1.

²³ J. Suhecka, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków 2010, s. 41.

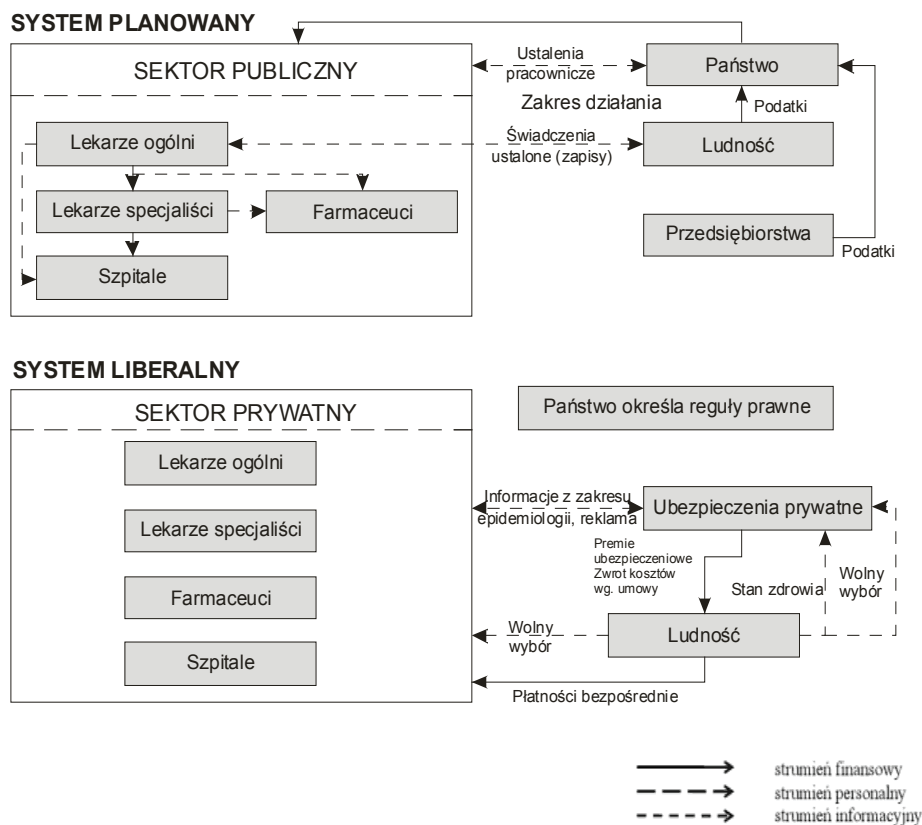
²⁴ *Ibidem*.

²⁵ J. Suhecka, *Ekonomia ...*, op. cit., s. 42.

²⁶ A. Mokrzycka, I. Kowalska, *Podmioty lecznicze w Polsce w perspektywie reform zdrowotnych*, Wyd. Difin, Warszawa 2012, s. 125.

²⁷ W. Giermaziak, J. Kamiński, *Modele finansowania opieki zdrowotnej*, Ministerstwo Zdrowia, Medpress, s. 309 pml.strefa.pl/ePUBLI/198/01.pdf, data dostępu: 16.04.2012.

²⁸ Przykładowo w Stanach Zjednoczonych programy: Medicare (ubezpieczenia dla osób starszych) oraz Medicaid (ubezpieczenia dla najuboższych).



Rysunek 2. Powiązania w systemie opieki zdrowotnej

Źródło: J. Suchecka, *Ekonomia...*, op. cit., s. 41.

Poza sposobem finansowania do kryteriów podziału systemów opieki zdrowotnej można zaliczyć także organizację i przyjęte regulacje prawne. W oparciu o te kryteria w wyniku przekształceń w XIX i XX wieku powstały cztery modele²⁹:

- model Bismarcka – oparty na ubezpieczeniach chorobowych,
- model Beveridge’a – system budżetowy narodowej służby zdrowia,
- model Siemiaszki – system państwowy, centralnie planowany i finansowany,
- model wolnorynkowy (rezydualny) – zdrowie to towar, który można kupić.

Porównanie najistotniejszych cech każdego z systemów zostało przedstawione w tabeli 2.

²⁹ A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, s. 194.

Tabela 2. Wybrane cechy modeli systemów zdrowia

Kryterium	Model Bismarcka	Model Beveridgę	Model Siemiaszki	Model wolnorynkowy
źródło finansowania	obowiązkowe składki ubezpieczeniowe	podatki ogólne lub inne dochody państwa		dobrowolne ubezpieczenie ³⁰
uprawnieni do świadczeń	płatnicy składki (pracownicy i ich rodziny)	wszyscy obywatele kraju		ubezpieczeni lub posiadający środki na zakup usług
dysponent funduszy	kasy chorych	rządowe lub samorządowe instytucje publiczne	rządowe i regionalne instytucje państwowe	ubezpieczeni, towarzystwo ubezpieczeniowe
„koszyk świadczeń“	wykluczenie niektórych usług (np. stomatologii, chirurgii plastycznej)	ogólny i bardzo szeroki określony publicznymi inwestycjami		bardzo szeroki (w zależności od rodzaju ubezpieczenia)
świadczeniodawcy	głównie prywatni	głównie publiczni	publiczni	publiczni i prywatni
współpłacenie	tak, za większość świadczeń	tak, marginalne	nie	tak
dostęp do świadczeń	wolny wybór świadczeniodawców	dostęp regulowany do kolejnych szczebli opieki	rejonizacja	wolny wybór
alokacja zasobów	stawki w kontraktach w mechanizmie administracyjno-negocjacyjnym, często jednolite dla całego kraju	zasady alokacji określone centralnie lub na poziomie regionalnym	zasady alokacji określone centralnie	zależna od ubezpieczyciela (towarzystwa stosują różne formy rozliczeń)
finansowanie	za usługę	kapitałowe oraz określone budżety (głównie dla szpitali)	wg systemów przeliczników infrastrukturalnych	za usługę
państwa stosujące (przykłady)	Niemcy, Francja, Belgia, Austria, Holandia, Japonia, Izrael	Wielka Brytania, Dania, Finlandia, Grecja, Hiszpania, Irlandia, Włochy, Kanada	ZSSR oraz państwa demokracji ludowej	USA

Źródło: opracowanie własne na podstawie: V. Siwińska i inni, *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i w wybranych państwach europejskich*, „Zdrowie Publiczne”, 2008, 118(3), s. 361 oraz J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2011, s. 21–26.

³⁰ W USA, które są najlepszym przykładem tego modelu wyjątkiem są programy Medicare, Medicaid i SCHIP (ubezpieczenia państwowe).

Polski system opieki zdrowotnej to system mieszany: budżetowo-ubezpieczeniowy, oparty na modelu ubezpieczeniowym Bismarcka³¹. Polega on na wprowadzeniu obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego odprowadzanego do NFZ przez ZUS i KRUS w wysokości 9% dochodów obywatela³². Składki zdrowotne gromadzone przez centralę NFZ są następnie rozdzielane pomiędzy wojewódzkie oddziały NFZ zgodnie z przyjętymi algorytmami, które są definiowane co roku przez rząd (sposób podziału tych środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ zgodny jest z zasadami określonymi w art.118 Ustawy z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)³³. Z kolei wojewódzkie oddziały NFZ zawierają kontrakty na świadczenia opieki zdrowotnej w swoim regionie. Dzięki czemu ubezpieczeni mają zapewniony dostęp do większości świadczeń, poza wyłączeniem niektórych usług np. chirurgii plastycznej (jest finansowana tylko w wybranych przypadkach). Problem ten dotyczy znaczącej liczby osób, gdyż według danych NFZ około 1,5 mln Polaków nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego (stan na marzec 2020)³⁴. Dla obywateli nie posiadających ubezpieczenia państwo zapewnia bezpłatny dostęp do usług medycznych. Do grupy tej należą: „nieubezpieczone dzieci, osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków w trakcie leczenia, nieubezpieczone kobiety w czasie ciąży i porodu, osoby z zaburzeniami psychicznymi w trakcie leczenia, więźniowie, bezdomni, rentierzy, osoby zakażone niektórymi chorobami”³⁵. Poza tym z budżetu państwa finansowane są świadczenia wysokospecjalistyczne, a także ratownictwo medyczne.

Oprócz obowiązkowego ubezpieczenia, wydatków budżetu państwa oraz budżetów JST do źródeł finansowania opieki zdrowotnej w Polsce należą: dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych czy współpłacenie, dotyczy to np. leków, przedmiotów ortopedycznych. Szczegółowy przepływ środków finansowych zobrazowano na rysunku 3. Warto także zaznaczyć, że zakład może uzyskiwać środki finansowe z odpłatnej działalności leczniczej (chyba że odrębne przepisy stanowią inaczej), z innej wydzielonej działalności, na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami, na pokrycie straty netto, a także z odsetek, darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej³⁶. Wydatki na ochronę zdrowia W Polsce zostały zawarte w tabeli 3.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż kwota wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce, w analizowanym okresie, z roku na rok wzrasta, przy czym stanowi także coraz mniej-

³¹ M. Paszkowska, *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, www.e-finanse.com, data dostępu: 22.03.2013.

³² www.zus.pl/pracujacy/ubezpieczenie-zdrowotne-w-polsce/wysokosc-skladki-na-ubezpieczenie-zdrowotne, data dostępu 22.03.2019.

³³ *Ustawa z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz.U. 2020 poz. 1398 art.118.

³⁴ <https://www.money.pl/ubezpieczenia/15-mln-polakow-bez-ubezpieczenia-zdrowotnego-ministerstwo-uspokaja-ws-koronawirusa-6489910352287873a.html>, dostęp: 2 listopad 2020.

³⁵ S. Golinowska (red.), *Zarys...*, op. cit., s. 95.

³⁶ *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, Dz.U. 2020 poz. 295, art.55.

szy udział w PKB. Tendencja ta w kolejnym roku sprawozdaniowym – 2012 była nadal widoczna: wydatki publiczne wynosiły 70 770 zł, co stanowiło 4,43% PKB, zaś prywatne 30 271 zł, czyli 1,9%³⁷. Warto przy tym nadmienić, że w kolejnych okresach tendencja ta nadal nie uległa zmianie: przykładowo w 2018 roku w Polsce wydatki na ochronę zdrowia wyniosły 6,3% PKB, przy czym wydatki publiczne stanowiły 4,54% PKB, przy czym warto zaznaczyć, że średnia wydatków na zdrowie dla krajów OECD to 8,8% Polska jest więc poniżej średniej, na 9 miejscu od końca³⁸.

Tabela 3. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2009–2011 i 2018 w Polsce (analizowany okres)

Wyszczególnienie	2009	2010	2011	2018
	mln zł	mln zł	mln zł	mln zł
Produkt Krajowy Brutto	1 344 383	1 416 392	1 528 127	2 115 242
Wydatki publiczne bieżące, w tym:	64 763 (4,82% PKB)	66 505 (4,70% PKB)	69 224 (4,53% PKB)	95977 (4,54% PKB)
z budżetu państwa	2 049	1 885	1 973	7891
jednostek samorządu terytorialnego (JST)	2 973	3 547	4 220	5490
funduszy ubezpieczeń społecznych	59 741	61 074	63 031	82595
Wydatki prywatne bieżące, w tym:	25 622	25 629	28 450	38267
bezpośrednie gospodarstw domowych	22 018	21 817	23 397	27413
inne wydatki prywatne	3 605	3 812	5052	10854

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: P. Łysoń (red.), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, s. 135, M. Żyra (red.), *Zdrowie i Ochrona zdrowia w 2013 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014, s. 127, <https://stat.gov.pl/sygnałne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2018-rok,283,7.html>.

Omawiając zasady działania systemu opieki zdrowotnej, warto także wspomnieć o metodach finansowania podmiotów tego systemu. W Polsce, w zależności od poziomu opieki oraz rodzaju świadczenia, stosowane są następujące mechanizmy: stawka kapitałowa, opłata za punkt, system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) oraz budżet³⁹. Warto zaznaczyć, iż wykaz świadczeń wraz z algorytmem ich rozliczania publikowany jest w Zarządzeniach Prezesa NFZ⁴⁰. Stawka kapitałowa to metoda finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, w której przypisuje się pewną stawkę na pacjenta zareje-

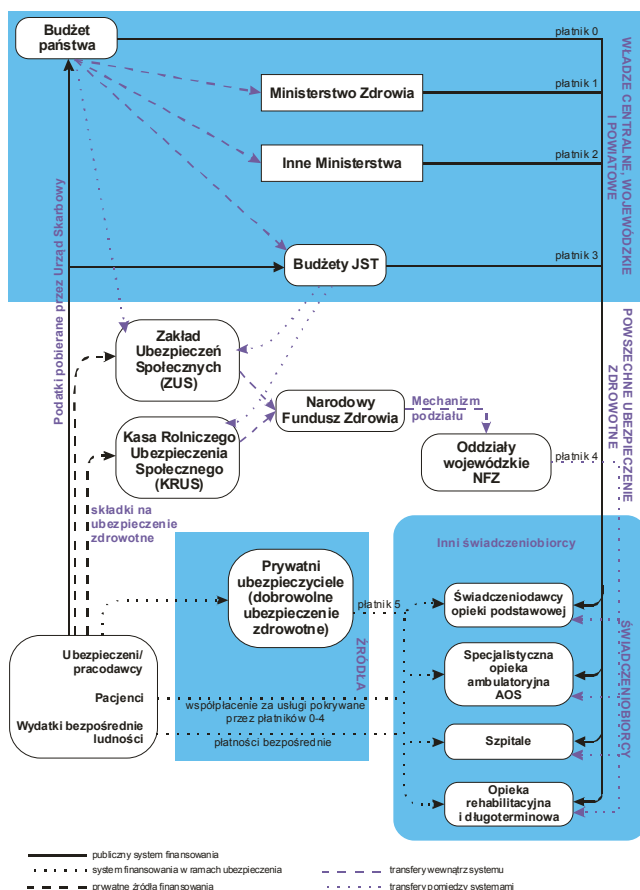
³⁷ M. Żyra (red.), *Zdrowie...*, op. cit., s. 127.

³⁸ <https://www.politykazdrowotna.com/51172,oeed-w-polsce-wydatki-na-zdrowie-to-63-proc-pkb-ile-standowia-wydatki-publiczne>, data dostępu: 18.03.2019.

³⁹ S. Golinowska (red.), *Zarys...*, op. cit., s.110–112.

⁴⁰ Np. Zarządzenie Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 29.11.2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne – świadczenia kompleksowe, Zarządzenie Nr 128/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 30 września 2019 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych; Zarządzenie Nr 45/2019/DSOZ

strowanego u lekarza rodzinnego, obejmującą zarówno koszty badań jak i przeprowadzonych konsultacji. Dla opieki stomatologicznej oraz świadczeń zdrowia publicznego przewidziana jest opłata za usługę (jednostkę chorobową), do której przypisana jest liczba punktów. Z kolei system JPG dotyczy przede wszystkim opieki szpitalnej (szerzej na ten temat w rozdziale 1.2). Bezpośrednio przez budżet finansowana jest opieka społeczna, wysokospecjalistyczne zabiegi oraz większość usług ratownictwa medycznego.



Rysunek 3. Przepływy finansowe w polskim systemie ochrony zdrowia

Źródło: S. Golinowska (red.), *Zarys ...*, op. cit., s. 95.

1.2. Szpital jako jednostka realizacji zadań w służbie zdrowia

Podając rozważania na temat roli szpitala w systemie opieki zdrowotnej należy wcześniej zdefiniować pojęcie samego szpitala. Ustawa o działalności leczniczej trak-

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 11 kwietnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie; itp.

tuje szpital, jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, który jest zarazem podmiotem leczniczym⁴¹. Jak zauważa Agnieszka Kister jest to definicja syntetyczna, a szpital publiczny to instytucja udzielająca świadczeń medycznych finansowanych głównie ze środków publicznych, czym można odróżnić go od szpitali niepublicznych⁴². W poprzedniej ustawie – ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z dn. 30 sierpnia 1991 r. pojęcie szpitala rozumiane było następująco: szpital to zakład opieki zdrowotnej⁴³, a więc jest to „wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia”⁴⁴ (akt prawny obowiązujący w czasie przeprowadzania przez autorkę badań w szpitalach publicznych). Szpital definiuje Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, określając go jako: „stacjonarny zakład opieki zdrowotnej, w którym udziela się całodobowych i całodziennych świadczeń zdrowotnych, posiadający oddziały szpitalne, pion diagnostyczny, zabiegowo-leczniczy i rehabilitacyjny oraz zaplecze techniczno-gospodarcze”⁴⁵. Opierając się na działaniach oraz zasobach posiadanych przez szpital, placówkę można zdefiniować jako tę, która „udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych. Zakres pojęciowy szpitala obejmuje zakład opieki zdrowotnej, który dysponuje następującymi strefami funkcjonalnymi: strefą oddziałów szpitalnych, diagnostyczną, zapobiegawczo-leczniczą i rehabilitacyjną oraz zapleczem techniczno-gospodarczym. Szpital zapewnia krótko – i długoterminową opiekę medyczną, składającą się z obserwacji i diagnostyki oraz leczenia i rehabilitacji osób po urazach, chorych lub podejrzanych o zachorowanie oraz kobiet w ciąży”⁴⁶.

W 2011 roku w Polsce funkcjonowało 853 szpitale z czego: 540 było szpitalami publicznymi dysponującymi 160483 łózkami, a 313 to jednostki prywatne posiadające 28513 łóżka⁴⁷ (w 2011 roku Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej umożliwiała podział szpitali na publiczne i prywatne). Poniższy wykres obejmuje lata 2000–2011, jednak warto podkreślić, że tendencja na nim przedstawiona oznaczająca stały wzrost udziału szpitali niepublicznych w ogólnej liczbie placówek jest nadal aktualna, przykładowo w roku 2015 liczba szpitali ogółem wynosiła 934 (w tym 540 publicznych i 394 niepublicznych⁴⁸). Należy wspomnieć także, że obecna tendencja zakłada zmniejszenie liczby szpitali publicznych, ze względu na coraz niższy wskaźnik wykorzystania łóżek. Wg. Raportu GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 roku” wskaźnik wykorzystania

⁴¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2020 poz. 295.

⁴² A. Kister, *Koszty niezgodności w doskonaleniu jakości zarządzania szpitalem publicznym*, Wyd. UMCS, Lublin 2018, s. 23.

⁴³ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. Dz.U.07.14.89, art. 2.

⁴⁴ *Ibidem* art.1.

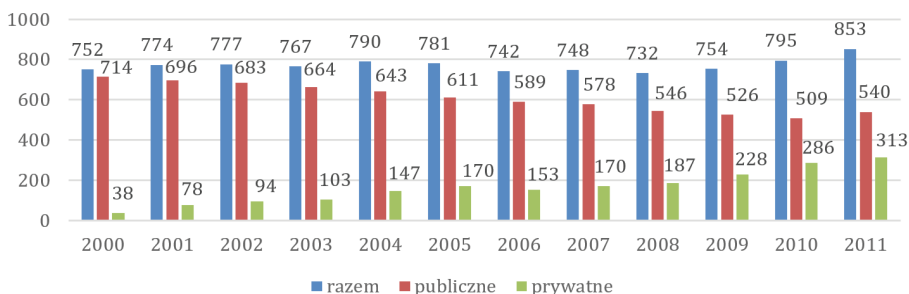
⁴⁵ M. Murkowski, A. Koronkiewicz (red.), *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1997.

⁴⁶ I. Witczak, *Ekonomika szpitala uwarunkowania, elementy, zasady*, CeDeWu, Warszawa 2009, s. 243–244.

⁴⁷ P. Łysoń (red.), *Zdrowie...*, op. cit., s. 232.

⁴⁸ http://www.szpitale.org/wp-content/uploads/2017/10/yt_statystyczny.pdf, data dostępu: 11.03.2019.

łóżek dla wszystkich szpitali w Polsce wyniósł 65,8 procenta lub inaczej 240 dni i było to o 2 dni mniej niż w 2016 roku i o 9 dni mniej niż w 2010 roku⁴⁹. Warto podkreślić, że w obecnej sytuacji – pandemii covid-19 wykorzystanie łóżek szpitalnych jest sprawą dynamiczną i właściwie z dnia na dzień ulegającą zmianom (zatem trudno jest obecnie nawiązywać do powyższego trendu, ponieważ szpitale funkcjonują w warunkach nadzwyczajnych).



Wykres 1. Liczba szpitali publicznych i niepublicznych w Polsce w latach 2000–2011.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: S. Golinowska (red.), *Zarys...*, op. cit., s. 115, H. Dmochowska (red.), *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2010*, Warszawa 2011, s. 366 oraz P. Łysoń (red.), *Zdrowie...*, op. cit., s. 232.

Organem założycielskim publicznego zakładu opieki zdrowotnej może być: jednostka samorządu terytorialnego, minister lub centralny organ administracji rządowej, w tym Ministerstwo Obrony Narodowej i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oraz publiczna uczelnia medyczna. Warto zaznaczyć, że stosownie do art. 6 ust. *Ustawy o działalności leczniczej*, uczelnie medyczne mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółek kapitałowych⁵⁰. Ponadto szpital kliniczny, jak każdy inny podmiot leczniczy, udziela świadczeń zdrowotnych. Jednak tym, co go odróżnia od innych jednostek w systemie ochrony zdrowia, jest obowiązek realizacji zadań dydaktycznych, polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażania nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 89 ust. 1 *Ustawy o działalności leczniczej*).

Liczbę jednostek szpitalnych w Polsce w 2011 roku, z uwzględnieniem podziału na organ założycielski, przedstawiono w tabeli nr 4.

⁴⁹ <https://medycynaprywatna.pl/raport-spada-wskaznik-wykorzystania-lozek-szpitalnych>, data dostępu: 5.03.2019.

⁵⁰ Głównymi aktami prawnymi regulującymi działalność szpitali klinicznych są: *Ustawa o działalności leczniczej*, w tym w szczególności regulacje szczególne dotyczące działalności leczniczej obejmującej realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia zawarte w art. 89–92; *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*; *Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym* z 27 lipca 2005 r. 11 Dz.U.2020.85 oraz inne obowiązujące przepisy, mające zastosowanie w związku z organizacją i działalnością szpitali klinicznych, np. *Ustawa o finansach publicznych*, *Ustawa Prawo zamówień publicznych* czy *Ustawa z 29 września 1994 r. o rachunkowości*, a także statut nadany przez senat uczelni oraz regulamin organizacyjny.

Tabela 4. Szpitale ogólne publiczne wg organu tworzącego w 2011 roku

Organ założycielski	Liczba szpitali	%
Jednostki samorządu terytorialnego	440	81,5
Minister lub centralny organ administracji rządowej (bez MON i MSW)	18	3,5
Publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność naukową i dydaktyczną w dziedzinie nauk medycznych	43	8
Ministerstwo Obrony Narodowej (MON)	17	3
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (MSW)	22	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie P. Łysoń (red.), *Zdrowie...*, op. cit., s. 232.

Warto także wspomnieć, że to właśnie organ założycielski jest przyczyną niezwykłego i niespotykanego w innych dziedzinach gospodarki statusu prawnego szpitala⁵¹. Wynika to z faktu, iż samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej posiada osobowość prawną, zaś rola organu założycielskiego sprowadza się tylko do funkcji nadzorczej. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji zadłużenia. Szpital nie ma zdolności upadłościowej, a jego wynik nie jest konsolidowany z wynikiem finansowym organu założycielskiego. Dlatego też dopóki nie zostanie zlikwidowany dług wykazywany jest tylko w jego bilansie i zestawieniu długu publicznego Ministerstwa Finansów⁵². Stan taki oraz przejmowanie zadłużenia przez organ założycielski po likwidacji jednostki pośrednio wpływają na wzrost zadłużenia szpitali, gdyż uniemożliwiają eliminowanie niesprawnych organizacji na drodze autoregulacji⁵³.

Podziału szpitali publicznych można dokonać także na podstawie poziomu referencyjności. Kryterium to zostało wprowadzone w 1999 roku „Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych” z dn. 22 grudnia 1998 r. (weszło w życie 1 stycznia 1999r.).

Rozporządzenie to dzieliło szpitale publiczne na trzy poziomy referencyjne⁵⁴:

- I. Szpitale udzielające świadczeń w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z anestezjologii i intensywnej terapii (zazwyczaj organem założycielskim były powiatowe JST);
- II. Szpitale wojewódzkie, udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z anestezjologii i intensywnej terapii oraz w co najmniej czterech z następujących specjalności: kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurologii, chirurgii

⁵¹ B. Zacharski, *Błąd systemowy przyczyną zadłużenia szpitali*, [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Dylematy zarządzania*, Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006, s. 117.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych z dn. 22 grudnia 1998 r., §2–§4.

dziecięcej i chirurgii onkologicznej (dla większości szpitali tego poziomu organem założycielskim były wojewódzkie JST);

III. Szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowe podległe Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej (organ założycielski przeważnie uczelnia lub ministerstwo).

Podział szpitali publicznych ze względu na przynależność do poziomu referencyjnego obowiązywał do 2003 roku. Warto jednak podkreślić, że nieoficjalnie nadal ta klasyfikacja funkcjonuje zwłaszcza przy kontraktowaniu usług z zakresu intensywnej terapii, neonatologii, ginekologii i położnictwa⁵⁵. Ponadto, w wymienionych dziedzinach, na udzielenie świadczeń wysokospecjalistycznych uprawnienia mają tylko szpitale posiadające III poziom referencyjności. Należy jednak zaznaczyć, że 13 kwietnia 2017 roku Prezydent RP podpisał *ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, która wprowadza system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tak zwaną sieć szpitali. Sieć szpitali obowiązuje od 1 października 2017 roku i znacząco zmienia zasady finansowania świadczeń w ramach leczenia szpitalnego, a częściowo również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Warto również wspomnieć o podziale szpitali związanym z pandemią covid-19. Od 16 marca wprowadzono tzw. szpitale jednoimienne, które miały zajmować się wyłącznie chorymi zakażonymi koronawirusem SARS-CoV-2 – w wykazie MZ znalazło się w Polsce 21 takich placówek⁵⁶.

Z kolei od 15 września 2020 roku, w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem covid-19, szpitale zakażne można podzielić na⁵⁷:

- szpitale na poziomie I – posiadające łóżka dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2;
- szpitale na poziomie II – mające łóżka dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej;
- szpitale na poziomie III – realizujące świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w zakresach wskazanych w poleceniu (szpitale wielospecjalistyczne posiadające m.in. oddziały: internistyczny i chorób zakaźnych, chirurgii ogólnej, położnictwa i neonatologii, kardiologiczny, intensywnej terapii, ortopedyczny⁵⁸).

⁵⁵ S. Golinowska (red.), *Zarys...*, op. cit. s. 150.

⁵⁶ <https://pulsmedycyny.pl/lista-19-szpitali-przekształcanych-na-zakazne-do-walki-z-covid-19-985029>, data dostępu: 3.11.2020.

⁵⁷ Zarządzenie nr 140/2020/dsoz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 września 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem covid-19.

⁵⁸ Ustawa z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2020 poz. 1639.

Poza wymienionymi powyżej podziałami, szpitale mogą być także klasyfikowane wg:

- wielkości (określonej za pomocą liczby łóżek np.: <50, 50–150, 151–250, 251–500, >500);
- zasięgu terytorialnego (gminne, powiatowe, wojewódzkie, ponad wojewódzkie),
- rodzaju grup pacjentów (psychiatryczne, wojskowe, przemysłowe, polowe, uzdrowiskowe);
- zakresu oferowanych świadczeń (ogólne lub specjalistyczne, tj.: psychiatryczne, zakłady dla osób uzależnionych, szpitale zakaźne⁵⁹).

Szpitale to jeden z najważniejszych elementów systemu opieki zdrowotnej. W Polsce ustawodawca określił zadanie stawiane przed szpitalem, którym jest wykonywanie działalności leczniczej w rodzaju świadczenia szpitalne. Z kolei poprzez świadczenie szpitalne należy rozumieć: „wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin”⁶⁰.

W polskim systemie opieki zdrowotnej pierwszym ogniwem realizującym powyższe zadania jest opieka przedszpitalna, tj. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze specjaliści. To oni wydają skierowanie na leczenie szpitalne, które jest kolejnym etapem działalności leczniczej. Wówczas pacjent ma prawo wyboru konkretnego szpitala (w Polsce rejonizacja obowiązywała w poprzednim systemie politycznym), w którym wpisywany jest na kolejkę oczekujących. Wyjątkiem są „stany nagłe”, kiedy to pacjent przyjmowany jest do szpitala bezpośrednio przez szpitalny oddział ratunkowy.

Finansowanie usług szpitalnych oparte jest na systemie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). System ten wprowadzony został na mocy Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 r. „W sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne”. Jednorodna Grupa Pacjentów to wyodrębniona kategoria hospitalizacji, która posiada swoją nazwę, kod oraz charakterystykę składającą się z procedury medycznej, rozpoznania, wieku pacjenta oraz czasu pobytu w szpitalu⁶¹. Podstawą rozliczenia usługi jest tzw. taryfa, czyli „ilo-czyn wartości punktowej jednorodnej grupy pacjentów oraz stawki za punkt wyrażonej w złotych, ustalonej podczas negocjacji płatnika ze świadczeniodawcami”⁶². Obecne warunki umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej to: *Rozporządzenie* Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniające *rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* oraz Zarządzenie nr 45/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 11 kwietnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowa-

⁵⁹ Podział wynikający z Polskiej Klasyfikacji Działalności 86.10.Z.

⁶⁰ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2020 r. poz. 295, art. 2.1.

⁶¹ D. Gilewski, *Jednorodne Grupy Pacjentów Podstawy Systemu*, NFZ 2010, s. 5.

⁶² *Ibidem*.

ne odrębnie. Ponadto ustawodawca w tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych, jasno określa jakie świadczenia przysługują świadczeniobiorcy⁶³.

Wyjątkiem w tym systemie są świadczenia, których nie można sparametryzować oraz świadczenia sumowane, będące elementem kompleksowej usługi, np. żywienie dojelitowe. Odrębną formę finansowania mają także usługi medyczne dotyczące anestezjologii i intensywnej terapii, świadczenia udzielane w izbie przyjęć i oddziale ratunkowym. Warto także dodać, iż leki podawane pacjentom w ramach leczenia szpitalnego rozliczane są również wg JGP lub z innych programów, przy czym nie jest konieczne współpłacenie jak w przypadku opieki ambulatoryjnej.

1.3. Otoczenie szpitali

Samodzielny zakład opieki zdrowotnej, jak każda organizacja, funkcjonuje w stale zmieniającym się otoczeniu. To otoczenie wywiera na niego wpływ, powodując tym samym konieczność dostosowania się do nowych warunków.

Otoczenie szpitala można usystematyzować według następującej skali⁶⁴:

- I stopień – system, w ramach, którego szpital funkcjonuje (wyróżnić można szpitale jednosystemowe lub kilkusystemowe),
- II stopień – miejscowość wraz z problemami ludności i zdrowia,
- III stopień – region czy województwo,
- IV stopień – kraj, w którym szpital funkcjonuje,
- V stopień – Wspólnota Europejska,
- VI stopień – otoczenie globalne.

Klasycznym podziałem otoczenia organizacji jest makrootoczenie (dalsze) oraz mikrootoczenie (bliższe). Do czynników otoczenia dalszego szpitala należą⁶⁵:

- czynniki demograficzne, np. długość trwania życia, tempo przyrostu naturalnego, wielkość i struktura populacji;
- czynniki społeczno-kulturowe, np. poziom wykształcenia i świadomości społeczeństwa, normy etyczne, tradycje, spadek zaufania społecznego;
- czynniki ekonomiczne, tj. produkt krajowy brutto, dochód narodowy, nakłady na służbę zdrowia, stopy procentowe, zarobki ludności, wzrost konkurencji, globalizacja usług, niewydolny system finansowania opieki zdrowotnej;
- czynniki polityczno-prawne, np. ingerencja organów Państwa w sferę gospodarowania, zmieniające się uregulowania prawne, monopolistyczna pozycja NFZ;
- czynniki technologiczne tzn. szybki rozwój technologii i sprzętu medycznego, nowe specjalizacje.

⁶³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U.z 2020 r. poz.1398. art 15.

⁶⁴ M. Durlak, *Zarządzanie w służbie zdrowia organizacja procesowa i zarządzanie wiedzą*, Wyd. Placet, Warszawa 2008, s. 27–28.

⁶⁵ A. Szewczuk, M. Ziolo, *Zarys ekonomiki sektora publicznego*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2008, s. 346–347.

Ważnym elementem tego otoczenia jest również środowisko międzynarodowe. Do głównych jego składników można zaliczyć: fundusze unijne oraz środki pochodzące z innych międzynarodowych instytucji finansujących, migracja personelu medycznego oraz pacjentów czy też regulacje światowych organizacji na rzecz zdrowia i jego promocji. Otoczenie dalsze wraz z czynnikami determinującymi poszczególne grupy czynników dla zakładów opieki zdrowotnej przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Makrootoczenie oraz przykładowe jego czynniki dla zakładów opieki zdrowotnej

Otoczenie	Przykładowe czynniki
Ekonomiczne	- niewystarczające nakłady na służbę zdrowia, - zbyt niskie nakłady na personel medyczny i pomocniczy, - niedoszacowana wycena świadczeń medycznych, - nikłe ryzyko upadłości w przypadku złych wyników finansowych.
Technologiczne	- szybki rozwój usług wyspecjalizowanych, - rozwój technologiczny sprzętu medycznego, - pojawienie się technologii wpływających na długość życia, - brak środków na nowoczesne technologie, - niewystarczające zaplecze technologiczne.
Społeczne	- odejście od państwa opiekuńczego, - zmiana polityki prorodzinnej, - zmiana stylu życia, - wzrost znaczenia związków zawodowych.
Demograficzne	- wydłużenie długości życia społeczeństwa, - spadek przyrostu naturalnego, - społeczeństwo starzejące się.
Polityczno-prawne	- monopolistyczna pozycja NFZ, - nieefektywne rozwiązania systemowe, - brak możliwości funkcjonowania szpitali publicznych na zasadach przedsiębiorstwa rynkowego.
Międzynarodowe	- migracja personelu medycznego i pacjentów, - wsparcie finansowe ze środków unijnych oraz innych organizacji finansujących, - regulacje dotyczące zdrowia i jego promocji.

Źródło: Opracowanie na podstawie: A. Sitko-Lutek, E. Pawłowska, *Zarządzanie kompetencjami publicznych zakładów opieki zdrowotnej poprzez doskonalenie kapitału społecznego*, „Organizacja i Zarządzanie” Gliwice 2011, nr 3(15), s. 46–47, E. Pawłowska, A. Sitko-Lutek, *Jakość usług medycznych na przykładzie publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej*, „Problemy jakości”, 2011/9, s. 27.

Otoczenie bliższe stanowią podmioty bezpośrednio związane z funkcjonowaniem zakładu opieki zdrowotnej. Do mikrootoczenia szpitala można zaliczyć głównych jego interesariuszy (stakeholders), czyli „jednostki czy też grupy, które mają realny wpływ na działanie danej organizacji przy jednoczesnym zainteresowaniu konkretną sytuacją

związaną z tą organizacją⁶⁶. Główne grupy interesu w zakładzie opieki zdrowotnej to: pacjenci i ich rodziny, pracownicy i związki zawodowe, właściciele i organy założycielskie, płatnicy świadczeń (Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia czy prywatni ubezpieczyciele), organy kontrolne (Sanepid, PIP), organy administracji publicznej kształtujące politykę zdrowotną (np. Ministerstwo Zdrowia, wojewoda), dostawcy leków, materiałów, sprzętu i aparatury medycznej, usługodawcy współpracujący ze szpitalem (media, transport, energia, partnerzy outsourcingowi), instytucje finansowe (kredytodawcy, ubezpieczyciele), konkurenci (zakłady publiczne oraz niepubliczne) media oraz społeczność lokalna⁶⁷.

W zakładzie opieki zdrowotnej można wyróżnić grupy interesariuszy, które mają szczególnie duży wpływ na funkcjonowanie organizacji oraz na odnoszenie przez nią sukcesu (tabela 6).

Tabela 6. Główne grupy interesariuszy szpitala

Interesariusze o dużym znaczeniu dla organizacji	
ze słabym wpływem na wyniki	z dużym wpływem na sukces
• pacjenci i ich rodziny, • władze samorządowe, • związki zawodowe, • średni personel pomocniczy i techniczny, • firmy farmaceutyczne, • instytucje udzielające akredytacji i certyfikujące, • media, • banki i instytucje finansowe.	• kadra zarządzająca, • organ założycielski, • Rada Społeczna, • Ministerstwa, • NFZ, • personel medyczny, • personel administracyjny.

Źródło: A. Adamus-Matuszyńska, K. Burda-Świerz, M. Wronka, *Budowanie relacji instytucji ochrony zdrowia z interesariuszami. Omówienie wyników badań*, [w:] A. Frąckiewicz-Wronka (red.), *Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną*, Wyd. „Śląsk”, Katowice 2012, s. 216.

Według badań przeprowadzonych przez Annę Adamus-Matuszyńską (i innych) interesariuszami mającymi największy wpływ i znaczenie dla podmiotu leczniczego opieki zdrowotnej są: organ założycielski oraz Narodowy Fundusz Zdrowia⁶⁸. Najważniejsze oczekiwania organu założycielskiego wobec szpitala mogą dotyczyć: „wysokiego bezpieczeństwa i standardu świadczonych usług medycznych, zabezpieczenia realizacji świadczeń na danym terenie, stabilnej sytuacji finansowej, realizacji celów statutowych czy dbałości o wizerunek organizacji”⁶⁹. Z kolei główne oczekiwania NFZ to⁷⁰:

⁶⁶ A. Atkinson, J. H. Waterhouse, R. B. Wells, *A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement*, „Sloan Management Review”, Sprig 1997, s. 27.

⁶⁷ M. Hass-Symotiuk, *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 188.

⁶⁸ A. Adamus-Matuszyńska, K. Burda-Świerz, M. Wronka, *Op. cit.*, s. 213.

⁶⁹ *Ibidem.*, s. 206.

⁷⁰ Z. Orzeł, *Benchmarking – metoda oceny efektywności działalności szpitala*, [w:] G. Moroz, Z. Orzeł (red.), *Prowadzenie działalności leczniczej. Zakłady opieki zdrowotnej, praktyki lekarskie i pielęgnarskie oraz inne*

- zakup jak największej liczby świadczeń przy jak najniższym poziomie ich ceny,
- zabezpieczenie pożądanej jakości świadczeń wraz ze stosowaniem przez świadczeniodawców odpowiednich technologii i procedur medycznych,
- zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego.

Z punktu widzenia szpitala, jako jednostki realizującej świadczenia, powyższe cele określają postawę NFZ w zakresie kontraktowania oraz rozliczania wykonanych świadczeń zdrowotnych. Warto przy tym zaznaczyć, że NFZ to instytucja nie tylko funkcjonująca jako płatnik, ale również jako organ kontrolny monitorujący prawidłowość rozliczeń umów, dostęp do usług oraz jakość świadczonych usług⁷¹

Kolejną grupą mającą duży wpływ na osiągnięcie sukcesu przez organizację są jej pracownicy – zarówno kadra zarządzająca jak i personel medyczny i pomocniczy. To ich „kompetencje i zaangażowanie stanowią unikalną jakość kapitału każdego przedsiębiorstwa”⁷². Słowa te nabierają szczególnego znaczenia w szpitalu, w którym od profesjonalizmu w postaci posiadanej wiedzy, umiejętności czy doświadczenia poszczególnych pracowników zależy jakość oferowanej usługi. Do głównych celów pracowników można zaliczyć: satysfakcjonujące wynagrodzenie, stabilność zatrudnienia, bezpieczeństwo pracy, dostęp do nowych technologii i metod leczenia oraz możliwość rozwoju osobistego.

Omawiając najważniejsze grupy interesariuszy, nie można pominąć pacjentów i ich rodzin. Co prawda, grupa ta nie ma bezpośrednich, silnych wpływów na wyniki osiągane przez organizację, jednak to pacjenci determinują jej istnienie⁷³ oraz działania pro jakościowe podejmowane przez jednostkę⁷⁴. To oni są grupą docelową jednostek medycznych, dlatego też spełnienie ich oczekiwań ma ogromny wpływ na pozycję konkurencyjną danej jednostki. Wpływ na zadowolenie pacjentów mają przykładowe czynniki: dostępność, kompleksowość oraz wysoka jakość usług, fachowa i miła obsługa, odpowiednia infrastruktura jak, np.: wyposażenie w nowoczesny sprzęt i aparaturę, czystość, funkcjonalność, atrakcyjność wizualna oddziałów itp.⁷⁵ Znaczenie zadowolenia pacjentów podkreśla fakt, iż w większości zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej przeprowadzone są ankiety satysfakcji pacjentów, których wyniki pomagają w doskonaleniu jakości świadczonych przez szpital usług.

podmioty w świetle ustawy o działalności leczniczej, Wyd. C. H. Beck, Warszawa 2012, s. 313.

⁷¹ N. Pihowicz, A. Augustynowicz, A. Łukasik, K. Tarkowski, A. Kister, M. Zdybała, A. Wdowiak, *National Health Fund control activities over the provision of dental services*, „European Journal of Medical Technologies”, 1 (22) 2019, p. 17.

⁷² A. Sitko-Lutek, *Nowy paradygmat doskonalenia menedżerów*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, 2006, nr 3–4, s. 66.

⁷³ Oczywiście w dobie dużo wyższego popytu nad podażą usług medycznych ten czynnik jest również bardzo ograniczony.

⁷⁴ J. Stępniewski, P. Karnej, M. Kęsy (red.), *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 513–515.

⁷⁵ A. Rosiek, K. Leksowski, *Infrastruktura szpitala, a satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego*, Materiały XVI Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej”, Kraków 2012, s. 83.

Pozostałe wymienione grupy interesariuszy w różnym stopniu mają wpływ na działania podejmowane w zakładach opieki zdrowotnej. Niemniej jednak, chcąc właściwie zarządzać placówką publiczną, należy zwrócić uwagę na oczekiwania interesariuszy, zwłaszcza tych kluczowych. Jest to rezultatem specyfiki szpitala jako organizacji publicznej, którego cele działania wynikają z konieczności osiągania określonych celów społecznych⁷⁶, powiązanych z potrzebami głównych grup interesariuszy.

1.4. Zarządzanie organizacjami służby zdrowia

Organizacja to system powiązanych ze sobą zasobów takich, jak: ludzie i ich wiedza, zasoby rzeczowe, informacyjne i finansowe. Wyróżnione powyżej elementy są składowymi każdej organizacji, jednakże poza tym wspólnym mianownikiem, różnorodność funkcjonujących w gospodarce organizacji sprawia, że można dokonać ich podziału według wielu kryteriów.

Klasyfikację, opartą na motywach powstania organizacji, proponuje Barbara Kozuch, która wyróżnia organizacje⁷⁷:

- publiczne, których celem jest zaspokojenie potrzeb zbiorowych obywateli;
- biznesowe (komercyjne) utworzone w celu osiągania zysku przez właściciela;
- społeczne (non-profit, pozarządowe) nastawione na dobro wspólne, a nie na zysk, służące zaspokajaniu potrzeb określonych grup ludności.

Z kolei organizacje, które nie są nastawione na zysk pod względem organu powoławczego, można podzielić na organizacje publiczne i prywatne (pozarządowe)⁷⁸. Organizacje publiczne tworzone są z inicjatywy administracji państwowej, czy też jednostki samorządu terytorialnego w celu świadczenia usług na rzecz społeczeństwa, a źródłem ich finansowania są środki publiczne⁷⁹. Przykładem tego rodzaju organizacji są: publiczne zakłady opieki zdrowotnej, publiczne szkoły i ośrodki naukowe, organizacje administracji państwowej, wymiar sprawiedliwości, pomoc społeczna, obrona narodowa i wiele innych. Drugi rodzaj organizacji nie nastawionych na zysk, jednak powołanych w wyniku inicjatywy obywatelskiej niezależnie od administracji państwowej, są organizacje pozarządowe. Zwyczajowo nazywane są trzecim sektorem, który podobnie jak organizacje publiczne działa w interesie publicznym i tak, jak sektor prywatny powstaje z inicjatywy ich założycieli, czyli prywatnych osób.

Z przyjętej formy własności wynikają różnice w sposobie funkcjonowania pomiędzy organizacją publiczną i prywatną. W poniższej tabeli przedstawiono te rozbieżności na przykładzie zakładu opieki zdrowotnej publicznego i prywatnego.

⁷⁶ A. Kozina, M. J. Wronka, *Wykorzystanie analizy interesariuszy do zarządzania publiczną jednostką ochrony zdrowia*, [w:] J. Gołuchowski, A. Frąckiewicz-Wronka (red.), *Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym '08 Konwersja wiedzy*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2008, s. 313.

⁷⁷ B. Kozuch, *Skuteczne współdziałanie organizacji publicznych i pozarządowych*, Monografie i Studia Instytutu Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011, s. 13.

⁷⁸ W. Kowalczewski, *Zarządzanie organizacjami w teorii i praktyce*, Difin, Warszawa 2008, s. 77.

⁷⁹ *Ibidem*.

Tabela 7. Wybrane różnice pomiędzy publicznym i prywatnym podmiotem leczniczym

Kryterium wyróżniające	Publiczny podmiot leczniczy	Niepubliczny podmiot leczniczy
Organ założycielski	jednostka administracji państwowej lub samorządowej	właściciel (osoba prywatna)
Nadzór właścicielski	upolityczniony	sprofesjonalizowany (procedury określone w kodeksie spółek handlowych)
Organy zarządzające	kierownik jednostki – dyrektor (+rada społeczna jako organ doradczy)	Zarząd lub kierownik jednostki,
Działania	interes publiczny	efektywność ekonomiczna
Cele	zmienne i złożone, dominuje pryzmat równości	jasne i uzgodnione, dominuje pryzmat wydajności
Struktura organizacyjna	silnie zbiurokratyzowana	dowolna
Odpowiedzialność Jaka? Kto odpowiada?	polityczna, rozmyta między kierownictwo i organ założycielski	karna, zarząd lub kierownik jednostki (gospodarka mieniem, zobowiązania finansowe, podjęte decyzje)
Ważne decyzje	mała autonomia podejmowania decyzji przez kierownika jednostki czasochłonne procedury (zaangażowanie władz zewnętrznych i grup interesu)	Zarząd lub kierownik jednostki
Elastyczność działania	ograniczona (wiele procedur wymaga zgody organu założycielskiego)	duża
Innowacyjność	średnia (ograniczone możliwości finansowania)	wysoka
Ujemny wynik finansowy	pokrywa we własnym zakresie stratę netto w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1. (Dz.U.2020.295) ujemny wynik finansowy nie jest jednoznaczny z likwidacją zakładu jednak konieczne są zmiana formy organizacyjno-prawnej, sporządzenie programu naprawczego)	ujemny wynik finansowy (spółka pokrywa z majątku, może)wnieść aport) upadłość (w przypadku niewypłacalności)
Nowoczesne metody/koncepcje zarządzania	stosowane w mniejszym stopniu, liczne ograniczenia (zarówno systemowe, finansowe i ludzkie).	częściej stosowane, właściwie bez ograniczeń
Odpowiedzialność kierownika za naruszenie dyscypliny finansowej	przed komisją dyscypliny finansów publicznych oraz odpowiedzialność polityczna	karna
Obsadzanie stanowisk pracy	kryterium – społeczne zaufanie (konieczność konsultowania obsadzania stanowisk kierowniczych ze związkami zawodowymi, konkurs na stanowisko ordynatora ⁸¹)	kryterium – efektywność zarządzania

c.d. Tabela 7. Wybrane różnice pomiędzy publicznym i prywatnym podmiotem leczniczym

Kryterium wyróżniające	Publiczny podmiot leczniczy	Niepubliczny podmiot leczniczy
Polityka płacowa	uzależniona od zapisów ustawowych i rozporządzeń ministra główne kryterium: kwalifikacje oraz staż pracy	oparta na kodeksie pracy główne kryterium: kwalifikacje
Polityka płacowa	uzależniona od zapisów ustawowych i rozporządzeń ministra główne kryterium: kwalifikacje oraz staż pracy	oparta na kodeksie pracy główne kryterium: kwalifikacje
Główne czynniki motywacji pracowników	pozafinansowe np. bezpieczeństwo zatrudnienia, możliwości rozwoju, prestiż	głównie finansowe
Kadra zarządzająca	częsta wymiana zależna od preferencji organu tworzącego	fluktuacja zależna od wyników
Oddziaływanie otoczenia	intensywnie oddziałujące duży wpływ i złożoność otoczenia politycznego (konieczność poszukiwania poparcia)	intensywnie oddziałujące jak w innych organizacjach prywatnych (mniejsze znaczenie otoczenia politycznego)
Konkurencja/kooperacja	oczekiwana współpraca między organizacjami świadczącymi daną usługę	konkurencja między organizacjami świadczącymi daną usługę

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Perechuda, M. Kowalewski (red.), *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 24–26; A. Frąckiewicz-Wronka, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 35–36, A. Frąckiewicz-Wronka, T. Holecki, A. Austen-Tynda, *Władza i podejmowanie decyzji w sektorze publicznym*, [w:] A. Frąckiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2009, s. 148–149, Ł. Sułkowski, R. Seliga (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012, s. 232–233 oraz S. Dorgan (i inni), *Management in Healthcare: Why good practice really matters?*, LSE Centre for Economic Performance, London 2010, p. 19.

Przedstawione w tabeli różnice ukazują specyfikę funkcjonowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W literaturze przedmiotu szpital publiczny określany jest jako quasi-przedsiębiorstwo, które świadcząc usługi zdrowotne, produkuje dobra publiczne, jednakże w przeciwieństwie do przedsiębiorstw, nie ponosi odpowiedzialności za wyniki finansowe, w tym zadłużenie⁸¹. Placówek tego typu, czy reguł ich działania nie można porównać z zasadami funkcjonowania innych organizacji. Wynika to z faktu, iż w przeciwieństwie do przedsiębiorstw rynkowych nastawionych na zysk, głównym celem szpitala jest podnoszenie jakości oraz dostępności oferowanych świadczeń, a nie generowanie zysku⁸².

⁸⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

⁸¹ A. Krawczyk-Sołtys, *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych. Identyfikacja poziomu i kierunki doskonalenia*, Wyd. Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2013, s. 167.

⁸² I. Kowalska, *Odpowiedzialność publiczna oraz dostępne mechanizmy realizowania polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 2005, t. 3, s. 35.

Zarządzający szpitalem mają również ograniczony wpływ na rentowność jego działań, co wynika z trzech, głównych przesłanek⁸³:

- znikomy wpływ na wysokość przychodów, które warunkuje NFZ,
- brak możliwości odmowy leczenia „nierentownych” przypadków,
- ograniczone możliwości uzyskania dodatkowych przychodów.

Ponadto do podstawowych różnic dotyczących zarządzania taką placówką zaliczyć można⁸⁴:

- pracę wymagającą zróżnicowanej, kompleksowej i specjalistycznej wiedzy,
- pilny charakter większości działań,
- trudną kontrolę pod względem organizacyjnym i kierowniczym pracowników-specjalistów, np. lekarzy,
- duży stopień koordynacji działań między różnymi grupami specjalistów,
- trudności w normowaniu i pomiarze wyników pracy, wynikające z jej kompleksowości,
- małą tolerancję błędów,
- lojalność specjalistów bardziej wobec grupy zawodowej, niż samej organizacji,
- podwójne podporządkowanie służbowe – administracyjne i kliniczne (w niektórych jednostkach).

Powyżej wymienione, przykładowe różnice powodują także rozbieżności w sposobie zarządzania organizacjami tego typu. Rozwiązania wypracowywane od lat w biznesie mogą zostać przeniesione na grunt zarządzania szpitalem publicznym, jednakże zabieg ten wymaga uwzględnienia tychże różnic.

Zarządzanie szpitalem publicznym oparte jest na paradygmatach wypracowanych w przedsiębiorstwach. Na podstawie doniesień literatury przedmiotu można stwierdzić, że „kluczowe procesy zarządzania organizacją publiczną nie odbiegają zbytnio od logiki zarządzania w sektorze prywatnym”⁸⁵. Zgodnie z najbardziej rozpowszechnioną definicją Rickiego Griffina zarządzanie to: „zestaw działań (obejmujący planowanie i podejmowanie decyzji, organizowanie, przewożenie i kontrolowanie) skierowanych na zasoby organizacji (ludzkie, finansowe, rzeczowe i informacyjne) i wykonywanych z zamiarem osiągnięcia celów organizacji w sposób sprawny i skuteczny”⁸⁶. Sprawność, w tym rozumieniu, oznacza racjonalne gospodarowanie zasobami, a więc realizację założonych celów bez marnotrawstwa, natomiast skuteczność to właśnie osiągnięcie tych celów. Podobne zestawienie funkcji, ale określonych ściśle dla zakładów opieki zdrowotnej, prezentuje Stephen Shortell i Arnold Kałużny. Zdaniem Autorów główne zadania zarządzających organizacjami medycznymi to: motywowanie oraz prowadzenie ludzi

⁸³ G. K. Świdarska (red.), *Rachunek kosztów w Zakładzie Opieki Zdrowotnej. Podręcznik*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2013, s. 150.

⁸⁴ A. Krawczyk-Sołtys, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 166.

⁸⁵ A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie...*, op. cit., s. 32.

⁸⁶ R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 6.

i grupy, zarządzanie systemem technicznym, przekształcanie organizacji oraz planowanie na przyszłość⁸⁷ (rysunek 4).



Rysunek 4. Zadania zarządzających organizacjami medycznymi

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: S. M.Shortell, A. D. Kaluzny, *Podstawy...*, op cit., s. 44.

Pierwsza funkcja zarządzania to planowanie i podejmowanie decyzji. Planowanie polega na wyznaczeniu celów i sposobów ich realizacji. Warto przy tym zwrócić uwagę na szczególną rolę państwa jako podmiotu definiującego, a więc podejmującego działania w zakresie planowania, jakie potrzeby i na jakich zasadach będą zaspokajane ze środków publicznych⁸⁸. Menedżerowie szpitala muszą respektować te ustalenia i na tej podstawie tworzyć plany ich realizacji. Warto przy tym zaznaczyć, że plany zakładów opieki zdrowotnej powinny: dążyć do poprawy stanu istniejącego, być realistyczne i oparte na posiadanych zasobach, być usystematyzowane z planów dalekiego zasięgu na operacyjne oraz być podstawą dla funkcjonowania całego szpitala⁸⁹.

W publicznych placówkach służby zdrowia planowanie gospodarcze obejmuje⁹⁰:

- planowanie rzeczowe – dotyczy planowania sprzedaży usług medycznych, ich wykonywania, remontów, zaopatrzenia, inwestycji, rozwoju technologii i metod leczniczych czy zatrudnienia;
- planowanie kosztów w układzie kalkulacyjnym, rodzajowym czy zależnie od miejsca ich powstawania;
- planowanie finansowe obejmujące, np. planowanie wyniku finansowego, przepływów pieniężnych, majątku i funduszy zakładu.

Planowanie to kreowanie przyszłości, także tej dość odległej, poprzez określenie polityki strategicznej organizacji w zakresie przyszłych celów i sposobów ich realizacji. Planowanie strategiczne z kolei jest podstawą zarządzania strategicznego, które pozwala

⁸⁷ S. M. Shortell, A. D. Kaluzny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, s. 44.

⁸⁸ A. Frączkiewicz-Wronka, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 90.

⁸⁹ R. Schulz, A. C. Johnson, *Management of Hospitals and Health services. Strategic Issues and Performance*, Beard Books, Washington 2003, p. 220.

⁹⁰ M. D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojos, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, s. 368.

organizacji nie tylko przetrwać, ale stać się także liderem w otaczającym je zmiennym otoczeniu⁹¹. Zarządzanie strategiczne, czyli „zestaw decyzji zarządczych i działań, które określają długookresową wydajność organizacji”⁹² może być realizowane na trzech poziomach: strategicznym, taktycznym i operacyjnym⁹³. Jednakże ze względu na odmienny charakter organizacji prywatnych i publicznych działania w zakresie poszczególnych poziomów także się od siebie różnią (tabela 8).

Tabela 8. Poziomy zarządzania w szpitalach publicznych i niepublicznych

Poziom zarządzania	Szpitala niepubliczne	Szpitala publiczne
Strategiczny	Poszukiwanie nowych rozwiązań i możliwości w zakresie dostosowania się do zmiennych wymagań otoczenia.	Kształtowanie polityki państwa i/lub polityki lokalnej jako odpowiedź na problemy społeczeństwa.
Taktyczny	Ustalenie obszaru działania oraz budowanie przewagi konkurencyjnej	Przygotowanie programu realizacji przyjętej polityki wraz z określeniem celów długookresowych i zadań niezbędnych do ich realizacji.
Operacyjny	Integracja nowych form działalności z dotychczas prowadzonymi, planowanie operacyjne nowych form działalności, ustalenie cen.	Integracja nowych form działalności z dotychczas prowadzonymi, planowanie operacyjne nowych form działalności, aby zapewnić realizację przyjętego programu.

Źródło: B. Kozuch, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 185.

Z planowaniem ściśle związane jest podejmowanie decyzji oznaczające „nielosowy wybór jednego rozwiązania problemu”⁹⁴. Jest to trudne zadanie zwłaszcza, że zazwyczaj podejmowanie decyzji opiera się na wiedzy niepełnej z powodu niedostępności wszystkich informacji, gdyż często są nie do zdobycia albo ich zdobycie wymagałoby zbyt dużo czasu i pieniędzy⁹⁵. Dodatkową trudnością w organizacjach użytku publicznego jest fakt, iż proces ten odbywa się zazwyczaj w warunkach bardziej zmiennych, turbulentnych (w porównaniu do organizacji prywatnych), nierzadko w atmosferze konfliktów i przeszkód⁹⁶. W literaturze przedmiotu proces podejmowania decyzji opisywany jest najczęściej za pomocą następujących faz: identyfikacja problemu, rozpoznanie możliwych rozwiązań, ocena wariantów rozwiązań poprzedzona wyborem kryteriów oceny oraz wybór i wdrożenie najlepszego rozwiązania. Warto jednak zaznaczyć, że nie jest

⁹¹ L. E. Swayne, W. J. Duncan, P. M. Ginter, *Strategic Management of Health Care Organizations*, Jossey-Bass A Willey Imprint, Chichester England 2008, p. 6.

⁹² A. Clarke, W. Chen, *International hospitality management concepts and cases*, MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall 2007, p. 203.

⁹³ B. Kozuch, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 185.

⁹⁴ J. Targalski, *Podejmowanie decyzji*, „Organizacja i Zarządzanie”, Warszawa 1986, s. 194.

⁹⁵ A. Gazda, A. Peszko, *Podstawy zarządzania*, Wydawnictwo WSiP, Rzeszów 2000, s. 81.

⁹⁶ P. C. Nutt, *Comparing public and Private sector Decision-Making Practices*, „Journal of Public Administration Research and Theory”, No. 16 (2) 2005, p. 289.

to stały schemat postępowania, gdyż proces podejmowania decyzji może przebiegać w różny sposób w zależności od wielu czynników: zarówno tych zewnętrznych, np. otoczenie i jego wpływy, jak i tych wewnętrznych dotyczących samej osoby decydenta, np. jego przekonania, wartości, potrzeby, które wpływają na odbiór czynników płynących z otoczenia.

Jedną z cech planowania jest prymat planowania, który oznacza nadrzędność tej funkcji w stosunku do pozostałych funkcji zarządzania. Oznacza to, że bez planowania niemożliwa byłaby właściwa realizacja pozostałych działań zarządczych, ale także planowanie z tymi funkcjami, tj. organizowaniem, motywowaniem i kontrolą jest ściśle związane. Organizowanie dotyczy tworzenia warunków „niezbędnych do rozpoczęcia wykonywania planu takich, jak np.: zatrudnianie wykonawców, gromadzenie zasobów, tworzenie struktur organizacyjnych itp.”⁹⁷ Ogólnie można powiedzieć, że funkcja ta pozwala ustalić nie tylko zadania dla poszczególnych członków organizacji, ale także określić wzajemne relacje pomiędzy nimi oraz innymi częściami organizacji⁹⁸. Efektem organizowania jest powstanie struktury, która określi budowę i zasady działania danej organizacji⁹⁹. W publicznych zakładach opieki zdrowotnej organizowanie to przede wszystkim takie rozdzielenie obowiązków i zasobów oraz logiczne ich pogrupowanie, aby możliwe było osiągnięcie założonych celów, które uwzględniają publiczny interes tych instytucji.

Osiąganie celów organizacji możliwe jest także poprzez realizację kolejnej funkcji zarządzania, jaką jest motywowanie. Funkcja ta definiowana jest jako proces oddziaływania kierownika na pracowników w celu osiągnięcia założonych celów organizacji. W związku z tym, że działalność zakładu opiera się na umiejętnościach profesjonalnych pracowników, zarządzanie personelem, zatem także ich motywowanie powinno mieć charakter strategiczny¹⁰⁰. Motywowanie nieodłącznie związane jest z motywacją, zarówno tą wewnętrzną, tj. indywidualne cele, potrzeby, przekonania, samorealizacja, jak i zewnętrzną, czyli nagrody i kary pochodzące z organizacji¹⁰¹. Zadaniem kierownika jest przede wszystkim wykorzystanie motywacji zewnętrznej jako bodźca na pobudzenie pracownika poprzez budowę odpowiedniego systemu wykorzystującego nagrody, kary czy wzmocnienia. Należy przy tym pamiętać, że poza motywacją, zdolność pracownika do efektywnego wykonywania pracy zależy od wielu czynników takich, jak: „poziom umiejętności pracownika, dostępności skutecznych szkoleń oraz dostęp pracownika do narzędzi i informacji niezbędnych do prawidłowego zakończenia powierzonych zadań”¹⁰².

⁹⁷ M. Trocki, *Nowoczesne zarządzanie projektami*, PWE, Warszawa 2012, s. 72.

⁹⁸ J. R. Schermerhorn, *Zarządzanie*, PWE, Warszawa 2008, s. 176.

⁹⁹ J. Machaczka, *Podstawy zarządzania*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2001, s. 42.

¹⁰⁰ J. Stepniewski, M. Bugdol, *Costs, Organization and Management of Hospitals*, Jagiellonian University Press, Kraków 2010, p. 152.

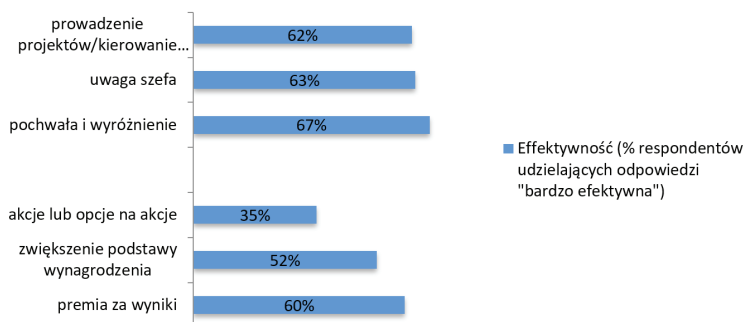
¹⁰¹ S. Tas, S. Aygen Zetter, M. Caylak, *The motivation of hospital staff members: an implementation in Antalya province*, „The International Journal of Social Sciences”, vol. 8 no. 1, 2013, p. 65.

¹⁰² D. K. Hayes, J. D. Ninemeier, *Human Resources Management in the Hospitality Industry*, John Wiley&Sons, New Jersey 2009, s. 71

Do najbardziej popularnych czynników wpływających na chęć pracowników do podjęcia dodatkowego wysiłku można zaliczyć¹⁰³:

- odpowiedni poziom dochodów,
- fizyczne warunki pracy,
- udział lub nagrody w zależności od zysków (wykonanych projektów),
- atrakcyjność pracodawcy,
- pochwały, docenienie, szacunek,
- przyjazny klimat pracy/ odpowiednia kultura organizacyjna,
- udział w podejmowaniu decyzji,
- skuteczną komunikację,
- pakiet socjalny.

Czynniki motywacji można podzielić na dwie podstawowe grupy: czynniki o charakterze ekonomicznym i pozaekonomicznym. Środki o charakterze finansowym stanowią podstawowy i zazwyczaj wykorzystywany w pierwszej kolejności bodziec motywacyjny. Jednakże w sytuacji, gdy organizacja ma trudności finansowe, w takim położeniu znajduje się większość szpitali publicznych, dobrym rozwiązaniem jest zastosowanie czynników pozafinansowych. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych w 2009 roku przez McKinsey Quarterly¹⁰⁴, według których pozafinansowe motywatory takie, jak: pochwała od przełożonego, poświęcenie uwagi oraz możliwość zarządzania zespołami czy projektami postrzegane są jako równie lub nawet bardziej efektywne niż główne bodźce finansowe, tj. premia, wzrost płacy zasadniczej, akcje firmy lub opcje na akcje¹⁰⁵. Przytoczone wyniki zaprezentowano na wykresie 2.



Wykres 2. Efektywność finansowych oraz pozafinansowych środków motywowania

Źródło: M. Dewhurst, M. Guthridge, E. Mohr, *Motivating...*, op. cit.

¹⁰³ S. Tas, S. Aygen Zetter, M. Caylak, *The motivation...*, op. cit., o p. 72 oraz J. Peltier, A. Dahl, *The relationship between employee satisfaction and hospital patient experiences*, p. 13. http://www.marketing.org/files/Hospital%20Study%20Relationship%20Btwn%20Emp_%20Satisfaction%20and%20Pt_%20Experiences.pdf, data dostępu: 24.09.2014.

¹⁰⁴ Badania przeprowadzone zostały w skali globalnej na próbie 1047 osób reprezentujących kadrę kierowniczą, menedżerską i pracowników z różnych sektorów.

¹⁰⁵ M. Dewhurst, M. Guthridge, E. Mohr, *Motivating people: Getting beyond money*, 2009, http://www.mckinsey.com/insights/organization/motivating_people_getting_beyond_money, data dostępu: 20.09.2014.

Ostatnią funkcją zarządzania jest kontrolowanie. Polega ono na pozyskiwaniu przez kierownictwo informacji dotyczących rzeczywistego przebiegu procesu, porównywaniu tego stanu z zaplanowanym oraz wychwytywaniu zaistniałych odchyśleń, czyli różnic między stanem rzeczywistym a pożądanym¹⁰⁶. Na podstawie zdefiniowanych odchyśleń możliwe jest wprowadzenie działań korygujących poprzez formułowanie zaleceń o charakterze motywacyjnym, organizatorskim i planistycznym¹⁰⁷. W związku z tym, że kontrola powiązana jest z pozostałymi funkcjami zarządzania za pomocą sprzężenia zwrotnego do podstawowych celów systemu kontroli danej organizacji można zaliczyć¹⁰⁸:

- motywowanie personelu do podejmowania decyzji i działań zgodnych z celami podmiotu leczniczego np. odpowiednia opieka pozabiegowa,
- koordynowanie wysiłków w różnych częściach szpitala np. oddziałów poprzez chociażby jednakowy poziom obsługi pacjenta,
- dostarczenie informacji na temat podjętych działań i ich skuteczności.

Kontrolowanie w organizacjach publicznych, także w szpitalach, różni się od sprawowania tej funkcji w prywatnych przedsiębiorstwach. Różnice te wynikają ze specyfiki zarządzania instytucją publiczną, wynikającą z wpływów otoczenia, a także powiązań z nim oraz ról, struktur i procesów charakterystycznych dla tego typu organizacji¹⁰⁹. Nietypowy charakter kontroli przejawia się „nie tylko w politycznej kontroli, ale m.in. w kontroli obywatelskiej i finansowym oraz operacyjnym audycie zewnętrznym”¹¹⁰. Należy dodać, że zasadniczym działaniem powinno być zorientowanie wysiłków menedżerów na prewencję, np. w postaci odpowiednich systemów zapewnienia jakości¹¹¹. Pozwoli to w konsekwencji zmniejszyć liczbę błędów i skoncentrować działania kontrolne wokół zapobiegania, a nie naprawiania braków.

Omawiając funkcje zarządzania w szpitalach publicznych, warto zwrócić także uwagę na fakt, iż działanie to realizowane jest w organizacji profesjonalnej, a więc takiej, w której zatrudnieni są profesjonaliści. Oznacza to, że realizacja świadczonych usług oparta jest na wiedzy i kwalifikacji personelu. Zatem wszelkie działania podejmowane w stosunku do pracowników oparte powinny być na dostosowanych do tego typu organizacji zasadach. Główną cechą takiego zarządzania personelem jest duża i „silnie akcentowana autonomia pracownika”¹¹². Rozumiana jest ona jako możliwość samodzielnego podejmowania decyzji i planowania swoich działań, oczywiście, w oparciu o plany główne. Nieco odmiennie, niż w innych przedsiębiorstwach, wygląda także motywacja. W organizacjach profesjonalnych główny nacisk położony jest na kształcenie i rozwój

¹⁰⁶ B. Kozuch, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 63.

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ E. G. Flamholtz, *Effective management control. Theory and practice*, Kluwer Academic Publishers, Massachusetts 1996, p. 5.

¹⁰⁹ A. Frąckiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie...*, op. cit., s.32

¹¹⁰ B. Kozuch, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 63.

¹¹¹ Z. Zymonik, A. Hamrol, P. Grudowski, *Zarządzanie jakością i bezpieczeństwem*, PWE, Warszawa 2013, s. 73.

¹¹² J. Bendkowski, *Kultura profesjonalizmu w kierowaniu zmianami restrukturyzacyjnymi w przedsiębiorstwie*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2007, s. 76.

personelu. Co więcej, zwiększanie kompetencji pracowników powinno być procesem ciągłym, ponieważ na osiągnięcie przewagi konkurencyjnej w dużej mierze ma wpływ jakość posiadanego przez organizację kapitału intelektualnego, którego częścią jest kompetentność, czyli wiedza i umiejętności pracowników¹¹³. W związku z tymi cechami konieczne jest także zastosowanie odpowiedniego stylu zarządzania oraz wypracowanie kultury organizacyjnej opartej na wiedzy¹¹⁴.

Menedżerowie zakładów opieki zdrowotnej, podejmując wszelkie działania zarządcze muszą wziąć pod uwagę dwa obszary czynników: zewnętrzne oraz wewnętrzne. Czynniki zewnętrzne odnoszą się do wpływów, zasobów i działań, które istnieją poza granicą samej organizacji, ale mają wpływ na jej kształt. Należą do nich, np. potrzeby społeczne, cechy populacji, relacje z ubezpieczycielem, regulacje prawne czy wymagania interesariuszy¹¹⁵. Z kolei czynniki wewnętrzne warunkujące charakter działań zarządczych to, np.: zatrudnienie, budżetowanie, jakość oferowanych usług, relacje międzyludzkie, satysfakcja pacjentów, posiadanie/dostęp do nowych technologii, wynik finansowy itp.¹¹⁶

Podsumowując rozważania dotyczące zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, można stwierdzić, że kompleksowe spojrzenie na zarządzanie szpitalem wymaga równoległego rozpatrzenia trzech wymiarów, zwanych także funkcjami¹¹⁷:

- procesu zarządzania,
- przedmiotu (zakresu) zarządzania,
- horyzontu czasowego zarządzania.

Pierwszy wymiar realizowany jest przez przełożonych (osoby zarządzające) i dotyczy podstawowych funkcji zarządzania, tj. planowania, organizowania, przewodzenia, kontroli. Z kolei wymiar zakresu zarządzania dotyczy działań zarządczych w ramach specjalistycznych usług i związanych z nimi zasobów posiadanych przez szpital. Do funkcji takich należy¹¹⁸:

- zarządzanie procesami medycznymi zakładu (np. diagnostycznymi, terapeutycznymi, rehabilitacyjnymi),
- zarządzanie procesami pomocniczymi (np. żywienie, usługi hotelowe, remontowe, transportowe),
- zarządzanie finansami,
- zarządzanie wiedzą.

¹¹³ M. Dźwigoł-Barosz, H. Dźwigoł, *Kompetencje w procesie zarządzania współczesnym przedsiębiorstwem*, [w:] A. Karbownik (red.), *Paradygmat sieciowy. Wyzwania dla teorii i praktyki zarządzania*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2013, s. 198.

¹¹⁴ szerzej w: J. Bendkowski, *Kultura...*, op. cit.

¹¹⁵ J. M. Thompson, *Health services administration*, [in:] S. Chisolm (ed.) *The health professions: Trends and opportunities in U.S. health care*, Johns and Barlett Publishers, Sudbury 2007, p. 357–372.

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ J. Galicki, *Współczesne zarządzanie w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] M. D. Głowacka (red.), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej konteksty i determinanty zmian*, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2011, s. 13.

¹¹⁸ *Ibidem*.

Ostatni z wymiarów, tj. horyzont czasowy to ujęcie podejmowanych działań w ramy czasowe. W ramach tego wymiaru podstawowe składowe to: zarządzanie operacyjne oraz zarządzanie strategiczne. Pierwszy typ to działania podejmowane w krótkim horyzoncie czasowym, zazwyczaj do jednego roku. W tym przypadku istnieje niewiele czynników niepewności, dlatego też działania obciążone są względnie niewielkim ryzykiem i maksymalnym wykorzystaniem zasobów. Zarządzanie operacyjne to element składowy realizacji założeń zarządzania strategicznego, które charakteryzuje długi horyzont czasowy podejmowanych działań. Ten wydłużony okres wpływa na dużą niepewność i możliwość wystąpienia sytuacji losowych, przez co zarządzanie strategiczne obciążone jest większym ryzykiem.

1.5. Współczesne koncepcje zarządzania zakładem opieki zdrowotnej

W wyniku przemian politycznych, które nastąpiły w Polsce na początku lat 90., organizacje publiczne, w tym szpitale, zaczęły funkcjonować na innych zasadach. W związku z koniecznością utrzymywania rentowności działalności konieczne stało się poszukiwanie koncepcji, metod czy narzędzi, które mogłyby pomóc w sprawnym zarządzaniu placówką. Jasnym stało się, że nie wystarczy zwykłe administrowanie, ale należałoby sprawdzić, jakie metody wypracowane przez lata w zarządzaniu organizacjami, także prywatnymi, mogłyby zostać wdrożone do zarządzania szpitalem. Podstawą tego założenia może być udowodniona przez H. Igora Ansoffa teza, że przedsiębiorstwa i organizacje niedochodowe, mimo różnic występujących między nimi, należą do tej samej klasy – organizacji służących otoczeniu¹¹⁹. Poza tym, zarówno organizacje publiczne jak i przedsiębiorstwa prywatne w codziennym funkcjonowaniu spotykają podobne problemy takie, jak np.¹²⁰:

- konieczność dostosowania się do zmiennego otoczenia,
- skupienia się na wydajności i efektywności działań,
- określenie celów i zadań,
- projektowanie odpowiedniej struktury umożliwiającej realizację celów,
- wypełnienie podstawowych funkcji administracyjnych.

Mimo, że w Polsce koncepcja wykorzystania rozwiązań biznesowych w zarządzaniu placówką służby zdrowia jest stosunkowo młoda – w poprzednim ustroju nie było potrzeby usprawniania zarządzania – problem ten na świecie zidentyfikowano znacznie wcześniej. W związku z rosnącymi kosztami i niewydolnością tradycyjnych metod już w latach 70. XX wieku zalecano przeniesienie nowoczesnych metod zarządzania wypracowanych w innych sektorach do placówek medycznych. Tymi rozwiązaniami, nowymi na ówczesne czasy były: analiza kosztów, analiza sieci powiązań, programy budżetowania oraz metody dotyczące pracowników – szkolenia, dostosowanie do

¹¹⁹ L. Kowalczyk, *Nowoczesne koncepcje w zarządzaniu organizacjami publicznymi*, [w:] B. Kożuch (red.), *Zarządzanie w sektorze publicznym*, Fundacja Współczesne Zarządzanie, Białystok 2003, s. 62.

¹²⁰ D. Bartkowska-Nowak, J. Nowak, J. Webb, *Zarządzanie w gminie. Podręcznik doskonalenia umiejętności kierowniczych*, Wyd. Fundusz Współpracy, Warszawa 1998, s. 40.

zmian, praca w zespole, komunikacja¹²¹. Oczywiście, w obecnych czasach wspomniane powyżej przykłady stały się już standardem, który jest daleko niewystarczający, by móc sprawnie i skutecznie zarządzać placówką medyczną. Toteż menedżerowie opieki zdrowotnej. Koniecznym stało się stosowanie działań, które pozwolą nie tylko na ograniczanie kosztów funkcjonowania, ale także wygospodarowanie środków na rozwój i poprawę jakości oferowanych usług¹²². Tym bardziej, że w przypadku szpitali publicznych trudno mówić o zysku z prowadzonej działalności, a raczej o pokryciu poniesionych kosztów¹²³. Rozwiązaniem mogą być osiągnięcia współczesnej nauki, która: „proponuje obecnie różne koncepcje i metody zarządzania, które należy postrzegać jako wsparcie dla realizowanych przez organizację procesów adaptacyjnych i/lub antycypacyjnych względem zmieniającego się otoczenia”¹²⁴. Do najbardziej popularnych koncepcji zarządzania można zaliczyć: kompleksowe zarządzanie jakością, zarządzanie strategiczne, zrównoważoną kartę wyników, controlling, reengineering, benchmarking, outsourcing, lean management, zarządzanie projektami, zarządzanie wiedzą, organizację uczącą się, organizację inteligentną, czy zarządzanie przez kompetencje. Krótką charakterystykę wymienionych koncepcji, metod i narzędzi wraz z ich głównymi wadami oraz zaletami przedstawiono w tabeli 9.

¹²¹ *Modern management methods and the organization of health services*, World Health Organization, Geneva 1974, p. 11–12.

¹²² K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Warszawa 2003, s. 136.

¹²³ J. Stępniewski (red.), *Zarządzanie szpitalem. Kompendium menedżera*, Wyd. Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2005, s. 61.

¹²⁴ A. Czermiński, M. Czerska, B. Nogalski, R. Rutka, J. Apanowicz, *Zarządzanie organizacjami*, Wyd. Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności DOM ORGANIZATORA, Toruń 2002, s. 500.

Tabela 9. Wybrane koncepcje zarządzania

Koncepcja/metoda	Istota	Przykładowe zalety	Przykładowe wady
Benchmarking	Uczenie się od najlepszych poprzez porównywanie się do liderów; udoskonalanie ich rozwiązań oraz wykorzystanie doświadczeń innych w dążeniu do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej.	pełne zrozumienie własnych procesów oraz konieczności ich analizy; ciągłe doskonalenie, współpraca i wzajemne uczenie się z innymi organizacjami; wzrost kreatywności i innowacyjność; stałe monitorowanie otoczenia.	błędna interpretacja metody; bezmyślne kopiowanie i naśladownictwo; trudności w pozyskaniu danych od liderów zwłaszcza w benchmarkingu konkurencyjnym; brak gwarancji, że stosowane do porównywania parametry będą wystarczające; trudności w wyborze najlepszego partnera.
Controlling	Instrument wspierający kierownictwo przy podejmowaniu decyzji poprzez wspomaganie w wytyczaniu celów; planowaniu, kontroli i korygowaniu odchyleń za pomocą właściwych instrumentów finansowych oraz systemów informacyjnych.	integracja działań poszczególnych części działalności organizacji; wsparcie funkcji planowania.	skupienie się na krótkookresowych wartościach finansowych przy pominięciu innych kluczowych dla interesariuszy wartości; czasochłonność; brak odzwierciedlenia zachodzących zmian w organizacji; jej procesach oraz konkurencyjnym rynku.
Kompleksowe zarządzanie jakością (TQM-Total Quality Management, zarządzanie przez jakość, i jakość totalną)	Skupienie działań zarządczych na osiągnięciu wysokiego poziomu jakości we wszystkich obszarach funkcjonowania. Polega na ciągłym doskonaleniu, w którym zaangażowani są wszyscy pracownicy w celu spełnienia lub przekroczenia oczekiwań klienta.	poprawa jakości w każdym obszarze działalności przedsiębiorstwa; wzrost konkurencyjności organizacji; wzrost zaangażowania pracowników; zorientowanie działalności na potrzeby klienta.	konieczność zaangażowania wszystkich pracowników; konieczność przeprowadzenia profesjonalnych szkoleń; duża obszerność i wysoki stopień skomplikowania dokumentacji programów poprawy jakości.
Lean management	Koncepcja „odchudzonego zarządzania”, opierająca się na eliminacji strat i wszelkiego rodzaju marnotrawstwa, poprzez wykorzystanie różnorodnych narzędzi i technik zarządzania.	redukcja kosztów – wyeliminowanie działalności nie przynoszącej wartości dodanej; wzrost wydajności pracy poprzez spłaszczenie hierarchii; skrócenie czasu podejmowania decyzji; orientacja na klienta i jego potrzeby.	wzrost zapotrzebowania na specjalistów; możliwość przekształcenia koncepcji w prostą racjonalizację; redukcja zatrudnienia; spadek motywacji i stres pracowników.
Zarządzanie projektami	Pełnienie funkcji menedżerskich w przygotowaniu i wdrożeniu zadań projektowych.	nastawienie na realizację celu; wzrost efektywności działań; wzrost jakości.	brak zastosowania w każdej sferze działalności; zaangażowanie zasobów; czas.
Reengineering	Fundamentalne, radykalne przeprojektowanie procesów w organizacji z wykorzystaniem zasobów (posiadanych oraz odzyskanych) i nowoczesnych technologii informatycznych.	kompleksowe spojrzenie na procesy w organizacji; wzrost wydajności; skrócenie czasu trwania procesów; eliminacja niepotrzebnych czynności; podniesienie jakości dzięki koncentracji na kliencie; poprawa rentowności.	bardzo duże ryzyko niepowodzenia; wysokie koszty wprowadzenia; autorytarny styl kierowania podczas wprowadzania koncepcji; duże ryzyko oporów wobec zmian ze strony pracowników; poprzez pominięcie aspektów kulturowych; brak partycypacji pracowników w przygotowaniu zmiany.

c.d. Tabela 9. Wybrane koncepcje zarządzania

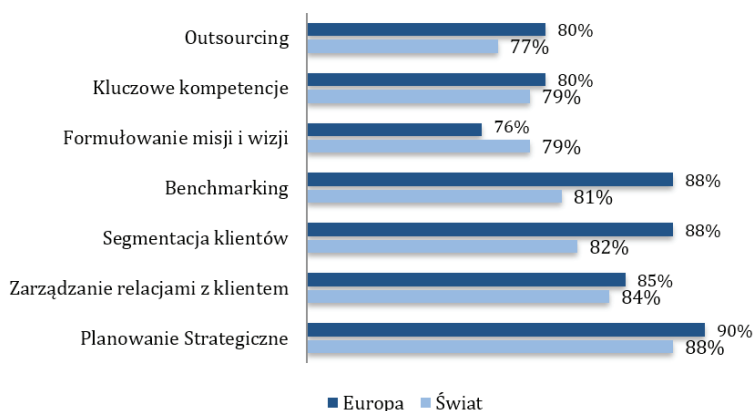
Koncepcja/metoda	Istota	Przykładowe zalety	Przykładowe wady
Zarządzanie strategiczne	Proces zarządzania oparty o formułowanie i wdrażanie strategii, które służą osiągnięciu celów strategicznych organizacji.	zmniejszenie prawdopodobieństwa popełnienia błędnych decyzji, wyznaczenie konkretnego kierunku rozwoju organizacji, wzięcie pod uwagę wszystkich czynników oddziałujących na organizację.	niebezpieczeństwo nadmiernej biurokracji, unikanie ryzykownych decyzji
Outsourcing	Przekazanie części działań dotychczas wykonywanych samodzielnie podmiotom zewnętrznym.	obniżenie kosztów działalności, możliwość koncentracji na kluczowych aspektach działalności, możliwość korzystania z nowej wiedzy i technologii, którymi dysponują dostawcy, zwiększenie elastyczności funkcjonowania, uwolnienie środków finansowych z działalności pomocniczej, rozproszenie ryzyka działalności.	pogorszenie jakości działań zleconych (niesolidny wykonawca), „uzależnienie się” od dostawcy, utrata tożsamości organizacji, niewielki wpływ zarządu na pracowników wykonawcy, ryzyko braku uzyskania spodziewanych efektów kosztowych.
Organizacja ucząca się Organizacja inteligentna („wyższa forma organizacji uczącej się: jest to organizacja ucząca się, która osiągnęła stan idealny”)	Skupienie działań organizacji na ciągłym doskonaleniu, zorientowanie na uczenie się członków i samej organizacji, poprzez ciągłą transformację i stałe rozszerzanie możliwości kreowania własnej przyszłości.	rozwój i budowanie przewagi konkurencyjnej na kluczowych kompetencjach, duża elastyczność działania, rozwinięty proces transferu i gromadzenia wiedzy, wzrost kreatywności, ciągłe doskonalenie.	konieczność posiadania odpowiedniej struktury techniczno-informatycznej, niedostrzeganie zagrożeń nadchodzących stopniowo, brak spójności wśród kierownictwa, odrzucanie danych trudnych do zaakceptowania.
Zarządzanie wiedzą	Optimalizacja wykorzystania wiedzy w organizacji poprzez współzależność elementów składowych: lokalizowania wiedzy, pozyskiwania, rozwijania, dzielenia się, rozpowszechniania, wykorzystywania i zachowywania wiedzy.	usprawnienie działalności zarządczej, wzrost innowacyjności i kreatywności, wzrost elastyczności organizacji, rozwój pracowników i organizacji, skupienie uwagi na realizacji celów strategicznych, efektywne wykorzystanie posiadanych przez organizację zasobów wiedzy.	wysoki stopień formalizacji, bariery członków organizacji (np. brak motywacji do dzielenia się wiedzą, brak zaufania), trudności w delegowaniu uprawnień, trudności w zidentyfikowaniu i opisaniu wiedzy niejawniej.

c.d. Tabela 9. Wybrane koncepcje zarządzania

Koncepcja/metoda	Istota	Przykładowe zalety	Przykładowe wady
Zarządzanie przez kompetencje	Zorientowanie działań w organizacji na zdefiniowanie niezbędnych kompetencji oraz zapewnienie ich na odpowiednim poziomie na poszczególnych stanowiskach.	poprawa skuteczności działania poprzez stale doskonalenie kluczowych kompetencji, jednoznaczne zdefiniowanie wymagań na określonych stanowiskach pracy, spójność instrumentarium zarządzania zasobami ludzkimi w organizacji.	konieczność przeprowadzenia skrupulatnej analizy kompetencji, trudności odpowiedniego doboru kompetencji, trudności pomiaru kompetencji.
Strategiczna karta wyników (zrównoważona karta wyników, Balanced Scorecard)	Narzędzie konkretyzujące strategię organizacji (ujęcie wąskie) oraz umożliwiające pomiar efektywności jej realizacji (ujęcie dynamiczne). Jest to zestaw miar wyróżnionych z czterech perspektyw oraz ich wzajemnych interakcji: finansowej, klienta, procesów wewnętrznych i rozwoju.	sprecyzowanie strategii, konieczność przyjęcia inicjatyw strategicznych (odpowiadających celom organizacji), możliwości powiązania celów operacyjnych i zadań bieżących z celami strategicznymi, odciążenie naczelnego kierownictwa, możliwość skoncentrowania się na zagadnieniach strategicznych, wzrost stopnia identyfikacji pracowników ze strategią, przypisanie odpowiedzialności za osiągnięcie celów strategicznych.	konieczność integracji karty z istniejącymi w organizacji procesami i systemami zarządzania, brak jednoznacznych dowodów zwrotu poniesionych nakładów, konieczność przygotowania personelu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: J. Bendkowski, *Praktyczne zarządzanie organizacjami. Kompetencje menedżerskie*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2008, s. 111–120, M. Hopej, Z. Kral (red.), *Współczesne metody zarządzania w teorii i praktyce*, s. 10–11, 122–138, 181–187, H. J. Vollmuth, *Controlling*, Placet, Warszawa 2000, s. 15, B. Nogalski, P. Walentynowicz, *Nowoczesne koncepcje zarządzania w przedsiębiorstwach produkcyjnych regionu pomorskiego – próba oceny*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu w Gdyni, Nr 7, 2004, s. 19–22, L. Wasilewski, *Do czego służy TQM?*, „Problemy jakości”, nr 3, 1998, s. 2, A. Krawczyk-Sołtys, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 117–121, G. Probst, S. Raub, K. Romhardt, *Zarządzanie wiedzą w organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 42, K. Perchuda, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 79, W. M. Grudzewski, I. K. Hejduk, *Zarządzanie wiedzą w przedsiębiorstwach*, Difin, Warszawa 2004, s. 59, R. S. Kaplan, D. P. Norton, *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działanie*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 37, J. Brzóska (i inni), *Strategiczna karta wyników w teorii i praktyce*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2012, s. 10–11, E. Skrzypek, *Jakość i efektywność*, Wyd. UMCS, Lublin 2000, s. 121, M. Golińska-Pieszyńska, *Polityka wiedzy a współczesne procesy innowacyjne*, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s. 49–50, A. Kupczyk, H. Korolewska-Mróz, M. Czerwinka, *Radikalne...*, op. cit., s. 96–98, M. Klak, *Zarządzanie wiedzą we współczesnym przedsiębiorstwie*, Wyd. Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. prof. E. Lipińskiego w Kielcach, Kielce 2010, s. 185–188, P. Szykiewicz, *Nowoczesne metody zarządzania a specyfika sektora ochrony zdrowia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 13, z. 5, 2012, s. 147–148, A. Stabryła, *Zarządzanie projektami ekonomicznymi i organizacyjnymi*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 34.

Przedstawione w powyższej tabeli koncepcje to wybrane, najbardziej popularne metody wykorzystywane przez zarządzających w celu poprawy funkcjonowania organizacji. Ich mnogość daje ówczesnym menedżerom szerokie instrumentarium działania, przy czym warto zaznaczyć, że bez względu na to, która z nich zostanie zastosowana, konieczne jest podjęcie takich działań systemowo i spójnie¹²⁵. Oczywiście, popularność przedstawionych koncepcji zależy nie tylko od tego, gdzie organizacja jest zlokalizowana (niektóre koncepcje z powodzeniem stosowane w USA niekoniecznie są tak popularne w Polsce), ale przede wszystkim od tego, jakiego typu jest dana organizacja. Oznacza to, że częstotliwość ich wykorzystywania wygląda inaczej w przedsiębiorstwach niż w organizacjach użytku publicznego. Tendencje do stosowania przez przedsiębiorstwa w skali świata i Europy najbardziej popularnych koncepcji zarządzania przedstawiono na wykresie 3.



Wykres 3. Benchmarking i inne narzędzia zarządzania wykorzystywane w 2006 roku przez badane przedsiębiorstwa

Źródło: E. Marciszewska, J. Pieriegud, *Benchmarking and Best Practices In Transport Sector*, Warsaw School of Economics, Warsaw 2009, p. 20.

Wykres zawiera wyniki badań przeprowadzonych w latach 1997–2006 przez Bain&Company. Wynika z nich, że w przedsiębiorstwach europejskich najbardziej popularne były: planowanie strategiczne, benchmarking, segmentacja klientów oraz zarządzanie relacjami z klientem. Warto przy tym zaznaczyć, że w wyniku tych samych badań stwierdzono, że liczba używanych przez firmy metod i narzędzi spada – średnio w 2014 r. firmy duże w korzystały z 8,1 narzędzi, średnie – 7,6, a małe – 5,3¹²⁶. Świadczy to o tym, że organizacje coraz bardziej świadomie podejmują decyzje dotyczące rozwiązań, dostosowując je do swoich warunków i potrzeb zamiast podążania za chwilową

¹²⁵ A. Sitko-Lutek, *Kształtowanie kompetencji menedżerskich i kultury organizacyjnej w gospodarce sieciowej*, [w:] A. Karbownik (red.), *Paradygmat sieciowy. Wyzwania dla teorii i praktyki zarządzania*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2013, s. 175.

¹²⁶ D. Rigby, B. Bilodeau, *Management tools and trends 2015*, <http://www.bain.com/publications/articles/management-tools-and-trends-2015.aspx>, data dostępu: 25.05.2018.

modą¹²⁷. Wynika to z przekonania, iż nieprawidłowo stosowanie nawet najlepiej sprawdzającego się u innych narzędzia, może wypaczyć obraz rzeczywistości¹²⁸, a tym samym przynieść więcej działań niepożądanych niż korzyści.

W przedsiębiorstwach polskich proporcje wykorzystania koncepcji zarządzania wyglądają odmiennie. Wg badań Sz. Cyferta i K. Krzakiewicza¹²⁹ częstotliwość korzystania z proponowanych koncepcji, metod i narzędzi wygląda następująco¹³⁰:

- wykorzystywane często (ponad 50% wskazań) – benchmarking, strategic controlling;
- wykorzystywane stosunkowo często (ponad 30% wskazań) – EFQM Excellence model, Zarządzanie jakością, Empowerment, Zintegrowane systemy informacyjne;
- wykorzystywane stosunkowo rzadko (powyżej 10% wskazań) – Lean management, Outsourcing, Six Sigma, Balanced Scorecard;
- wykorzystywane bardzo rzadko (poniżej 10% wskazań) – TQM, Value Based Management, Business Process Management, Zarządzanie projektami.

Tabela 10. Metody zarządzania stosowane w przedsiębiorstwach funkcjonujących w Polsce

Współczesne metody zarządzania	Wskazania
Controlling	45,5%
Zarządzanie procesowe	43,2%
Total Quality Management	40,3%
Customer Relationship Management	38,6%
Outsourcing	31,3%
Enterprise Resource Planning	27,8%
Zarządzanie wiedzą	27,3%
Lean management	24,4%
Zarządzanie przez kompetencje	18,2%
Benchmarking	17,6%
Strategiczna karta wyników	9,7%
Reinżynieria	8,5%
Inne	6,3%

Źródło: A. Bieńkowska, A. Zgrzywa-Ziemak, *Współczesne...*, op. cit., s. 214.

¹²⁷ E. Skrzypek, *Nowoczesne trendy w zarządzaniu a doskonalenie zarządzania*, [w:] E. Czernyszewicz, E. Kołodziej (red.), *Jakość i zarządzanie w agrobiznesie. Wybrane aspekty*, Wyd. UP, Lublin 2018, s. 10.

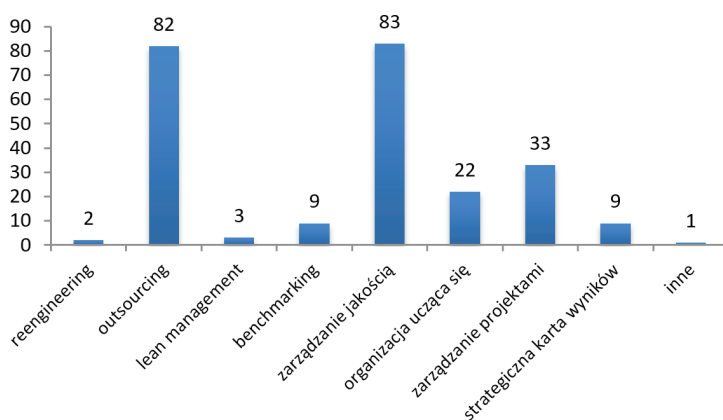
¹²⁸ *Ibidem*.

¹²⁹ W Polsce badaniem ankietowym objęto przedsiębiorstwa woj. wielkopolskiego 96 przedsiębiorstw.

¹³⁰ Sz. Cyfert, K. Krzakiewicz, *Wykorzystanie nowoczesnych metod i technik zarządzania w polskich i rosyjskich przedsiębiorstwach – analiza porównawcza*, [w:] J. Skalik (red.) *Zmiana warunkiem sukcesu: przeobrażenia systemów zarządzania przedsiębiorstw*, Wyd. AEW, Wrocław 2007, s. 265–266.

Przytoczone badania stały się inspiracją do kolejnych prób analizy tej problematyki. Wyniki badań przeprowadzonych przez Agnieszkę Bienkowską i Annę Zgrzywę-Ziemak w 2009 roku na grupie 167 różnych przedsiębiorstw, pod względem typu działalności, wielkości i formy własności, pozwoliły na sformułowanie nieco odmiennych poglądów¹³¹. Według Auterek do metod najczęściej stosowanych w przedsiębiorstwach funkcjonujących w Polsce można zaliczyć: controlling, zarządzanie procesowe, TQM, Customer Relationship Management oraz outsourcing (wszystkie ponad 30% wskazań).

Z kolei popularność koncepcji zarządzania w jednostkach służby zdrowia wygląda inaczej, niż w organizacjach komercyjnych. Przykładowe wyniki badań dotyczących wykorzystania koncepcji zarządzania w placówkach medycznych przedstawiono na wykresie 4. Badania przeprowadzono wśród pielęgniarskiej kadry zarządzającej w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej woj. małopolskiego¹³².



Wykres 4. Koncepcje zarządzania wykorzystywane w placówkach medycznych

Źródło: A. Tylek, *Zastosowanie nowych koncepcji zarządzania a sprawność publicznych szpitali*, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Kraków 2011, rozprawa doktorska, s. 152.

Zgodnie z wynikami zaprezentowanymi na wykresie 4 największą popularnością wśród szpitali publicznych cieszył się outsourcing oraz zarządzanie jakością, co potwierdzają również inne źródła literaturowe. Koncepcjami stosowanymi dość często były natomiast zarządzanie projektami i organizacja ucząca się oraz stosunkowo rzadko (9% wskazań), benchmarking i strategiczna karta wyników. Warto przy tym zauważyć, że strategiczna karta wyników może być w pewnym stopniu uzupełnieniem benchmarkingu, gdyż umożliwia benchmarking tzw. miękkich obszarów zarządzania takich, jak

¹³¹ A. Bienkowska, A. Zgrzywa-Ziemak, *Współczesne metody zarządzania w przedsiębiorstwach funkcjonujących w Polsce – identyfikacja stanu istniejącego*, [w:] M. Hopej, Z. Kral (red.), *Współczesne metody zarządzania w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2011, s. 212–216.

¹³² A. Tylek, *Zastosowanie nowych koncepcji zarządzania a sprawność publicznych szpitali*, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Kraków 2011, rozprawa doktorska, s. 89–97.

kultura organizacyjna, czy wewnętrzne relacje międzyludzkie¹³³. Autorka badań formułuje ponadto wniosek, że mała liczba wskazań odpowiedzi dotyczących benchmarkingu nie wynika z braku stosowania tej koncepcji, ale raczej z niewiedzy kadry zarządzającej, która nie kojarzy podejmowanych w praktyce działań z danym pojęciem¹³⁴ (zwłaszcza iż badania przeprowadzono wśród kadry pielęgniarstwa, zasadna wydaje się zatem kontynuacja badań wśród najwyższej kadry zarządzającej placówką). Jedną z najmniej popularnych w służbie zdrowia metod był Lean Management. Niemniej jednak metoda ta, często stosowana w innych krajach, doczekała się nawet specyficznej dla tych organizacji nazwy – *Lean Healthcare*¹³⁵. Warto także zaznaczyć, że ze względu na specyfikę polskich szpitali tylko część narzędzi tej koncepcji stosowana jest z powodzeniem, chociaż w literaturze obcej opisywane są możliwości ich wykorzystywania¹³⁶. Z kolei najrzadziej stosowaną koncepcją w badanych placówkach był reengineering. Może to być wynikiem kosztochłonności tej metody oraz dużego ryzyka niepowodzenia, aczkolwiek w literaturze przedmiotu opisywane są przypadki radykalnej i dramatycznej poprawy świadczeń opieki zdrowotnej po jej zastosowaniu¹³⁷. W zaprezentowanych wynikach badań nie znalazła się koncepcja zarządzania strategicznego, uznana przez Autorkę jako metoda tradycyjna, nie nowoczesna. Warto jednak dodać, że zarządzanie strategiczne, mimo iż stosowane w szpitalach od dawna, nadal przysparza wiele trudności, zwłaszcza na etapie planowania strategicznego¹³⁸.

Przedstawione koncepcje zarządzania to wybrane przykłady, którą mogą znaleźć zastosowanie w zarządzaniu publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Część z nich, jak np. zarządzanie strategiczne, outsourcing czy zarządzanie jakością można uznać już właściwie za standardowo stosowane rozwiązania. Niemniej jednak menedżerowie szpitali nadal poszukują nowych metod, które mogłyby pomóc usprawnić zarządzanie placówką. Wynika to z faktu, iż dotychczas stosowane metody okazują się niewystarczające, a w krajowej literaturze przedmiotu brakuje szczegółowych informacji o możliwościach i zasadach ich implementacji. Warto przy tym zaznaczyć, że obecnie, poza wymienionymi koncepcjami, w przedsiębiorstwach wykorzystywane są nowoczesne

¹³³ P. Tsisis, B. Harber, *Using the balanced scorecard to mobilize human resources in organizational transformation*, Health Services Manage Research, 2008 May, 21(2), p. 71–80.

¹³⁴ B. Koźuch, A. Tylek, *Współczesne koncepcje w zarządzaniu publicznymi organizacjami ochrony zdrowia*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, t.13, z.5, 2012, s. 108.

¹³⁵ I. Rydlewska-Liszowska, *Lean Management – doskonalenie zarządzania w podmiotach leczniczych*, [w:] R. Lewandowski, M. Kautsch, Ł. Sułkowski (red.), *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 14, z. 10, część I, Łódź 2013, s. 282.

¹³⁶ V. Lindenau-Stockfisch, *Lean Management in Hospitals, Principles and Key Factors for Successful Implementation*, Diplomica Verlag, Hamburg 2011, p. 11–24.

¹³⁷ J. Champy, H. Greenspun, *Reengineering Health Care. A Manifesto for radically Rethinking Health Care Delivery*, FT Press, New Jersey 2010, p. 18.

¹³⁸ U. Lasa, M. Kautsch, *Efekty wdrożenia planu strategicznego w pionie pielęgniarstwa w Zespole Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej – studium przypadku*, [w:] R. Lewandowski, R. Walkowiak, M. Kautsch (red.), *Współczesne wyzwania menedżerskie w ochronie zdrowia*, Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2009, s. 35.

modele organizacyjne jak np: organizacja zwinna, turkusowa, wirtualna czy inteligentna. Niemniej jednak są to rozwiązania dość nowe, nawet jeśli chodzi o przedsiębiorstwa wobec czego jeszcze niezwykle rzadko stosowane w organizacjach publicznych.

W niniejszej pracy analizie poddano dwie koncepcje zarządzania: benchmarking oraz outsourcing. W czasach niedoborów środków na pokrycie podstawowych potrzeb w systemie opieki zdrowotnej szpitalom trudno wygospodarować środki na inwestycje, które umożliwiłyby doskonalenie i podnoszenie jakości usług. Dlatego też, jako kryterium wyboru, zastosowano możliwość korzystania z wiedzy oraz z zasobów z zewnątrz organizacji. Współczesnym trendem w zarządzaniu organizacjami jest współpraca, która polega przede wszystkim na zapewnieniu komplementarności zasobów poszczególnych partnerów¹³⁹. Takie możliwości daje m.in. zastosowanie benchmarkingu, outsourcingu czy TQM¹⁴⁰. W niniejszej pracy z jednej strony wybrano metodę bardzo popularną w zarządzaniu służbą zdrowia i dość obszernie opisaną w literaturze, jaką jest outsourcing, z drugiej zaś dokonano oceny benchmarkingu, jako koncepcji mało spopularyzowanej, stosowanej w służbie zdrowia w mniejszym zakresie. Ponadto wyniki prac badawczych opublikowanych w literaturze przedmiotu sugerują, że benchmarking to koncepcja, która w rzeczywistości jest stosowana częściej niż mogłyby na to wskazywać rezultaty przeprowadzonych badań, co wynika przede wszystkim z nieznamomości przez zarządzających samego pojęcia. Te przypuszczenia i nasuwające się w związku z nimi wątpliwości zainicjowały chęć diagnozy stanu rzeczywistego dotyczącego zakresu stosowania przez publiczne szpitale, oprócz rozwiązania powszechnego, jakim jest outsourcing, także benchmarkingu. Dodatkowym uzasadnieniem zainteresowania powyższą problematyką, zwłaszcza benchmarkingu, jest fakt, iż w województwie lubelskim, stanowiącym obszar badawczy, benchmarking to koncepcja, w której upatrywane są możliwości poprawy sytuacji publicznych jednostek służby zdrowia. Z inicjatywy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie wprowadzono program benchmarkingu podległych jednostek. Warto zatem podjąć próbę oceny rezultatów tego działania w sektorze usług szpitalnych.

Kolejnym argumentem do podjęcia problematyki wykorzystania w zarządzaniu szpitalem publicznym właśnie tych dwóch metod były wytyczne Powszechnego Modelu Oceny CAF (z ang. *Common Assessment Framework*). Model ten został opracowany przez państwa członkowskie Unii Europejskiej w celu ujednolicenia oceny działalności organizacji publicznych. W modelu CAF analizowane obszary zostały podzielone na dwie grupy: kryteria potencjału oraz kryteria wyników¹⁴¹. W obszarze kryteria potencjału wyróżniono natomiast następujące obszary oceny: „Przywództwo, Pracowni-

¹³⁹ K. Pałucha, *Nowoczesne metody w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, „Organizacja i Zarządzanie”, z. 60, 2012, s. 263.

¹⁴⁰ *Ibidem*.

¹⁴¹ J. Łuczak, R. Wolniak, *Ocena skuteczności zastosowania metody CAF w procesie doskonalenia administracji samorządowej*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej „Organizacja i Zarządzanie”, 2013, z. 67, s. 9.

cy, Strategia i planowanie, Partnerstwo i zasoby oraz Procesy”¹⁴². Obszar „Partnerstwo i zasoby” poddaje ocenie, w jaki sposób organizacja planuje oraz zarządza relacjami partnerskimi i posiadanymi zasobami¹⁴³. Właśnie w tym obszarze jednym z kryteriów oceny jest stosowanie benchmarkingu: punkt oceny 4.3. „Zarządza finansami” i outsourcingu: punkt 4.1. „Rozwija i realizuje stosunki z kluczowymi partnerami”¹⁴⁴. Zatem jeśli w ujednoliconym modelu oceny dla wszystkich organizacji publicznych Unii Europejskiej poddaje się ocenie stosowanie benchmarkingu i outsourcingu, uznano za zasadne zweryfikowanie stopnia wykorzystania tych właśnie rozwiązań przez szpitale publiczne województwa lubelskiego.

Warto zwrócić uwagę także na fakt, iż benchmarking jak i outsourcing to rozwiązania, które mają charakter uniwersalny. Oznacza to, że można je stosować z powodzeniem w różnych sytuacjach, czy obszarach funkcjonowania nie tylko przedsiębiorstw, ale także szpitali publicznych. Poza tym w dobie ciągłych zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce konieczne jest opracowanie metod, które pomogą dostosować się organizacji do burzliwego otoczenia, w którym funkcjonuje. A narzędziem wspomagającym procesy restrukturyzacji szpitali publicznych, poprzez zmianę struktury organizacyjnej i relacji z otoczeniem¹⁴⁵, może być zarówno benchmarking jak i outsourcing¹⁴⁶.

¹⁴² M. Bugdol, T. Papaj (red.), *Wspólna Metoda Oceny. Doskonalenie organizacji poprzez samoocenę*, Taurus, Warszawa 2008, s. 10.

¹⁴³ *Ibidem.*, s. 21.

¹⁴⁴ *Ibidem.* s. 22–24.

¹⁴⁵ P. Horosz (red.), *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 363.

¹⁴⁶ Szerzej: T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012, s. 137–177.

2. Benchmarking w zakładach opieki zdrowotnej

2.1. Pojęcie benchmarkingu

Benchmarking to jedna z najczęściej stosowanych i cieszących się rosnącą popularnością koncepcja zarządzania. Potwierdzają to badania przeprowadzone w latach 1997–2006 przez Bain&Company. Wynika z nich, że w 2006 roku benchmarking zajmował czwarte miejsce wśród dwudziestu pięciu najlepszych koncepcji zarządzania¹⁴⁷. Badania wskazują również, że w skali globalnej z metody tej korzystało 90% dużych, 81% średnich i 76% małych przedsiębiorstw. Wyniki badań z kolejnych okresów poddanych analizie pokazały, że w 2008 r. benchmarking był z kolei najbardziej popularnym narzędziem zarządzania wśród analizowanych przedsiębiorstw z całego świata¹⁴⁸. W danym roku 76% badanych organizacji korzystało z tej koncepcji, jednocześnie oceniając satysfakcję z jej stosowania na 3,82 w skali od 1 (minimum) do 5 (maximum)¹⁴⁹. Pomimo, iż przytoczone wyniki badań pochodzą z poprzedniego dziesięciolecia, można stwierdzić, iż są nadal aktualne, ponieważ koncepcja wcale nie zdezaktualizowała się, a wręcz można zaryzykować twierdzenie, że w organizacjach publicznych przeżywa swój renesans.

Pojęcie benchmarkingu pochodzi od angielskiego słowa benchmark, które oznacza punkt odniesienia. W zależności od dziedziny, w której pojęcie to funkcjonuje, jego znaczenie może mieć nieco odmienny charakter. Przykładowo w topografii benchmark tłumaczyć można jako reper, czyli punkt odniesienia wyznaczany przez geodetę w pomiarach niwelacyjnych, który służy jako punkt orientacyjny umożliwiający przeprowadzenie dalszych pomiarów, czy ocen danego zjawiska¹⁵⁰. Sam termin używany był również przez dawnych szewców, do mierzenia ludzkich stóp pod kątem butów. Kładziono wówczas stopę na „bench” i zaznaczali, aby zrobić wzór na buty¹⁵¹. Z kolei wg *Słownika Oxfordzkiego* benchmark oznacza „znak, normę, czy program, który może być używany jako test, czy punkt odniesienia”¹⁵². Podobny pogląd prezentuje H. James Harrington, którego zdaniem benchmark jest „wzorcem, względem którego można porównywać inny element, bądź też na podstawie, którego można sobie wyrobić osąd danej rzeczy”¹⁵³. W związku z tym, że w niniejszym opracowaniu benchmarking rozpatrywany jest z punktu widzenia zarządzania organizacją na szczególną uwagę zasługuje definicja benchmarku American Society for Quality (ASQC). Wg ASQC jest to najlepsze w swo-

¹⁴⁷ E. Marciszewska, J. Pieriegud, *Benchmarking...*, op. cit., p. 20.

¹⁴⁸ D. Rigby, B. Bilodeau, *Management...*, op. cit., p. 3.

¹⁴⁹ *Ibidem*, p. 7.

¹⁵⁰ K. Zimniewicz, *Współczesne koncepcje i metody zarządzania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2000, s. 37.

¹⁵¹ E. Vaughan, *Key Strategy Tools: The 80+ Tools for Every Manager to Build a Winning Strategy*, FT Publishing, UK 2013, p. 34.

¹⁵² B. Andersen, *Benchmarking in Performance Management*, Chapman&Hall, London 1995, s. 212.

¹⁵³ A. Węgrzyn, *Benchmarking. Nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*, Wyd. Antykwa, Kluczbork-Wrocław 2000, s. 81.

jej klasie osiągnięcie, które stanowi „najwyższy standard dla danego procesu gospodarczego”¹⁵⁴. Rozszerzoną wersję tej definicji można odnaleźć w Business Dictionary, gdzie benchmark to „standard lub zestaw standardów używanych jako punkt odniesienia do oceny wyników i poziomu jakości, wyciągnięty z doświadczeń własnej firmy, doświadczeń innych organizacji lub wymogów prawnych”¹⁵⁵.

Powyższa etymologia słowa benchmarking ułatwia zdefiniowanie tejże koncepcji. Adoptując na potrzeby zarządzania przedstawione interpretacje można stwierdzić, że benchmarking to porównywanie się do najlepszych, korzystanie z ich rozwiązań, a w konsekwencji uczenie się pożądanym zachowań¹⁵⁶. Rozwiązanie to znano już od początku ludzkości, gdyż nawet człowiek pierwotny uczył się pewnych zachowań, np. technik polowania od otaczających go zwierząt, na stałe trafiła do słownika biznesu dopiero w latach 80. ubiegłego stulecia.

Wcześniejsze zastosowanie działań benchmarkingowych można odnotować chociażby w działaniach niemieckiego wojska na początku ubiegłego stulecia, które czerpiąc inspiracje z amerykańskiego cyrku, dokonało usprawnień w zakresie przemieszczania swoich sił, czy wprowadzeniu przez Henrego Forda taśmy produkcyjnej, dla której wzorcem były haki transportowe w jednej z chicagowskich rzeźni¹⁵⁷. Jednakże do pełnego sformułowania zasad tej koncepcji przyczyniło się przedsiębiorstwo Rank Xerox, które pod koniec lat 70. XX wieku znalazło się w trudnej sytuacji spowodowanej ekspansją i przejmowaniem rynków zbytu przez japońskiego Canon'a. Firma japońska oferowała wówczas kserokopiarki jakościowo i technicznie porównywalne do produktów konkurenta, jednak po znacznie niższych cenach¹⁵⁸. W związku z faktem, iż Rank Xerox nie był w stanie wyprodukować kopiarek po cenie Canona, firma stanęła w obliczu bankructwa. Celem ratowania przedsiębiorstwa w 1983 roku wdrożono program naprawczy „Leadership Through Quality”, składający się z trzech części: obowiązki pracowników, benchmarking i poprawa jakości¹⁵⁹. Jak okazało się później program, a w szczególności jego drugi rozdział, pozwolił na odzyskanie konkurencyjności przez firmę. Nie dziwi więc fakt, że w krótkim okresie czasu z doświadczeń Rank Xerox dotyczących benchmarkingu korzystało wiele firm na świecie, jak np.: Motorola, Ford czy IBM¹⁶⁰.

Pierwsza definicja benchmarkingu została sformułowana przez R.C. Camp'a szefa ds. benchmarkingu w Rank Xerox. Autor, który uznany został za pioniera benchmar-

¹⁵⁴ *Ibidem*.

¹⁵⁵ <http://www.businessdictionary.com/definition/benchmark.html>, 14 wrzesień 2010.

¹⁵⁶ M. Cholewa-Wiktor, *Benchmarking...*, op. cit., s. 131.

¹⁵⁷ E. Czyż-Gwiazda, *Benchmarking, Benchmark Index, czyli jak porównywać się z najlepszymi?*, Wyd. Centrum Benchmarkingu Polska TUV Nord, Katowice 2006, s. 7–8.

¹⁵⁸ Z. Martyniak, *Nowe metody...*, op. cit., s. 56.

¹⁵⁹ B. Ziębicki, *Benchmarking w doskonaleniu organizacji usług użyteczności publicznej*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2007, s. 40.

¹⁶⁰ Z. Martyniak, *Nowe metody...*, op. cit., s. 56.

kingu, określa go jako: „poszukiwanie najefektywniejszych metod dla danej działalności, pozwalających osiągnąć przewagę konkurencyjną”¹⁶¹. W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji benchmarkingu, które charakteryzują się skupieniem na różnych aspektach tej koncepcji. Wybrane pojęcia zostały zaprezentowane w tabeli 11.

Tabela 11. Wybrane definicje benchmarkingu

Definicja benchmarkingu	Autor
„B. jest procesem poprawy wyników poprzez ciągłe identyfikowanie, zrozumienie, adaptowanie wybitnych praktyk i procesów, odnalezionych wewnątrz i na zewnątrz organizacji”.	APQC
„B. to ciągły proces oceny produktów usług i praktyk, w odniesieniu do najsilniejszych konkurentów lub firm uznawanych za liderów przemysłu”.	D. T. Kearns
„B. jest systematycznym i stałym procesem poszukiwania, pomiaru i wdrażania najlepszych rozwiązań”.	A. G. Kamande
„B. jest ciągłym procesem badań dostarczających cennej informacji, procesem uczenia się od innych, praktycznym poszukiwaniem pomysłów, czasochłonnym i pracochłonnym oraz wymagającym dyscypliny, jest także użytecznym narzędziem poprawy dosłownie każdego procesu gospodarczego”.	M. J. Spendolini
„B. jest procesem ciągłego uczenia się i twórczego doskonalenia organizacji, wykorzystującym rozwiązania i osiągnięcia, które wypracowali najlepsi w danej dziedzinie”.	A. Węgrzyn
„B. jest tworzeniem lepszych rozwiązań, bazując na wiedzy o najlepszych rozwiązaniach”.	H. J. Harrington
„B. jest procesem polegającym na doskonaleniu efektywności własnej organizacji poprzez identyfikowanie, analizowanie, adaptowanie i wdrażanie rozwiązań stosowanych przez organizacje najbardziej efektywne w skali świata”.	J. Brilman
„B. to metoda porównywania własnych rozwiązań z najlepszymi oraz ich udoskonalania przez uczenie się od innych i wykorzystywanie ich doświadczenia”.	Z. Martyniak
„B. to proces nieustannego poszukiwania najlepszych praktyk, które po zaadaptowaniu i wdrożeniu w danej organizacji mogą skutkować doskonałą wydajnością”.	Ch. E. Bogan, M. J. English
„B. to technika pozwalająca nam wybrać rynkowe alter ego, czyli firmę, z którą powinniśmy sukcesywnie porównywać swoją firmę i oceniać rozwój sytuacji”.	K. Oblój
„B. to proces wyszukiwania najlepszych cech cudzych wyrobów, technologii i usług w celu wykorzystania ich do doskonalenia własnych wyrobów, technologii i usług”.	J. Stoner, E. Freeman, D. Gilbert
„B. jest systematycznym, ciągłym procesem polegającym na stałym mierzeniu i porównywaniu jednej kategorii działań organizacyjnych przedsiębiorstwa w stosunku do lidera w danej dziedzinie, mających na celu pomaganie przedsiębiorstwu w usprawnianiu jego działań”.	G. H. Watson
„B. to proces poprawy podczas, którego organizacja mierzy swoje osiągnięcia i porównuje je do wyników najlepszych organizacji w swojej klasie, ustala jak te organizacje uzyskały dane osiągnięcia, a następnie wykorzystuje te informacje, aby usprawnić swoją organizację”.	ASQ

¹⁶¹ R. C. Camp, *The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance*, ASQC Quality Press, Milwaukee, Wisconsin 1989, s.25.

c.d. Tabela 11. Wybrane definicje benchmarkingu

Definicja benchmarkingu	Autor
„B. to wykorzystywanie najlepszych praktyk (wzorcowych wskaźników czy procesów) innych organizacji do usprawniania własnej operacyjnej i/lub strategicznej działalności (...), która obejmuje procesy, produkty, wyniki, struktury, strategie, systemy (...)”.	J. Brzóska
„B. to nieprzerwany proces porównywania wyników przedsiębiorstwa, systemów zarządzania, procesów, produktów i usług z bezpośrednimi konkurentami oraz z firmami z innych branż, które uznane są za liderów sektorowych”.	A. Kupczyk, H. Korolewska- -Mróz, M. Czerwonka

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. G. Kamande, *Benchmarking of Performance Measure In UK Engine Plants*, Cranfield University, Cranfield 1997, s. 26, T. Bendell, L. Boulter, *Benchmarking*, Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków, 2000, s. 98, D. Kisperska-Moroń, *Podstawy benchmarkingu* (1), „Gospodarka Materialowa i Logistyka” 2000 nr 2, s. 25, A. Węgrzyn *Benchmarking...*, op. cit., s. 84, H. J. Harrington, *The complete Benchmarking implementation Guide. Total Benchmarking Management*, McGraw-Hill, New York, 1996. s. 1, J. Brilman, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, 2002, s. 262, Z. Martyniak, *Nowe metody...*, op. cit., s. 57, Ch. E. Bogan, M. J. English, *Benchmarking jako klucz do najlepszych praktyk*, Wyd. Helion, Gliwice, 2006, s. 19, K. Obłój, *Strategia sukcesu firmy*, PWE, Warszawa, 1998, s. 105, J. Stoner, E. Freeman, D. Gilbert, *Kierowanie*, PWE, Warszawa, 1997, s. 226, G. H. Watson, *Strategic benchmarking*, John Wiley&Sons Inc., New York, 1993, s. 59, V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking for Hospitals: Achieving Best-in-Class Performance without Having to Reinvent the Wheel*, ASQ Quality Press Milwaukee, Wisconsin, 2008, p. 3, J. Brzóska *Benchmarking – nowoczesny instrument doskonalenia zarządzania*, [w:] J. Brzóska (red.), *Przedsiębiorca w Politechnice Śląskiej. Przewodnik*, Wyd. I&L, Gliwice 2010, s. 232, A. Kupczyk, H. Korolewska-Mróz, M. Czerwonka, *Radykalne...*, op. cit., s. 79.

W sektorze opieki zdrowotnej idea porównywania pewnych wskaźników sięga XVII wieku, kiedy to porównywano śmiertelność w różnych szpitalach. Jednakże jego wykorzystanie jako metody strukturalnej rozpoczęło się dopiero w połowie lat 90. Koncepcja ta w Stanach Zjednoczonych oraz Wielkiej Brytanii wraz z koniecznością porównania wyników leczenia w celu zrationalizowania ich finansowania¹⁶². Jedne z pierwszych prób wdrożenia benchmarkingu w zakładzie opieki zdrowotnej miały miejsce w Stanach Zjednoczonych w Catholic Health Corporation i Voluntary Hospitals of America¹⁶³. Można zatem uznać, że ten właśnie kraj jest kolebką benchmarkingu w sektorze usług zdrowotnych. W związku z tym, zasadne jest oparcie niniejszego opracowania o definicję wg *The American Society for Quality* (ASQ) traktującą benchmarking jako: „proces poprawy podczas, którego organizacja mierzy swoje osiągnięcia i porównuje je do wyników najlepszych organizacji w swojej klasie, ustala, jak te organizacje uzyskały dane osiągnięcia, a następnie wykorzystuje te informacje, aby usprawnić swoją

¹⁶² F. Thonon, J. Watson, M. Saghachian, *Benchmarking facilities providing care: An international overview of initiatives*, SAGE open Medicine, vol. 3, First Published September 23, 2015.

¹⁶³ M. Cygańska, *Benchmarking w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*, <http://www.abc.com.pl/problem/97/7>, data dostępu: 12.07.2010.

organizację”¹⁶⁴. Wg Autorów, kluczowe znaczenie dla zrozumienia istoty tego procesu opiera się na odpowiedzi na pięć pytań¹⁶⁵:

1. Gdzie? – czyli, określenie obszaru do poszukiwania wzorców postępowania, np. własna organizacja, branża itp.
2. Kto? – czyli, wybór organizacji będącej wzorcem (najlepszym w swojej klasie).
3. Jak? – czyli, ustalenie w jaki sposób ta organizacja osiągnęła swoje wyniki.
4. Dlaczego? – czyli, odkrycie i zrozumienie czynników sukcesu organizacji najlepszej, a następnie wykorzystanie zdobytych informacji do usprawniania działań we własnym przedsiębiorstwie.
5. Co? – czyli, zdefiniowanie obszarów działalności, w których możliwe jest zastosowanie benchmarkingu np. strategia, procesy, procedury itp.

Poza przytoczoną terminologią warto także zwrócić uwagę na wyjaśnienie tego słowa przez B. Gift oraz D. Mosel, którzy definiują benchmarking dla służby zdrowia. Autorzy traktują benchmarking jako: „ustawiczną i wspólną dyscyplinę mierzenia i porównywania kluczowych wyników procesów roboczych z najlepszymi wykonawcami”¹⁶⁶. Omawiając definicję benchmarkingu należałoby również podkreślić fakt, iż znaczenie tego pojęcia dla zakładów opieki zdrowotnej ma charakter ewolucyjny. Początkowo benchmarking polegał głównie na porównywaniu wyników wydajności, celem zidentyfikowania rozbieżności w porównywanych placówkach. Następnie pojęcie to nabrało szerszego znaczenia, które obejmowało również analizę procesów i czynników sukcesu dla uzyskania wyższych poziomów wydajności, zaś najnowsze modyfikacje tej koncepcji dotyczą spełnienia oczekiwań pacjentów¹⁶⁷.

Podsumowując powyższe rozważania dotyczące istoty benchmarkingu, konieczne jest podkreślenie, iż nie jest on wyłącznie powielaniem sukcesów innych organizacji¹⁶⁸. Wynika to z faktu, iż każda organizacja działa w innym, niepowtarzalnym otoczeniu, na które wpływają unikalne szanse i zagrożenia oraz siły i słabości. Wpływ tych czynników na organizację wiąże się także z kształtowaniem wszystkich zachodzących w niej procesów, czyniąc je tym samym jedynymi w swoim rodzaju. Dlatego też benchmarking nie może opierać się wyłącznie na odtwórczym wprowadzaniu rozwiązań, ale na zrozumieniu sposobu, który zapewnił sukces porównywanej organizacji. Zdobyta w ten sposób wiedza powinna posłużyć do wypracowania własnego rozwiązania. Zatem benchmarking jest koncepcją, w której stałe uczenie się najlepszych rozwiązań, w efekcie jest także uczeniem się samej organizacji. Krótko mówiąc, jego istotę określić można jako: „ucze-

¹⁶⁴ V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p.3.

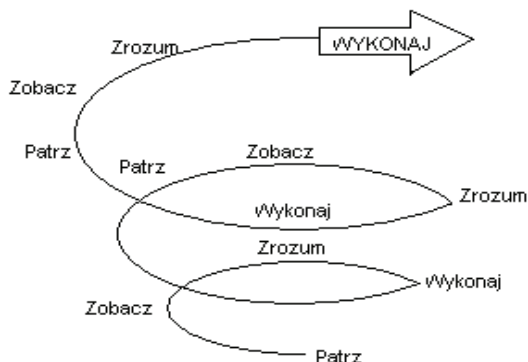
¹⁶⁵ *Ibidem*.

¹⁶⁶ W. A. M. van Lent, R. D. de Beer, W. H. van Harten, *International Benchmarking of Specialty Hospitals. A Series of Case Studies on Comprehensive Cancer Centers*, BMC Health Services Research 2010, no. 10, p. 253, za T. Karkowski, *Restrukturyzacja...*, op. cit., s. 176.

¹⁶⁷ A. Ettorchi-Tardy, M. Levif, P. Michel, *Benchmarking: A Method for Continious Quality Improvement in Health, Healthcare Policy*, 2012 May; 7(4), p.102.

¹⁶⁸ V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p. 11

nie się, jak się uczyć¹⁶⁹. Omawiając ideę benchmarkingu, należy podkreślić również, że jest to proces stały, w którym zakończenie jednego cyklu usprawnień jest początkiem do poszukiwania kolejnych sposobów poprawy efektywności. Ideę tę można zobrazować za pomocą tzw. spirali wyników¹⁷⁰ (rysunek 5).



Rysunek 5. Spirala wyników w procesie benchmarkingu

Źródło: J. Kuczevska, *Europejska...*, op. cit.

Autorzy powyższej spirali, Keegan i O'Kelly, proces benchmarkingu opisują za pomocą czterech etapów¹⁷¹:

- patrz, czyli obserwowanie co dzieje się w otoczeniu, wyszukaniu najlepszych praktyk;
- zobacz, czyli dokonanie wnikliwej analizy wzorca;
- zrozum, zatem identyfikacja kluczowych czynników sukcesu benchmarku oraz analiza możliwości impelmentacji we własnej organizacji, uwzględniając specyficzne warunki funkcjonowania;
- wykonaj, a więc wdrażanie opracowanych rozwiązań.

Zakończenie jednego procesu patrz-zobacz-zrozum-wykonaj powoduje konieczność rozpoczęcia następnego, w którym poszukiwane są nowe wzorce usprawniające organizację. W tym ujęciu benchmarking to proces ciągłego doskonalenia, w którym wdrożenie jednego rozwiązania usprawniającego, rozpoczyna poszukiwanie nowych innowacji.

¹⁶⁹ J. Kuczevska, *Europejska procedura benchmarkingu, programy i działania*, www.parp.gov.pl/files/74/81/158/2007euprocbenchmarkingu.pdf, 2 lipiec 2010.

¹⁷⁰ *Ibidem*.

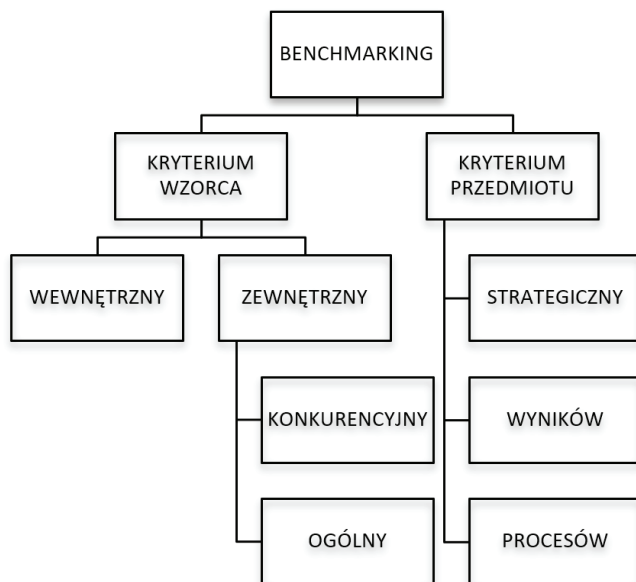
¹⁷¹ *Ibidem*.

2.2. Rodzaje benchmarkingu

W literaturze nauk o zarządzaniu odnaleźć można wiele klasyfikacji dotyczących benchmarkingu. Jednym z pierwszych opracowań jest sformułowany przez Roberta C. Campa i Gerarda J. Balma podział benchmarkingu na cztery rodzaje¹⁷²:

- benchmarking wewnętrzny,
- benchmarking konkurencyjny,
- benchmarking funkcjonalny,
- benchmarking ogólny wg Camp'a (lub horyzontalny wg Balm'a).

Inną klasyfikację zaproponował L.S. Pryor, który podzielił benchmarking na trzy typy: benchmarking proceduralny, benchmarking marketingowy i benchmarking strategiczny¹⁷³. W niniejszym opracowaniu przyjęta została klasyfikacja benchmarkingu autorstwa Adama Węgrzyna (rysunek 6), która opiera się na klasycznym podziale wg B. Andersena. Zgodnie z powyższą klasyfikacją benchmarking został podzielony na podstawie dwóch kryteriów: wzorca i przedmiotu¹⁷⁴.



Rysunek 6. Podział benchmarkingu wg. Adama Węgrzyna

Źródło: A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, op. cit., s. 86.

¹⁷² Z. Martyniak, *Nowe metody...*, op. cit. s. 57.

¹⁷³ G. Aniszewska, *Benchmarking, czyli jak się uczyć i doskonalić*, „Marketing i Rynek”, 1995, nr 4, s. 13–14.

¹⁷⁴ M. Dobrowska-Mitek, *Zastosowanie koncepcji benchmarkingu w sferze logistyki*, [w:] M. Przybyła (red.), *Zarządzanie-kontekst strategiczny, kulturowy i zasobowy*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Łangego we Wrocławiu, Wrocław 2007, s. 353.

Pierwsze kryterium dotyczy obiektu, w stosunku, do którego dana organizacja jest porównywana. Może nim być własne przedsiębiorstwo (benchmarking wewnętrzny) lub inne przedsiębiorstwo (benchmarking zewnętrzny).

W obrębie benchmarkingu zewnętrznego, w zależności od charakteru organizacji zewnętrznej, wyróżniony został¹⁷⁵:

- benchmarking konkurencyjny, gdzie partnerem w procesie benchmarkingu jest organizacja konkurencyjna,
- benchmarking ogólny, w którym partnerem jest inne przedsiębiorstwo niestwarzające konkurencji, np. z innej branży.

Kryterium przedmiotu dotyczy natomiast materii benchmarkingu, a więc tego, co organizacja zamierza porównywać. Według tego kryterium wyróżnione zostały trzy rodzaje benchmarkingu¹⁷⁶:

- benchmarking strategiczny – porównywanie działań, procedur i procesów o charakterze strategicznym,
- benchmarking wyników – porównywanie wszelkich danych dotyczących efektywności organizacji,
- benchmarking procesów – porównywanie konkretnych, kluczowych dla organizacji procesów.

Benchmarking wewnętrzny jest to proces polegający na porównywaniu analogicznych metod, funkcji i działań w obrębie jednej organizacji. W ramach danej jednostki porównania mogą obejmować działania: różnych wydziałów, zespołów roboczych pracujących w tym samym wydziale, filii oraz innych firm krajowych i zagranicznych, ale funkcjonujących w obrębie tej samej grupy kapitałowej¹⁷⁷. Ten rodzaj benchmarkingu stanowi zazwyczaj punkt wyjścia do stosowania innych typów tejże metody. Wynika to z faktu, iż analiza wnętrza własnej organizacji cechuje się najłatwiejszą dostępnością i zazwyczaj największą rzetelnością uzyskanych informacji. Pozyskane w ten sposób dane dotyczą jednego przedsiębiorstwa, a więc nie ma większych trudności w ich porównywaniu, co w konsekwencji pozwala na stosunkowo łatwe przenoszenie najlepszych doświadczeń. Niestety, benchmarking wewnętrzny posiada także wady, z których największą jest ograniczona możliwość obserwacji, z czego wynika niewielkie prawdopodobieństwo odnalezienia wewnątrz własnej organizacji praktyk na najwyższym światowym poziomie. W zakładach opieki zdrowotnej benchmarkingowi wewnętrznemu mogą zostać poddane jednostki organizacyjne, które wchodzi w skład większego podmiotu, jak np.: oddziały szpitalne, przychodnie przyszpitalne itp.¹⁷⁸ Porównywanie tych jednostek może odbywać się za pomocą wskaźników, np.: liczba zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek przypadająca na jednego hospitalizowanego, procent obłożenia łóżek w ciągu roku, stosunek zatrudnionego personelu medycznego do personelu admini-

¹⁷⁵ A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, op. cit. s. 85–86.

¹⁷⁶ *Ibidem*, s. 86.

¹⁷⁷ T. Bendell, L. Boulter, *Benchmarking*, op. cit., s. 98.

¹⁷⁸ K. Perechuda, M. Kowalewski, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 206.

stracyjnego, koszt usług pomocniczych względem kosztów całkowitych oddziału, liczba zakażeń szpitalnych, satysfakcja pacjenta ze świadczonych usług itp. W wyniku analizy powinny zostać wyłonione podmioty, czy funkcjonujące w ich ramach konkretne działania, które mogą być wzorcowe dla pozostałych badanych jednostek. Należy jednak zaznaczyć, że porównywanie działań podstawowych dla różnych oddziałów ma w szpitalu ograniczone zastosowanie. W związku z tym benchmarking wewnętrzny w tym przypadku sprowadzać się będzie w zasadzie do porównywania procesów pomocniczych.

Po wyczerpaniu wzorcowych metod postępowania w ramach działalności własnej organizacji lub braku innowacyjnych rozwiązań, przedsiębiorstwo powinno skorzystać z benchmarkingu zewnętrznego. Polega on na wyłonieniu najlepszych praktyk w innych organizacjach. Pierwszym krokiem jest wyszukanie przedsiębiorstw – liderów w danej dziedzinie, do których możliwe jest porównanie. Mogą to być konkurenci, czyli przedsiębiorstwa wytwarzające ten sam rodzaj produktu lub usługi albo pozostałe organizacje, np. z innej branży.

Korzystanie z doświadczeń firm konkurencyjnych nosi nazwę benchmarkingu konkurencyjnego. Jego istota opiera się na założeniu, że możliwe jest poszukiwanie najlepszych rozwiązań wśród organizacji należących do tej samej branży, przy czym porównywane organizacje muszą posiadać porównywalne parametry¹⁷⁹. W szpitalach może to być podobny profil działalności, podobna wielkość jednostki lub zbliżona liczba zatrudnionego personelu. Analizie porównawczej mogą zostać poddane nie tylko wyniki działalności podstawowej, ale również działalność pomocnicza i rozwiązania systemowe, jak np.: systemy wynagrodzeń i motywacji, zarządzanie finansami, systemy informacji itp. W literaturze przedmiotu benchmarking konkurencyjny bardzo często określany jest jako najtrudniejszy rodzaj tej metody zarządzania. Spowodowane jest to trudnością uzyskania rzetelnych informacji na temat praktyk stosowanych przez konkurencję i nie ma w tym nic niezwykłego, ponieważ nikt chętnie nie dzieli się ze współzawodnikiem tajemnicami swojego sukcesu. W przypadku publicznej służby zdrowia sytuacja ta jest nieco ułatwiona, gdyż wszystkie szpitale publiczne podlegają zwierzchnictwu tego samego podmiotu, jakim jest Ministerstwo Zdrowia, czy władze samorządowe. Dlatego też, w tym przypadku rolę podmiotu, czy pośrednika ułatwiającego obieg informacji o najlepszych praktykach, mogą pełnić odpowiednie organy państwowe. W zależności od tego, której sfery działalności szpitala dotyczą, mogą być one gromadzone, a następnie rankingowane, np. poprzez¹⁸⁰:

1. Konsultantów wojewódzkich-informacje związane z obszarem medycznym.
2. Narodowy Fundusz Zdrowia-informacje obejmujące obszar finansowy.
3. Wojewodów – reprezentujących władze państwowe – informacje, dotyczące sfery politycznej, w której funkcjonują szpitale.

Naturalnie, od dawna w polskiej służbie zdrowia, dane dotyczące ogólnej sytuacji szpitali gromadzone są w formie raportów i statystyk, z których łatwo jest wyłonić li-

¹⁷⁹ Z. Martyniak, *Nowe metody...*, op. cit., s. 58.

¹⁸⁰ M. Cholewa-Wiktor, *Benchmarking...*, op. cit., s. 70.

derów. Jednakże, do wykorzystania tych informacji w procesie benchmarkingu, niezbędna jest pogłębiona analiza, która pozwoli także na wyznaczenie czynników sukcesu najlepszych w swojej klasie organizacji. Zebrane w ten sposób informacje mogłyby być następnie przekazywane pozostałym członkom rynku, co z pewnością ułatwiłoby i znaczenie przyspieszyło sam proces benchmarkingu. Oczywiście, alternatywą może być także bezpośrednia współpraca dwu lub więcej jednostek służby zdrowia. Przy czym, w tym przypadku konieczne jest podkreślenie szczególnej roli etyki i jasnych zasad współpracy w procesie zbierania i wykorzystywania informacji.

Drugi rodzaj benchmarkingu zewnętrznego to benchmarking ogólny (zwany także międzybranżowym, funkcjonalnym¹⁸¹, horyzontalnym, generycznym i rodzajowym¹⁸²). Polega on na porównywaniu podobnych funkcji przedsiębiorstw niebędących konkurentami tzn. działających w innej branży¹⁸³. Ten rodzaj benchmarkingu opiera się na założeniu, że funkcje kierownicze są podobne w każdej branży, w związku z tym wnioski mówiące o tym, jakie praktyki są dobre a jakie złe, mogą być przenoszone do innych organizacji¹⁸⁴. Związane jest to z największą zaletą tego typu benchmarkingu, czyli dużym prawdopodobieństwem znalezienia rozwiązania innowacyjnego. Wynika to z faktu mnogości przedsiębiorstw działających w różnych dziedzinach gospodarki. Dodatkowym atutem jest stosunkowo łatwy dostęp do informacji, gdyż organizacja wzorująca się nie stanowi zagrożenia rynkowego dla benchmarku. Za najbardziej istotne utrudnienia uważa się z kolei trudności w porównywaniu zupełnie innych organizacji i wynikającą z niego czasochłonną i skomplikowaną analizę informacji¹⁸⁵. W szpitalach publicznych benchmarking funkcjonalny może dotyczyć przede wszystkim działalności pomocniczej oraz procesów zarządczych takich, jak: szkolenia, usługi hotelowe, transport, usługi pralnicze itp. Przykładem szpitala, w którym zastosowano ten rodzaj benchmarkingu jest Branson Methodist Hospital In Kalamazoo. Dla usprawnienia obsługi pacjentów tej placówki wybrano dwie organizacje wzorcowe spoza branży: hotel The Ritz-Carlton Company, będący liderem w zakresie room service i dozoru oraz Disney, który był liderem w szkoleniu pracowników¹⁸⁶. Innym przykładem szpitala, w którym zastosowano benchmarking funkcjonalny, ale usług podstawowych jest Columbus Children's Hospital. W tym przypadku benchmarking zastosowano w celu zminimalizowania liczby błędów pojawiających się przed zabiegiem na sali operacyjnej. Program nosił nazwę „Operation Takeoff” i wykorzystywał analogie do przemysłu lotniczego. Usprawnienia dotyczyły sprawdzenia wszelkich informacji dotyczących pacjenta tuż

¹⁸¹ Benchmarking ogólny jest szczególnym przypadkiem benchmarkingu funkcjonalnego.

¹⁸² Opracowano na podstawie: A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, op. cit., s. 91, M. Dobrowska-Mitek, *Zastosowanie...*, op. cit., s. 354.

¹⁸³ J. Brilman, *Nowoczesne...*, op. cit., s. 264.

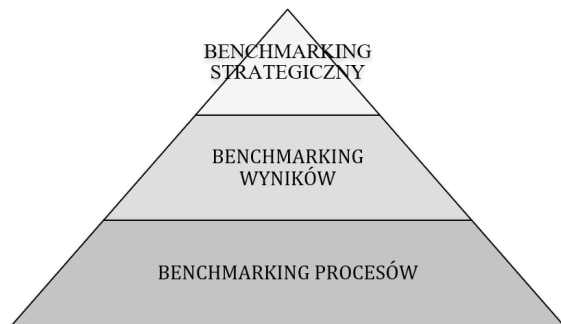
¹⁸⁴ V. E. Sower, *Benchmarking In Hospitals: More Than a Scorecard*, "Quality Progress", August 2007, s. 60.

¹⁸⁵ J. Zabawa, R. Krawczyk, *Benchmarking procesów biznesowych w bankowości*, „Bankowość Komercyjna”, styczeń 2006, s. 26.

¹⁸⁶ *Ibidem*.

przed samą operacją, jak np.: imię i nazwisko, cel operacji, alergie. Wzorcem były czynności wykonywane przez pilotów tuż przed samym startem maszyny¹⁸⁷.

Według kryterium przedmiotu wyróżniony został benchmarking: strategiczny, wyników i procesów (rysunek 7). Niniejszy podział opiera się na określeniu, jakich zagadnień i kwestii będzie dotyczył proces benchmarkingu w organizacji.



Rysunek 7. Rodzaje benchmarkingu wg kryterium przedmiotu

Źródło: Ch. E. Bogan, M. J. English, *Benchmarking...*, op. cit., s. 25.

Jak widać na powyższym rysunku podstawę piramidy stanowi benchmarking procesów. W tym przypadku analiza organizacji dotyczyć będzie działalności operacyjnej, a więc pojedynczych działań, zadań i procesów roboczych¹⁸⁸. Usprawnienia wdrożone za pomocą benchmarkingu obejmują konkretne operacje, jak np. sposób rejestracji, przyjmowania pacjentów, wypisy itp. Benchmarking procesów polega zatem na rozpoznaniu pojedynczych procesów, które mogą zostać poddane usprawnianiu, a następnie wyszukaniu odpowiednich wzorców do naśladowania, niekoniecznie z tej samej branży. Największą zaletą benchmarkingu procesów są szybko widoczne efekty, jak np.: wzrost wydajności, zwiększenie sprzedaży czy obniżenie kosztów¹⁸⁹. Usprawnienie pojedynczego, ale kluczowego dla organizacji procesu, może bardzo szybko zaowocować, przekładając się na poprawę wyniku finansowego. Ten rodzaj benchmarkingu w służbie zdrowia jest szczególnie przydatny. Mnogość procesów występujących w szpitalu publicznym powoduje, że lepsze rezultaty porównań można zyskać, skupiając się na jednym procesie i to dla niego wyszukiwać wzorca, niż na całej organizacji.

Kolejny poziom piramidy klasyfikującej benchmarking pod względem kryterium przedmiotu to benchmarking wyników. Głównym zadaniem tego rodzaju benchmarkingu jest uzyskanie informacji o zajmowanej przez organizację pozycji konkurencyjnej. Służy tego przede wszystkim porównywanie usług i produktów pod względem takich kryteriów, jak np.: jakość, niezawodność, cena i inne cechy produktu, bądź usługi¹⁹⁰. Benchmarking wyników może równie dobrze jak w innych przedsiębiorstwach

¹⁸⁷ V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p. 10.

¹⁸⁸ Ch. E. Bogan, M. J. English, *Benchmarking...*, op. cit., s. 24.

¹⁸⁹ *Ibidem*.

¹⁹⁰ *Ibidem*, s. 25.

sprawdzić się także w zakładach opieki zdrowotnej. Przykładowo szpital po wykonaniu usługi może porównać jej koszt do kosztów uzyskanych w innych zakładach opieki medycznej. Porównanie kosztowe może dotyczyć np. wysokości kosztów ponoszonych na leczenie jednego pacjenta, określonej jednostki chorobowej czy kosztu wykonywania określonych procedur medycznych¹⁹¹. Analogicznie można oceniać swoją pozycję konkurencyjną, biorąc pod uwagę inne, niż kosztowe kryteria, jak np. czas oczekiwania pacjenta na lekarza na izbie przyjęć, czas oczekiwania na zabieg planowy, liczba zakażeń szpitalnych itp. Ten rodzaj benchmarkingu zazwyczaj jest punktem wyjścia do zastosowania kolejnych jego odmian. Wynika to z faktu, iż pozwala on na zorientowanie się organizacji, co do zajmowanej przez nie pozycji rynkowej, pozostawiając tym samym analizę sposobów jej osiągnięcia innym rodzajom benchmarkingu.

Dotyczącym działań długoterminowych, mających znaczenie strategiczne dla organizacji jest szczyt piramidy, który zajmuje benchmarking strategiczny. W tym przypadku porównaniu zostają poddane kluczowe czynniki decydujące o sukcesie organizacji. Przedmiotem analizy mogą być: misja, cele przedsiębiorstwa, czy systemy zarządzania¹⁹². Istotą benchmarkingu strategicznego jest skupienie uwagi na silnych stronach, decydujących o przewadze konkurencyjnej porównywanej organizacji. W związku z tym, że poszukiwane są rozwiązania zapewniające długofalowe sukcesy organizacji dotyczącej jej zdolności do konkurowania, korzyści wynikające z tego procesu mogą ujawniać się później, niż jest to w przypadku benchmarkingu procesu. W tym rodzaju benchmarkingu niezwykle ważne jest także odpowiednie dobranie wzorca do porównań. Ponieważ analiza dotyczyć będzie fundamentów działania organizacji, jak np. jej misji, strategii czy metod zarządzania, przedsiębiorstwa porównywane rzadko funkcjonują w tej samej branży¹⁹³. Wynika to z faktu, iż poszukiwanie rozwiązań tylko we własnej branży związane jest z pewnymi ograniczeniami dotyczącymi, np. innowacyjności stosowanych metod, ponieważ istnieje większe prawdopodobieństwo odnalezienia nowatorskich czy najlepszych rozwiązań, które nie są stosowane przez daną branżę, a stanowią o sukcesie firm spoza niej.

Poza omówionymi rodzajami benchmarkingu w literaturze przedmiotu odnaleźć można także wiele innych typów tejże koncepcji zarządzania. Adam Węgrzyn, w oparciu o literaturę angloamerykańską, wymienia także benchmarking¹⁹⁴:

- relacyjny, gdzie proces benchmarkingu oparty jest na istniejącej już więzi, czy współpracy między danymi jednostkami np. sieć szpitali;
- marketingowy, w którym głównym obszarem zainteresowań jest porównywanie opinii nabywców, w zakresie konkretnych cech produktu, czy usługi, np. badanie satysfakcji pacjenta z usług świadczonych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej;

¹⁹¹ M. Cygańska, *Benchmarking* ..., op. cit., 22.07.2010.

¹⁹² K. Perechuda, M. Kowalewski, *Zarządzanie*..., op. cit., s. 206.

¹⁹³ Ch. E. Bogan, M. J. English, *Benchmarking*..., op. cit., s. 26.

¹⁹⁴ A. Węgrzyn, *Benchmarking*..., op. cit., s. 94–96.

- projektu, którego istota to badanie efektywności zadania inwestycyjnego już w czasie jego trwania.

Przedstawione w pracy rodzaje benchmarkingu to najczęściej wyróżniane w literaturze jego odmiany. Oczywiście, spotykane są również inne systematyki i związane z nimi rodzaje benchmarkingu, jednakże w pracy skupiono się na przedstawieniu tych najbardziej popularnych zarówno w opracowaniach teoretycznych jak i stosowanych w praktyce.

2.3. Proces benchmarkingu

Benchmarking to koncepcja zarządzania, której wdrożenie do organizacji może zostać zainicjowane w dwojaki sposób: odgórnie, czyli przez najwyższą kadre zarządzającą placówką lub oddolnie, a więc przez kadre niższego szczebla¹⁹⁵. Pierwsza metoda zakłada, że benchmarking jest wynikiem decyzji podejmowanych przez naczelne kierownictwo. Zainicjowany w ten sposób dotyczy zazwyczaj działań strategicznych, kluczowych dla funkcjonowania organizacji. Mogą to być np.: misja, cele, strategia, funkcje czy podstawowe procesy będące kluczowe dla wyznaczenia kierunku rozwoju organizacji. Drugi sposób wprowadzania może zostać zaproponowany przez każdego pracownika czy też komórkę lub jednostkę organizacyjną. Może to być, na przykład pracownik, który chce usprawnić wykonywane przez niego zadania lub kierownik działu, np. ordynator, który chciałby wprowadzić innowacje w zarządzanym przez siebie oddziale. Dlatego też można powiedzieć, że benchmarking oddolny zorientowany jest na poprawę funkcjonowania konkretnych procesów i działań.

Niezależnie od tego, na który sposób wprowadzania benchmarkingu zdecyduje się organizacja, na proces jego wprowadzania składa się kilka stadiów. W literaturze przedmiotu proponowanych jest wiele metodyk implementacji benchmarkingu, na które zależnie od autora składa się różna liczba faz. Wybrane systematyki zostały przedstawione w tabeli numer 12. Z kolei poszczególne fazy podzielone są na etapy lub zadania, które należy zrealizować w ramach konkretnego stadium. W zależności od szczegółowości opracowania na proces benchmarkingu może składać się od kilku do kilkudziesięciu takich etapów, rekordzistą jest firma Weyerhaeuser, która wyróżniła 33 etapy¹⁹⁶. Zaprezentowane w tabeli metodyki postępowania różnią się ilością, nazewnictwem i kolejnością poszczególnych faz.

Jednakże pomimo tych różnic, każde z przedstawionych rozwiązań posiada elementy wspólne z pozostałymi systematykami. Należą do nich:

1. Określenie obszaru benchmarkingu.
2. Analiza własnej organizacji.
3. Wybór partnera benchmarkingu.
4. Opracowanie usprawnień.

¹⁹⁵ V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p. 7.

¹⁹⁶ B. Ziębicki, *Benchmarking...*, op. cit., s. 70.

5. Wdrożenie nowych rozwiązań.

Tabela 12. Wybrane metodyki wprowadzania benchmarkingu

Autor	Fazy benchmarkingu
R. Camp	1. Planowanie 2. Analiza 3. Integracja 4. Działanie
R. Pieske	1. Wyznaczanie obiektu benchmarkingu 2. Analiza wewnętrzna 3. Wyznaczenie partnera 4. Analiza partnera 5. Ocena wyników 6. Planowanie i realizacja zmian oraz doskonalenie
G. J. Balm	1. Autoanaliza 2. Prebenchmarking 3. Benchmarking 4. Postbenchmarking 5. Przegląd i dostosowanie
K. Perechuda, M. Kowalewski	1. Planowanie 2. Analiza 3. Integracja 4. Akcja
T. Staphenurst	1. Określić zakres i cele benchmarkingu 2. Projektowanie procesu benchmarkingu i badania pilotażowe 3. Przeprowadzenie badań porównawczych 4. Analiza rezultatów i wnioski
V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers	1. Planowanie 2. Pozyskanie danych 3. Analiza 4. Integracja 5. Działanie 6. Dojrzałość
Ch. Bogan, M. English	1. Wybór procesu 2. Zrozumienie procesu istniejącego 3. Identyfikacja partnerów 4. Gromadzenie danych i informacji 5. Identyfikacja luk i ich przyczyn 6. Opracowanie programów naprawczych 7. Wdrożenie zmian i monitorowanie efektów

c.d. Tabela 12. Wybrane metodyki wprowadzania benchmarkingu

Autor	Fazy benchmarkingu
APQC	1. Planowanie 2. Zbieranie danych 3. Analiza 4. Adaptacja i rozwój
B.Ziębicki	1. Określenie przedmiotu doskonalenia 2. Dobór partnerów 3. Zbieranie informacji o rozwiązaniach wzorcowych 4. Ustalenie odchyleń 5. Projektowanie i wdrożenie zmian
P. Keehley, N. N. Abercrombie	1. Odkrycie problemu 2. Ustalenie kryteriów porównań 3. Poszukiwanie najlepszych praktyk 4. Implementacja najlepszych praktyk 5. Monitorowanie postępów

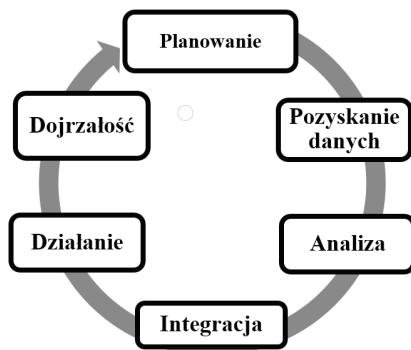
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: D. Kisperska-Moroń, *Benchmarking jako narzędzie zarządzania logistycznego*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2000, s. 24, K. Zimniewicz, *Współczesne...*, op. cit., s. 47, G. J. Balm, *Benchmarking: A Practitioner's Guide for Becoming and Staying Best of the Best*, QPMA Press, Schaumburg, IL1992, p. 36, K. Perechuda, M. Kowalewski, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 208–210, T. Stapenhurst, *The benchmarking book: A how-to-guide to best practice for managers and practitioners*, Butterworth-Heinemann, Oxford 2009, p. 41, V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p. 18, Ch. Bogan, M. English, *Benchmarking ...*, op. cit., p. 384–393, A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, op. cit., s. 104–105, B. Ziębicki, *Benchmarking...*, op. cit., s. 71, P. Keehley, N. N. Abercrombie, *Benchmarking in the Public and Non-Profit Sectors. Best Practices for Achieving Performance Breakthroughs*, Jossey-bass, San Francisco 2008, p. 87.

Należy podkreślić, że nie można wyróżnić jednej, najlepszej i uniwersalnej metodyki postępowania w procesie wdrażania benchmarkingu do organizacji. Każda z przedstawionych metod sprawdziła się w konkretnych, analizowanych przez Autora systematyki przedsiębiorstwach, dlatego też trudno jest udzielić rekomendacji jednego, najlepszego dla szpitala rozwiązania. Jednym z najbardziej rozpowszechnionych w literaturze przedmiotu rozwiązań jest metodyka procesu benchmarkingu w służbie zdrowia wg. Van Lent'a. Składa się on z następujących 13 kroków: określić czego benchmarking będzie dotyczyć, stworzyć zespół benchmarkingowy, wybrać partnerów benchmarkingu, zdefiniować i zweryfikować główne cechy partnerów, rozpoznać interesariuszy, skonstruować ramy do wskaźników, opracować odpowiednie i porównywalne wskaźniki, wybór wskaźników przez interesariuszy, zmierzyć zestaw wskaźników wydajności, analizować różnice w wydajności, przedstawić wyniki analizy i rekomendacje w raporcie, opracować plan poprawy, wdrożyć plan naprawczy¹⁹⁷.

Elementy powyższej metodyki zawiera również model stosowania benchmarkingu wg Sower'a, Duffy'ego i Kohers'a. Uznanie w niniejszej pracy tego rozwiązania za podstawowe wynika z faktu, iż rekomendowane jest ono przez Autorów właśnie dla zakła-

¹⁹⁷ F. Thonon, J. Watson, M. Saghatchian, *Benchmarking...*, op. cit., p. 2.

dów opieki zdrowotnej oraz uzupełnia model Van Lent'a o fazę dojrzałości. Zaproponowane rozwiązanie przedstawia poniższy schemat.



Rysunek 8. Sześć faz procesu benchmarkingu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p. 18.

Jak wynika z powyższego schematu, pierwszym etapem w procesie benchmarkingu w szpitalu jest planowanie, które obejmuje następujące zagadnienia¹⁹⁸:

1. Określenie obszaru benchmarkingu.
2. Powołanie zespołu benchmarkingowego.
3. Zidentyfikowanie punktów odniesienia, także dla procesów już istniejących.
4. Identyfikacja celów i kryteriów sukcesu.

Pierwszym, kluczowym dla powodzenia całego procesu działaniem jest ustalenie czego, a właściwie jakiej sfery funkcjonowania organizacji benchmarking ma dotyczyć. Jednym ze sposobów identyfikacji tego obszaru jest analiza średniej krajowej lub regionalnej. Istnieje wiele zestawień, np. raporty Ministerstwa Zdrowia czy rankingi ośrodków niezwiązanych ze służbą zdrowia, np. ranking najlepszych szpitali wg 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. Informacje te są niezwykle użyteczne dla szpitala podczas określania swojej pozycji na rynku. Ustalenie odchyleń pomiędzy wskaźnikami własnymi a średnimi lub wartościami najlepszymi pozwala na dostrzeżenie ułomności w konkretnych obszarach funkcjonowania. Innym sposobem na ustalenie przestrzeni dla benchmarkingu jest zauważenie niedoskonałości stosowanych działań przez kierownika, pojedynczego pracownika czy nawet pacjenta.

Kolejnym etapem w fazie planowania jest powołanie zespołu, określanego także mianem komórki benchmarkingu, wzorcowania¹⁹⁹ lub z ang. benchmarking team. Niezwykle ważne przy doborze składu takiego zespołu jest zachowanie zasady, iż powinien

¹⁹⁸ V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p. 18.

¹⁹⁹ J. Brilman, *Nowoczesne...*, op. cit., s. 267.

on zawierać przedstawicieli wszystkich grup, obszarów czy oddziałów, których proces będzie dotyczyć. Kolejne równie istotne kryteria doboru członków benchmarking team to: „doświadczenie, dyspozycyjność, szacunek wśród załogi, zdolności przywódcze, relacje międzyludzkie i umiejętność komunikacji”²⁰⁰. Podstawowym zadaniem komórki wzorcowania jest propagowanie idei rozwoju wśród pozostałych pracowników za pomocą prezentacji wybranych metod i wyników doskonalenia organizacji. Dodatkowo komórka ta ma na celu zbieranie informacji o innych organizacjach, a w wyniku tej analizy tworzenia baz danych o najlepszych praktykach i ich rezultatach²⁰¹. Należy pamiętać także, że niezwykle ważne jest rozpowszechnienie przez członków zespołu wyników analizy pozostałym pracownikom. Wynika to z faktu, iż przedstawienie w sposób jasny i zrozumiały istniejących w organizacji niedoskonałości, a także najlepszych metod ich przezwyciężania i możliwych do osiągnięcia rezultatów wzbudza zaufanie oraz chęć współuczestnictwa w procesie zmian²⁰².

Następnym etapem po powołaniu zespołu benchmarkingowego jest wybór najlepszej organizacji, do której dana placówka będzie porównywana. Etap ten jest jednym z najważniejszych elementów całego przedsięwzięcia i wraz z właściwym określeniem obszaru naprawy stanowi tzw. kamień milowy w całym procesie benchmarkingu. Przy czym na tym etapie należy jeszcze raz podkreślić istotę benchmarkingu, a więc porównywanie swoich działań do najlepszych, czyli do takich, którzy wykraczają poza znane wszystkim standardy. Oczywiście, przed podjęciem takiej decyzji konieczne jest zbadanie, co jest standardem, a co rozwiązaniem nowym, przyszłościowym mogącym stanowić o przewadze organizacji. Konieczność takiej analizy wynika z prostej zasady: „jeśli nie wiesz, co jest najlepsze, a co jest standardem, nie możesz porównywać się przeciwko temu”²⁰³. Warto zwrócić także uwagę, że ta część procesu benchmarkingu nie dość, że niezwykle istotna dla powodzenia całego przedsięwzięcia, to jeszcze stanowi jedną z głównych jego barier. Wiadomym jest, że nie istnieje idealna metoda na wybranie najlepszego partnera dla benchmarkingu, co w konsekwencji prowadzi nie rzadko do wyboru najlepszej organizacji intuicyjnie, bez pewności, że dokonany wybór jest rzeczywiście najlepszy. Kolejnym dylematem jest odpowiedź na pytania, gdzie szukać partnera i czy powinna to być jedna jednostka, czy może więcej? Czy powinny być to jednostki tej samej organizacji, konkurenci, a może przedsiębiorstwa z zupełnie innej branży? Oczywiście, na te problemy również nie ma jednoznacznego rozwiązania. Wybór zależy od tego, co zostanie poddane procesowi benchmarkingu, w jakim stopniu ma to być rozwiązanie innowacyjne, jaka jest dostępność informacji itp. Warto jednak pamiętać,

²⁰⁰ V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p. 20.

²⁰¹ J. Brillman, *Nowoczesne...*, op. cit., s. 267.

²⁰² J. McDonnell, C. Jones, *Benchmarking best practice in mental health care services*, „Nursing Management”, vol.16, no. 10/2010, p. 24.

²⁰³ R. F. John, *How to use benchmarking in Business*, <http://management.about.com/cs/benchmarking/a/Benchmarking.htm>, data dostępu: 24.09.2010.

że każda z opcji ma swoje wady i zalety, które przed podjęciem ostatecznej decyzji należy poddać dokładnej analizie (tabela 13).

Tabela 13. Zalety i wady różnych partnerów w procesie benchmarkingu

Partner	Zalety	Wady
Komórka, jednostka, wydział tej samej organizacji	praktycznie nieograniczony dostęp do informacji i partnerów, duża akceptacja nowych rozwiązań „pochodzą od nas, z naszej organizacji”, niskie koszty realizacji, łatwość porównań, krótki okres realizacji.	wąskie pole widzenia, małe prawdopodobieństwo odnalezienia rozwiązania wysoce innowacyjnego, możliwość wystąpienia w organizacji konfliktów oraz uprzedzeń „dlaczego my mamy się uczyć od nich?!”, ukrywanie problemów.
Konkurenci	łatwe porównywanie danych, wzbudzenie procesu uczenia się organizacji, możliwość oznaczenia własnej pozycji konkurencyjnej.	trudności w znalezieniu partnera chętnego do współpracy, trudności w uzyskaniu danych, możliwość ukrywania najlepszych pomysłów oraz zniekształcenia informacji, ograniczona liczba rozwiązań.
Partnerzy spoza branży	brak większych trudności w pozyskaniu danych, właściwie nieograniczona liczba rozwiązań innowacyjnych oraz potencjalnych partnerów, uczenie się organizacji oraz pobudzenie innowacyjności pracowników.	najwyższy koszt realizacji, duża czasochłonność procesu, trudności w porównywaniu danych, trudności we wdrożeniu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, op. cit., s. 97, J. Bramham *Benchmarking w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004, s. 129, K. Zimniewicz, *Współczesne...*, op. cit., s. 45–46.

Ostatnim etapem w fazie planowania jest określenie przez benchmarking team celów i kryteriów sukcesu. Pierwszy punkt, a więc określenie celów powinno zawierać następujące informacje: „konkretne, oczekiwane rezultaty (i sposoby ich pomiaru), harmonogram realizacji, strukturę podziału pracy i zakres obowiązków każdego z członków zespołu oraz specyficzne warunki, np. technologiczne procesu benchmarkingu”²⁰⁴. Natomiast zdefiniowanie kryteriów sukcesu to określenie takich czynników, jak: koszty realizacji, czas realizacji, metoda i oczekiwane rezultaty²⁰⁵. Jako przykład zestawienia omówionych kryteriów sukcesu można podać: osiągnięcie najkrótszego czasu obsługi pacjenta w izbie przyjęć, np.: zapewnienie, że pacjent zostanie opatrzony przez pielęgniarkę pracującą na izbie w ciągu 20 minut po przyjściu na oddział. Oczywiście cel ten powinien zawierać także takie informacje, jak: miejsce, czas oraz koszty. Tylko konkretne, zgodne z zasadą SMART przedstawienie celów organizacji daje szansę na zrozumienie ich przez wszystkich jej członków, dzięki czemu zwiększa się prawdopodobieństwo wykonania ich zgodnie z przyjętymi założeniami.

²⁰⁴ V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking ...*, op. cit., p. 22.

²⁰⁵ *Ibidem*.

Kolejna faza w procesie benchmarkingu to pozyskanie danych. Do najważniejszych działań w obrębie tego etapu można zaliczyć: wybór instrumentów zbierania danych, analiza i testowania tychże instrumentów, ocena przydatności ich zastosowania oraz przeprowadzenie właściwych badań. Wśród dostępnych metod zbierania danych wyróżnia się dwie, zasadnicze grupy: metody bezpośrednie i pośrednie (tabela 14).

Tabela 14. Metody zbierania danych w procesie benchmarkingu

Metody bezpośrednie	Metody pośrednie
• raporty i publikacje, • własne bazy danych, • ogłoszenia prasowe, • prospekty reklamowe, • salony wystawowe, • sondaże, • publikacje wewnętrzne, • dystrybutorzy sprzętu komputerowego, • wizyty w innych organizacjach, • klienci, pracownicy, dostawcy.	• stowarzyszenia zawodowe, • czasopisma profesjonalne, • konferencje, • biura konsultingowe, • badania opinii publicznej, • biuletyny informacyjne, • międzynarodowe bazy danych, • instytuty naukowo-badawcze, • wyższe uczelnie, • izby przemysłowo-handlowe.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, op. cit., s. 124, J. Bramham, *Benchmarking...*, op. cit., s. 125, Z. Martyniak, *Metody ..*, op. cit., s. 313.

Wszystkie przedstawione w tabeli metody zbierania danych wzbogacają proces benchmarkingu w dodatkowe informacje. Należy jednak podkreślić, że najlepszą formą uczenia się odpowiednich rozwiązań jest wizyta składana w porównywanej organizacji²⁰⁶. Wynika to z faktu, iż obserwacja sposobu wykonywania rozwiązań wzorcowych oraz możliwość rozmowy z pracownikami realizującymi poszczególne zadania umożliwia zdobycie najcenniejszych informacji. Informacje uzyskane bezpośrednio od realizujących dany proces ludzi pozwalają na zastosowanie sprzężenia zwrotnego, czyli dają możliwość dopytania lub dyskusji o kluczowych czynnikach sukcesu i ewentualnie o mogących pojawić się problemach. Na tym etapie konieczne jest także prowadzenie dokumentacji zawierającej dane zgromadzone podczas całego procesu. Warto przy tym wiedzieć, że dokumentacja taka powinna zawierać informacje dotyczące trzech, kluczowych zagadnień takich jak²⁰⁷:

- najważniejsze elementy otoczenia zewnętrznego, które mają wpływ na projektowanie i wdrażanie benchmarkingu w organizacji, np.: charakter otoczenia konkurencyjnego, rodzaj pacjentów, polityka ekonomiczna regionu, szanse i zagrożenia pojawiające się w otoczeniu organizacji,
- czynniki wewnętrzne mające największy wpływ na proces projektowania i funkcjonowania benchmarkingu, jak np.: misja i wizja organizacji, rola kierownictwa, stabil-

²⁰⁶ *Ibidem*.

²⁰⁷ *Ibidem*, p.24

ność personelu, wewnętrzne siły i słabości wpływające na działania obecne i planowane,

- działania, które na etapie planowania sprawdziły się i kroki, które już na tym etapie zostały odrzucone z powodu braku pozytywnych rezultatów ich zastosowania.

Trzecia faza implementacji benchmarkingu to analiza zebranych danych, na którą składa się: normalizacja danych, identyfikacja różnic oraz przyczyn ich powstawania²⁰⁸. Normalizacja polega na zapisaniu zebranych danych w postaci użytecznej dla osoby lub zespołu dokonującego analizy. Wymaga to przekształcenia danych do postaci wskaźników czy parametrów, które pozwolą na łatwe porównywanie tych wielkości w różnych organizacjach i przy zmiennych czynnikach²⁰⁹. Analiza danych to także porównywanie danych stanu obecnego ze stanem pożądanym. Najczęściej zestawienie takie dokonywane jest w oparciu o schematy blokowe, wykresy i tabele obrazujące dany proces lub działanie. Warto przy tym zwrócić uwagę, że analizie tej należy poddać poza przebiegiem samego procesu, także role pełnione przez poszczególnych wykonawców, narzędzia i systemy, które wspierają ich realizację oraz wykorzystywane podczas procesu dokumenty²¹⁰. Dzięki takim działaniom możliwe jest ustalenie luk czy też różnic w wydajności, które stanowią istotną informację na temat tego, co powinno być przedmiotem doskonalenia danej organizacji. Wiedza taka z kolei umożliwia zaprojektowanie przyszłych, poświadczonych stanów organizacji. Jedną z najważniejszych zasad benchmarkingu jest fakt, iż nie jest to koncepcja polegająca na zwykłym naśladownictwie i kopiowaniu rozwiązań innych. W związku z tym porównując daną organizację do wzorca, nie należy od razu rezygnować z rozwiązań czy procesów, które nie występują u lidera. Warto pamiętać, że każda organizacja działa w różnym środowisku, zatem uzyskanie efektów organizacji wzorcowej może przebiegać także w oparciu o inne czynniki i procedury. Zatem dokonując gromadzenia niezbędnych danych, najlepszym sposobem jest analiza działań lidera pod kątem ich wartości dodanej, co umożliwi opracowanie własnej metody doskonalenia w oparciu o wypracowane przez organizację wzorcową koncepcje, ale dostosowane do niepowtarzalnych warunków funkcjonowania²¹¹.

Kolejną fazą benchmarkingu jest integracja. Pierwszym jej etapem jest przekazanie załodze wyników uzyskanych w poprzednich etapach oraz uzyskanie ich akceptacji. Zgodnie z zasadą, że *każda zmiana rodzi opór*, najczęściej pierwszą reakcją pozostałych pracowników na przedstawione wyniki analizy jest niedowierzanie oraz zaprzeczanie²¹². Jednakże osiągnięcie zamierzonych efektów nie może się udać bez zaangażowania załogi, zwłaszcza w placówkach służby zdrowia, w których wykonywanie podstawowych działań oparte jest na pracowniku oraz jego wiedzy fachowej. W usługach medycznych to specjalistyczne umiejętności pracowników umożliwiają wykonanie zadania, stąd ko-

²⁰⁸ A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, op. cit., s. 134.

²⁰⁹ *Ibidem*.

²¹⁰ J. Zabawa, R. Krawczyk, *Benchmarking...*, op. cit., s. 32.

²¹¹ V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p. 25.

²¹² *Ibidem*, p. 28.

nieczność przekonania do słuszności wprowadzanych usprawnień. Metod na osiągnięcie tego celu jest wiele. W literaturze przedmiotu do najbardziej popularnych i zarazem efektywnych zaliczane są: komunikacja oraz zaangażowanie. Podstawowym i pierwszorzędym działaniem w procesie przekonywania załogi do działań benchmarkingowych jest komunikacja. Konieczne jest wyjaśnienie przyczyn zmian w organizacji oraz oczekiwanych rezultatów. Oczywiście, wszelkie przekazywane informacje poparte powinny być dowodami w postaci dokumentacji benchmarkingowej opracowanej w poprzedniej fazie. Dobrym rozwiązaniem jest także włączenie chociaż części pracowników, zwłaszcza tych, którzy cieszą się szacunkiem wśród załogi, w proces wzorcowania. Wynika to z faktu, iż nic tak nie przekonuje, jak to, co można zobaczyć na własne oczy. Po uzyskaniu akceptacji pracowników konieczne jest zaangażowanie ich w proces benchmarkingu. Działania te związane są z wyznaczeniem celów oraz konkretnych zadań dla poszczególnych stanowisk w procesie realizowania założeń benchmarkingowych.

Po zaangażowaniu pracowników do procesu benchmarkingu można rozpocząć kolejny etap wdrażania, jakim jest działanie. W ramach tego etapu konieczne jest podjęcie działań takich, jak²¹³:

- rozwój strategii doskonalenia,
- rozbudowa planów działania,
- wdrażanie i monitorowanie procesu,
- przewzorcowanie benchmarków.

Warto zwrócić także uwagę na wcześniejsze, 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, karty projektu, planu projektu czy harmonogramu jego realizacji.

Plany usprawnień w ramach procesu benchmarkingu mogą zostać wdrożone do organizacji przez²¹⁴:

- grupę benchmarkingową, czyli ten sam benchmarking team odpowiedzialny za cały proces usprawnień (włącznie z wdrożeniem),
- grupę wdrożeniową – jest to inna, nowa grupa powołana tylko do wdrożenia wcześniej zaplanowanych działań,
- zewnętrzną organizację, która jest wynajęta przez organizację do implementacji benchmarkingu.

Ostatnim etapem wprowadzania benchmarkingu do zarządzania organizacją jest dojrzałość. Pierwszym działaniem w ramach tego etapu jest określenie, kiedy organizacja uzyska pożądaný rezultat. Służą temu okresowe pomiary oraz porównania do organizacji wzorcowej. Z tego względu bardzo ważne jest opracowanie jeszcze na etapie planowania mierników, które posłużą do oceny porównywanych organizacji.

²¹³ V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p. 18.

²¹⁴ A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, op. cit., s. 144.

Znaczenie okresowego pomiaru procesów podkreślał Peter Drucker. Według Autora przystępując do oceny, zarządzający uprzednio powinni znać odpowiedź na następujące pytania²¹⁵:

1. Jak mierzyć wyniki?
2. Jak osoby z zewnątrz oceniają rezultaty działania organizacji?
3. Czy zarządzający w pełni wykorzystują informacje o zdobytych wynikach?
4. Czy prezentacja osiągniętych wyników dokonywana jest w uczciwy sposób?

Uzyskanie pozytywnej oceny, a więc osiągnięcie zamierzonych rezultatów, organizacja traktować może jako sukces podejmowanych działań benchmarkingowych. Jednakże osiągnięcie założonych celów nie kończy procesu benchmarkingu. W tej sytuacji konieczne jest zadanie pytania: co następne? Wynika to z faktu, iż benchmarking powinien być procesem ciągłym, ponieważ utrzymywanie procesów w organizacji na najwyższym poziomie wymaga stałej poprawy, a nie jednorazowego działania. Dzieje się tak, ponieważ raz wypracowane rozwiązanie nie jest najlepsze w nieskończoność. Szybki rozwój wiedzy powoduje, że w krótkim czasie stosowane są nowe, lepsze metody działania, w związku z czym pojawiają się także nowi liderzy. Zatem proces benchmarkingu raz wdrożony do zarządzania organizacją nie powinien wykazywać znamiona ciągłości. Bowiem właściwe zrozumienie tej koncepcji zakłada stałe monitorowanie osiąganych wyników i poszukiwanie nowych benchmarków, tak aby, zaprowadzić przedsiębiorstwo na nowy, wyższy poziom wydajności²¹⁶.

Rezultatem stosowania tej koncepcji zarządzania jest konieczność opracowania nowych wizji, celów czy też obszarów benchmarkingu, co związane jest z powrotem do pierwszego etapu, czyli planowania. Można zatem powiedzieć, że benchmarking to proces ciągłego uczenia się organizacji. Z tego powodu nie można wskazać miejsca czy okresu jego zakończenia, gdyż koniec jednego cyklu wdrażania implikuje początek następnego. Warto także dodać, że mimo, iż według przedstawionego schematu poszczególne fazy benchmarkingu występują kolejno po sobie w razie konieczności korekty lub ponownego rozpatrzenia problemu możliwy jest powrót do faz poprzednich.

2.4. Zalety i wady realizacji koncepcji benchmarkingu

Benchmarking jest procesem, którego wdrożenie może przynieść organizacji wiele korzyści. Jego główna zaleta związana jest z koniecznością stałego podnoszenia jakości usług, zapewniającego organizacji odpowiednią pozycję konkurencyjną. Ciągła poprawa wpływa pozytywnie na jakość świadczonych usług, co umożliwia sprostanie oczekiwaniom coraz bardziej wymagających pacjentów. Wynika to z faktu, iż benchmarking pozwala na *nauczenie organizacji jak się uczyć* i stale podnosić jakość wykonywanych działań czy procesów. W swoim założeniu benchmarking opiera się na uczeniu się od innych, bez konieczności na nowo wynajdowania, tego co już jest stosowane (wynika to

²¹⁵ E. Haas Edersheim, *Przesłanie Druckera*, Wyd. MT Biznes, Warszawa 2009, s. 77.

²¹⁶ V. E. Sower, J. A. Duffy, G. Kohers, *Benchmarking...*, op. cit., p. 30.

ze znanego powiedzenia: po co na nowo wynajdować koło?). Takie poszukiwanie najlepszych rozwiązań zapewnia organizacji trzy główne korzyści²¹⁷:

- wymaga mniej zasobów w porównaniu z innymi metodami zdobywania wiedzy, jak np. symulacja, prototypowanie,
- wykracza poza przyjęte ramy organizacji (np. kulturowe), zapewniając tym samym dostęp do rozwiązań, które w przedsiębiorstwie mogłyby nigdy nie powstać,
- jest najszybszym sposobem pozyskiwania wiedzy.

Benchmarking jest procesem opierającym się na porównywaniu działań występujących we własnej organizacji do tych realizowanych przez przedsiębiorstwo wzorcowe. Jest to przesłanka zmuszająca organizację go stosującą do analizy i zrozumienia procesów zachodzących wewnątrz własnej firmy²¹⁸. Dla prawidłowej implementacji tej koncepcji do organizacji konieczne jest dokładne zdiagnozowanie obecnej sytuacji, poznanie swoich zalet i wad. Ponadto, poznanie siebie oraz otoczenia (ryнку) ułatwia planowanie strategiczne, a co za tym idzie prawidłową weryfikację wizji, misji i celów organizacji²¹⁹. Stała, wnikliwa diagnoza swojej organizacji oraz otoczenia prowadzi także do pełniejszego zrozumienia wymagań klientów i w konsekwencji zaspokojenia ich zmieniających się oczekiwań.

Prawidłowo wdrażany proces benchmarkingu pozytywnie wpływa także na pracowników organizacji. Po pierwsze, poprzez uczestnictwo w zespole benchmarkingowym zwiększa się ich udział w procesie decyzyjnym, co wywołuje poczucie przynależności do organizacji. Ponadto, benchmarking wymaga często innowacyjnego podejścia, czego efektem są procesy kreatywnego poszukiwania przez pracowników nowych rozwiązań pojawiających się problemów²²⁰. I w końcu proces benchmarkingu pozwala na przezwyciężenie stagnacji i braku wiary w możliwość poprawy funkcjonowania placówki. Wdrażanie rozwiązań dobrze funkcjonujących w innych firmach pokazuje, że nie ma sytuacji bez wyjścia, ponieważ zawsze jest rozwiązanie, które może przynieść oczekiwane rezultaty.

W literaturze przedmiotu jedną z najczęściej podkreślanych zalet benchmarkingu jest podnoszenie konkurencyjności przedsiębiorstwa. Wynika to z faktu, iż stałe konfrontowanie osiągnięć własnego przedsiębiorstwa z najlepszymi w danej klasie jest najlepszym sposobem na podtrzymywanie lub osiąganie przewagi konkurencyjnej²²¹. Jak zauważył jeden z praktyków benchmarkingu Sam Bookhart: „benchmarking nauczył menedżerów jak mają konkurować”²²². Pozwala na zrozumienie istoty konkurencyjności, polegającej na stałym dążeniu do bycia najlepszym, poprzez ciągłą poprawę jakości produktów i usług.

²¹⁷ Ch. E. Bogan, M. J. English, *Benchmarkings...*, op. cit., s. 46.

²¹⁸ M. Cygańska, *Benchmarking...*, op. cit.,

²¹⁹ Ch. E. Bogan, M. J. English, *Benchmarking...*, op. cit., s. 28.

²²⁰ M. Cygańska, *Benchmarking...*, op. cit.

²²¹ *Ibidem*.

²²² Ch. E. Bogan, M. J. English, *Benchmarking...*, op. cit., s. 34.

Jedną z najważniejszych zalet stosowania benchmarkingu jest również możliwość obniżenia kosztów prowadzonej działalności. Efekt ten uzyskiwany jest poprzez efektywne gospodarowanie posiadanymi zasobami. Potwierdzają to badania przeprowadzone w grupie ponad sześciu tysięcy szpitali w Stanach Zjednoczonych. Wyniki wskazują, że szpitale, które stosowały w swojej działalności benchmarking osiągnęły lepsze wyniki finansowe²²³. W szpitalach tych lepsze wyniki osiągnięto w dziewięciu na dziesięć poddanych analizie wskaźników finansowych. Wyjątkiem był tylko wskaźnik wynagrodzenia pracowników pełnoetatowych²²⁴.

Benchmarking, jak każda metoda, oprócz zalet posiada także wady. Pierwsza z nich wynika z niewłaściwego zrozumienia istoty benchmarkingu. Bardzo często organizacje traktują benchmarking jak szybko działający lek, w postaci idealnego rozwiązania na wszystkie problemy przedsiębiorstwa. Niestety, wiadomym jest, że idealne rozwiązania nie istnieją, w związku z tym podpatrzone u innych metody działania należy zaadaptować do własnych realiów funkcjonowania. Wada tkwi również w jakości przeprowadzonej analizy. Niepowodzenie metody często wynika z faktu, iż porównaniu poddane zostają zazwyczaj pewne parametry, które „pozwalają odkryć część prawdy o partnerze, ale prawie nic nie mówią o różnicach występujących między własną praktyką a praktyką partnera benchmarkingu”²²⁵. Poza tym często uzyskane parametry mogą zostać błędnie zrozumiane lub zinterpretowane. Nierzadko zdarza się, że pozyskane dane mają potwierdzić przyjęty punkt widzenia, dlatego też te, które wskazują na inne, sprzeczne rozwiązania są ignorowane²²⁶.

Zasadniczą trudnością jest także sam wybór partnera do benchmarkingu. Tak jak nie istnieją idealne rozwiązania, tak samo nie istnieje partner idealny, dlatego też organizacja nigdy nie będzie miała pewności, że decyzja o wyborze danej organizacji wzorcowej jest rzeczywiście najlepsza. Ograniczenie stanowi również sam sposób zbierania danych zwłaszcza, że posiadane informacje i wiedza w obecnym świecie stanowią o przewadze konkurencyjnej przedsiębiorstwa. Dlatego też istnieje niewielkie prawdopodobieństwo, że partner udostępni wszystkie informacje, które zapewniają mu przewagę na rynku. Mimo opracowanych w postaci kodeksu zasad współpracy benchmarkingowej, pozyskanie od przedsiębiorstwa partnerskiego pełnej i wiarygodnej informacji jest bardzo trudne. Wyjątkiem są sytuacje, gdzie organizacje współdziałają przy wspólnych badaniach lub mają doskonały wywiad gospodarczy²²⁷.

Benchmarking to koncepcja czasochłonna, wymagająca dokładnej analizy danych. Koniecznym jest więc poświęcenie odpowiedniej ilości czasu na każdy z realizowanych etapów. Optymalny czas przeznaczony na daną fazę benchmarkingu przedstawia rysunek 9.

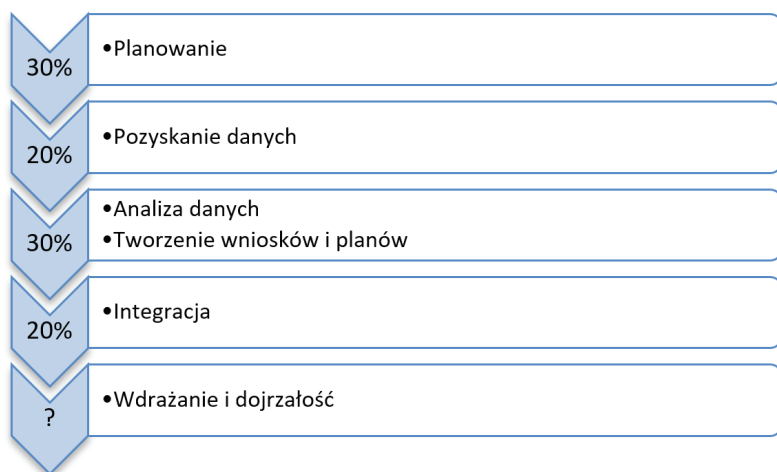
²²³ *Benchmarking Improves Hospital Financial Indicators*, "Healthcare Financial Management", May 2000, p. 110.

²²⁴ *Ibidem*.

²²⁵ K. Zimniewicz, *Współczesne...*, op. cit., s. 46.

²²⁶ M. Swanton, *The truth about benchmarking*, www.insidecounsel.com, data dostępu: 16.09.2012.

²²⁷ J. Owen, *Zarządzanie, Czego nie uczą w szkołach biznesu*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003, s. 28.



Rysunek 9. Podział czasu w poszczególnych fazach benchmarkingu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Ch. E. Bogan, M. J. English, *Benchmarking...*, op. cit., s. 164–165.

Oczywiście, czasy te przedstawione są w formie procentowej czasu ogólnego, który należy poświęcić na cały proces z wyjątkiem fazy wdrażania. W schemacie nie został ujęty czas wdrażania, ponieważ zależy on od bardzo wielu czynników charakterystycznych dla danej organizacji, dlatego też należy go zawsze rozpatrywać indywidualnie dla każdego przedsiębiorstwa.

Związane z czasochłonnością jest kolejne ograniczenie, a mianowicie koszty. Oczywiście, po prawidłowym wdrożeniu benchmarkingu korzyści finansowe mogą znacznie przewyższyć nakłady²²⁸, jednakże aby mogło do tego dojść, konieczne jest posiadanie środków na realizację całego procesu. Problem ten jest szczególnie dotkliwy w instytucjach publicznych, zwłaszcza szpitalach, w których ciągły niedobór środków na finansowanie podstawowej działalności uniemożliwia inwestycje w rozwój placówki.

W literaturze przedmiotu istnieje także pogląd, że benchmarking nigdy nie zapewni organizacji, która go stosuje, długotrwałej przewagi konkurencyjnej. Wzorując się na konkurencji, pozwala on jedynie na zmniejszenie dystansu, gdyż w chwili, gdy przedsiębiorstwo osiągnie wyniki organizacji wzorcowej, ta znajdzie się już gdzieś dalej²²⁹. Jednakże to niebezpieczeństwo wynika raczej ze zbyt „płytkiego” traktowania benchmarkingu, w którym organizacja ogranicza się jedynie do kopiowania przedsiębiorstwa wzorcowego. Takie stałe powielanie cudzych rozwiązań prowadzić może także do ryzyka wystąpienia wśród pracowników braku kreatywnego myślenia i twórczego podejmowania decyzji²³⁰.

²²⁸ Ch. E. Bogan, M. J. English, *Benchmarking...*, op. cit., s. 319.

²²⁹ Pogląd za: J. Owen, *Zarządzanie...*, op. cit., s. 28, A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, op. cit., s. 155.

²³⁰ A. Węgrzyn, *Benchmarking...*, op. cit., s. 155.

Decydując się na wprowadzenie benchmarkingu, należy poddać dokładnej analizie wszystkie jego wady i zalety. Jest to czynność konieczna, gdyż pozwala dokonać oceny, czy osiągnięte efekty będą warte podjęcia ryzyka straty pieniędzy i czasu. Jednakże w większości przypadków, zalety ze stosowania benchmarkingu przewyższają możliwe zagrożenia, zaś największą rekomendacją jest fakt, iż nie ma większego sensu samodzielne odkrywanie czegoś, co w innych organizacjach już funkcjonuje.

2.5. Wykorzystanie benchmarkingu w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Benchmarking jest koncepcją od lat stosowaną w przedsiębiorstwach i dosyć nowatorską, jeśli chodzi o instytucje publiczne. Doświadczenia organizacji zagranicznych, zwłaszcza amerykańskich udowadniają, że z powodzeniem benchmarking może być stosowany także w publicznej służbie zdrowia. Jest to koncepcja uniwersalna, której spektrum wykorzystania w zarządzaniu szpitalem jest bardzo szerokie. Jednakże, chcąc uzyskać zakładane efekty, konieczne jest właściwe korzystanie z benchmarkingu, uwzględniające sprawdzone zasady, tzw. dobre praktyki²³¹. Zasady te oparte są na doniesieniach literaturowych odnoszących się do prawidłowego zrozumienia istoty benchmarkingu oraz doświadczeniach praktycznych podmiotów stosujących tą koncepcję.

Jedną z najważniejszych zasad jest konieczność porównywania się do najlepszych. Porównywanie wyników własnej organizacji do wielkości średnich, np. średniej krajowej czy regionalnej, jest dalece niewystarczające. Takie zestawienie może być jedynie wstępem do szczegółowej analizy własnego położenia względem konkurencji, dzięki czemu możliwe jest określenie luk występujących między własnymi osiągnięciami a przeciętnymi wynikami innych. W polskim systemie zdrowotnym do określenia tych rozbieżności przydatne mogą być rankingi organizacji pozarządowych takich, jak np.: ranking szpitali wg. *Rzeczpospolitej* i Centrum Monitorowania Jakości, ranking finansowy spółki Magellan i magazynu *Forbes* oraz inne zestawienia, np. raporty i statystyki Ministerstwa Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego, Departamentów Zdrowia Urzędów Marszałkowskich poszczególnych województw. Dużym ułatwieniem jest fakt, iż szpitale publiczne działające jako jednostki publiczne podlegają odpowiednim, wspólnym organom państwowym, zatem uzyskiwanie, czy wymiana informacji na temat najlepszych praktyk, powinno być łatwiejsze, niż w organizacjach komercyjnych. Ten sam organ zwierzchni może pełnić rolę łącznika, bądź propagatora działań wzorcowych. Oczywiście, w zależności od rodzaju informacji rolę tę może pełnić:

- Narodowy Fundusz Zdrowia – informacje dotyczące obszaru finansowego, np.: wyliczenia procedur,
- reprezentanci organów władzy państwowej, np. wojewoda – dane dotyczące środowiska politycznego, w którym funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej,

²³¹ Więcej: M.Cholewa-Wiktor, *Benchmarking...*, op. cit., s. 61–72.

- reprezentanci organów założycielskich, np. przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego czy Starostwa Powiatowego – informacje właściwie w każdym obszarze zarówno finansowym jak i jakościowym,
- konsultanci wojewódzcy lub krajowi – dane związane z obszarem medycznym.

Kolejną zasadniczą wykładnią dobrej praktyki dla benchmarkingu w szpitalach publicznych jest konieczność traktowania go jako procesu ciągłego i dynamicznego. Wynika to z faktu, iż benchmarking nie jest działaniem krótkookresowym²³², ale procesem stałej poprawy, dążącym do ciągłego doskonalenia poprzez stosowanie najlepszych rozwiązań. Zatem osiągnięcie chwilowego sukcesu poprzez udoskonalenie jednego procesu lub obszaru nie powinno powodować zatrzymania stosowania benchmarkingu w organizacji. Zmienne środowisko, w którym funkcjonują zakłady opieki zdrowotnej sprawia, że wprowadzenie jednego usprawnienia nie gwarantuje, że będzie to najlepsza opcja za pewien okres czasu. Zatem tylko wpisanie benchmarkingu na stałe do zarządzania szpitalem umożliwia osiągnięcie jego głównych założeń. Co więcej osiągnięcie pozycji lidera w branży również nie kończy tego procesu. Aby stosować najlepsze rozwiązania warto poszukiwać wzorcowych praktyk także w innych sektorach rynkowych. Poza ciągłością, benchmarking powinien być również procesem dynamicznym. Związane jest to z założeniem, że w zmiennym środowisku organizacja powinna funkcjonować w sposób elastyczny, dostosowując swoje działanie do nowych warunków. Podobnie jest w przypadku stosowania benchmarkingu. Różne czynniki mogą spowodować, że zaistnieje konieczność korekty czy nawet zmiany planów, które zostały uprzednio przyjęte. Ponadto, różne okoliczności zarówno o charakterze wewnętrznym, jak i zewnętrznym, mogą spowodować konieczność powrotu i ponownej realizacji etapów już ukończonych w ramach danego cyklu wprowadzania benchmarkingu. Zatem benchmarkingu nie należy traktować w sposób „sztywny”, nieumożliwiający swobodnego działania, ale jako elastyczny proces, który w każdej chwili może być zmieniony.

Warto zaznaczyć, że obecnie nie ma standardowej metodyki benchmarkingu w ramach funkcjonowania szpitali publicznych, a przyjęte ścieżki postępowania oparte są na metodach wypracowanych w biznesie²³³. Niemniej jednak powodzenie benchmarkingu w zarządzaniu szpitalem publicznym uzależnione jest także od sposobu jego integracji z realizowanymi procesami podstawowymi i pomocniczymi w placówce. W związku z tym, że priorytetowe działanie szpitala, czyli świadczenie usług zdrowotnych oparte jest na umiejętnościach i wiedzy specjalistycznej zatrudnionej kadry, w powodzeniu wszelkich działań podejmowanych przez organizację zasadnicze znaczenie ma personel. Dlatego też, wprowadzenie do zarządzania placówką benchmarkingu bez poparcia i zaangażowania pracowników jest niemożliwe. Szczególnie istotne jest poparcie kierownictwa na wszystkich szczeblach zarządzania oraz kadry bezpośrednio związanej z usprawnianiem obszarem działania. Chodzi o to, że to właśnie pracownicy wykonaw-

²³² M. Zairi, P. Leonard, *Practical Benchmarking: The Complete Guide*, Chapman&Chall, London 1996, p. 195.

²³³ A. Wind, W. H. van Harten, *Benchmarking specialty hospitals, a scoping review on theory and practice*, BMC Health Service Research, April 2017, dostęp: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5379508/>

czy zajmujący się na stałe danym procesem znają go najlepiej, a więc posiadają wiedzę o jego możliwych wadach i potencjalnych obszarach doskonalenia. W związku z tym wprowadzając benchmarking do placówki służby zdrowia, konieczne jest zapewnienie wsparcia przez kadrę zarządzającą pozostałym pracownikom. Wynika to z faktu, iż zaangażowanie kierownictwa, w literaturze przedmiotu, określane jest jako krytyczny determinant sukcesu lub porażki całego procesu benchmarkingu²³⁴. Z drugiej strony, niezbędne jest także odpowiednie przygotowanie pracownika do nowego procesu, tzn. wzbudzenie chęci uczenia się, zapewnienie dostępu do zasobów i wiedzy, chociażby poprzez szkolenia. Odniesienie zamierzonych rezultatów uzależnione jest także od zastosowania odpowiedniej procedury implementacji. Bez względu na to jaki sposób postępowania został wybrany, ważne jest, aby realizować kolejno, poszczególne etapy wynikające z przyjętej metodyki. Kompletność realizowanych działań pozwala na prawidłowe wdrożenie usprawnień, a przez to zrealizowanie postawionych celów.

Z założenia benchmarking jest koncepcją skoncentrowaną na procesie uczenia się organizacji. Nie chodzi o to, aby naśladować innych i kopiować ich rozwiązania, ale zrozumieć dlaczego, odnieśli sukces. Konieczne jest zatem zrozumienie przyczynowo-skutkowych czynników sukcesów organizacji wzorcowych. Rezultatem tego jest uczynienie z benchmarkingu integralnego elementu uczenia się organizacji²³⁵, który umożliwi nowatorskie spojrzenie na pojawiające się problemy. Oczywiście, aby możliwe było osiągnięcie tego zamierzenia, konieczne jest zapewnienie warunków odpowiednich dla organizacji uczącej się. Przykładowe działania sprzyjające rozwojowi i dzieleniu się wiedzą, które można zastosować w szpitalu to: szkolenia w zakresie zdobywania, gromadzenia i dzielenia się wiedzą, nastawienie kierownictwa na dzielenie się wiedzą, co jest szczególnie istotne w przypadku usług profesjonalnych, gdzie wiedza pracownika stanowi o jego pozycji oraz praca zespołowa.

Niezwykle istotną kwestią dotyczącą stosowania benchmarkingu w zakładach opieki zdrowotnej jest także właściwe określenie obszaru, który zostanie poddany usprawnieniu. W tym celu można skorzystać z zestawienia procesów, które mogą stanowić przedmiot analizy benchmarkingowej w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej²³⁶ (rysunek 10). Wykaz ten opracowany został przez Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

²³⁴ F. Thonon, J. Watson, M. Saghatchian, *Benchmarking...*, op. cit., p.10.

²³⁵ M. Majewska-Bator, *Benchmarking jako narzędzie wspomagające rozwój wiedzy na poziomie organizacji i kraju*, [w:] E. Urbanowska-Sojkin (red.), *Wybory strategiczne w przedsiębiorstwach. Uwarunkowania*, Zeszyty Naukowe 169, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2011, s. 170.

²³⁶ B. Ziębicki, *Benchmarking...*, op. cit., s. 52.

Prawa pacjenta	Przyjęcie pacjenta lub pomoc doraźna	Ocena pacjenta	Zapewnienie pobytu pacjenta	Opieka bezoperacyjna nad pacjentem	Zabiegi operacyjne i opieka intensywna	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		

Rysunek 10. Wykaz procesów mogących być wykorzystanych w procesie benchmarkingu wg JCAHO.

Źródło: B. Ziębicki, *Benchmarking...*, op. cit., s. 53.

Z przedstawionego schematu wynika, że zastosowanie benchmarkingu w szpitalu jest nieograniczone i w zasadzie może dotyczyć każdej sfery jego działalności²³⁷. Można zatem stwierdzić, że jest to przydatna koncepcja zarządzania zarówno dla działalności administracyjnej i zarządczej, jak i dla usług quasi-operacyjnych, bądź operacyjnych.

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. 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”²³⁸.

²³⁷ B. Ziębicki, *Wykorzystanie benchmarkingu w doskonaleniu działalności instytucji użyteczności publicznej*, Zeszyty Naukowe nr 3, Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Bochni, Bochnia 2005, s. 135.

²³⁸ B. Ziębicki, *Benchmarking...*, op. cit., s. 52.

3. Outsourcing w zarządzaniu szpitalem

3.1. Istota i cele outsourcingu

Guru zarządzania Peter Drucker powiedział: „Jeśli zapytasz mnie, co jest najszybciej rozwijającym się przemysłem w Ameryce? – odpowiem outsourcing”²³⁹. Słowa Druckera potwierdzają także wyniki badań, z których wynika, że ponad 90% amerykańskich przedsiębiorstw twierdzi, że outsourcing jest ważną częścią ich strategii rozwoju²⁴⁰. Podobnie sytuacja wygląda w Europie. Przykładowo w Polsce 93% średnich i dużych przedsiębiorstw przekazywało część zadań do wykonania zewnętrznym firmom²⁴¹. Outsourcing jest koncepcją, która miała swój rozkwit w przedsiębiorstwach pod koniec XX wieku, a jego początki jako usystematyzowanej metody zarządzania sięgają lat 70. tegoż stulecia. Mimo to, metoda wykorzystywana była dużo wcześniej. Przykładów jest wiele: w renesansowych Włoszech kupcy z Lombardii przechowywali swoje zapasy towarów w pomieszczeniach osób trzecich, unikając w ten sposób konieczności posiadania i utrzymywania dużych magazynów²⁴². Przez stulecia producenci towarów korzystali z usług przewoźników, którzy pływając po morzach i oceanach, transportowali i przechowywali zakupione dobra. Umożliwiało to ówczesnym przedsiębiorcom skupienie się na wytwarzaniu towarów, bez straty czasu i energii na organizację zaopatrzenia²⁴³. Kolejnym przykładem, który można uznać za pierwotną formę outsourcingu jest zlecenie przez Napoleona organizacjom zewnętrznym dostarczania amunicji dla wojska oraz zbieranie rannych z pola bitwy²⁴⁴. Takich sytuacji można wymienić jeszcze bardzo wiele, gdyż idea wydzielenia „na zewnątrz” części zadań, mimo że nienazwana, praktykowana była już od dawna. Możliwość jej zastosowania jako metody zarządzania organizacją gospodarczą wyraził słowami Henri Ford, który już w 1923 roku stwierdził: „(...) jeśli jest coś, czego nie potrafimy zrobić wydajniej, taniej i lepiej niż nasi konkurenci, nie ma sensu, żebyśmy to robili. Powinniśmy zatrudnić do wykonania tej pracy kogoś, kto robi to lepiej”²⁴⁵. W świetle przytoczonej wypowiedzi pojawia się kluczowa dla outsourcingu decyzja przedsiębiorstwa, a więc *make or buy* (robić czy kupować)? Rozstrzygnięcie tego dylematu prowadzi do jednego z dwóch rozwiązań. Pierwszym jest korzystanie z własnych zasobów i samodzielne wytwarzanie, zaś drugie to korzystanie z usług firm zewnętrznych, a więc outsourcing.

²³⁹ M. F. Corbett, *Outsourcing revolution Why it makes sense and how to do it right?*, Dearborn Trade Publishing, Chicago 2004, p.3.

²⁴⁰ *Ibidem*.

²⁴¹ Badania dla CWS Boco 2010, za: <http://www.egospodarka.pl/60613,Outsourcing-w-Polsce-2010-i-prognozy-2011,10,39,1.html>, data dostępu: 26.02. 2012.

²⁴² J. A. Tompkins, S. W. Simonson, B. W. Tompkins, B. E. Upchurch, *Logistics and Manufacturing Outsourcing*, Tompkins Press, North Carolina 2005, p. 4.

²⁴³ *Ibidem*.

²⁴⁴ W. Grudzewski, I. K. Hejduk, *Metody...*, op. cit., s. 211.

²⁴⁵ M. Czerska, A. A. Szpitter, *Koncepcje zarządzania. Podręcznik akademicki*, Wyd. C. H. Beck, Warszawa 2010, s. 281.

Omawiając istotę outsourcingu, warto zwrócić uwagę na znaczenie tego wyrazu, który jak dotąd nie ma przyjętego swojego polskiego odpowiednika. Outsourcing to wyrażenie pochodzące z języka angielskiego i jest wynikiem połączenia słów: outside resource using. Aby właściwie zinterpretować jego znaczenie, należy wyjaśnić sens każdego z członów, które po tłumaczeniu na język polski oznaczają: wykorzystanie zasobów zewnętrznych. Zatem powyższe słowa określają myśl przewodnią outsourcingu, który zakłada wydzielenie części funkcji organizacji i przekazanie ich do wykonania firmom zewnętrznym. W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele definicji opisujących outsourcing w sposób mniej lub bardziej szczegółowy. Poniżej zostały przedstawione niektóre z nich, które określają outsourcing jako:

- „przedsięwzięcie polegające na wydzieleniu ze struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa macierzystego realizowanych przez nie funkcji i przekazanie ich do realizacji innym podmiotom gospodarczym” M. Trocki²⁴⁶,
- „przeniesienie usług, a w niektórych przypadkach także personelu lub aktywów do wyspecjalizowanego dostawcy usług, a następnie na czas trwania umowy, odbioru usług na uzgodnionym poziomie ceny i jakości” G. Wijers, D. Verhoef²⁴⁷,
- „przeniesienie części działalności usług lub czynności produkcyjnych przedsiębiorstwa na rzecz zewnętrznej, niezależnej jednostki organizacyjnej” K. Grucel²⁴⁸,
- „odelegowanie na podstawie umowy kontraktowej całości lub części zasobów materialnych, ludzkich i odpowiedzialności zarządczej zewnętrznemu dostawcy” J. P. Lendzion, A. Stankiewicz-Mróż²⁴⁹,
- „przesunięcie zamówień, produkcji, usług lub ogólnie procesów biznesowych lub ich części do innej firmy” K. Rybiński²⁵⁰,
- „powierzenie przez organizację realizacji określonego procesu usługodawcy, określając szczegółowo efekty, jakie zleceniodawca chce uzyskać, ale bez instrukcji dotyczących sposobu wykonywania poszczególnych zadań, pozostawiając inicjatywę w tym zakresie zleceniobiorcy” P. Bendor-Samuel²⁵¹,
- „proces przeniesienia zadań, czy usług uprzednio wykonywanych samodzielnie na zewnętrznych sprzedawców” P. Jenster²⁵²,

²⁴⁶ M. Trocki, *Outsourcing...*, op. cit., s. 13.

²⁴⁷ G. Wijers, D. Verhoef, *IT Outsourcing Part 1: Contracting the partner – A Management Guide*, Van Haren Publishing, Amersfoort 2009, p. 1.

²⁴⁸ K. Grucel, *Outsourcing jako alternatywa dla tradycyjnych metod zarządzania*, Zeszyty naukowe Politechniki Śląskiej, „Organizacja i Zarządzanie” nr 18, 2004, s. 113.

²⁴⁹ J. P. Lendzion, A. Stankiewicz-Mróż, *Wprowadzenie do organizacji i zarządzania*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005, s. 19.

²⁵⁰ K. Rybiński, *Outsourcing i offshoring usług. Siatka pojęć, trendy i bariery rozwojowe*, [w:] A. Szymaniak (red.), *Globalizacja usług. Outsourcing, offshoring i shared services centers*, Wyd. Naukowe INPiD UAM, Poznań 2007, s. 171.

²⁵¹ www.outsourcing-faq.com, data dostępu: 12.02.2011.

²⁵² P. Jenster, H. S. Pedersen, P. Plackett, D. Hussey, *Outsourcing – insourcing Can vendors make money from the new relationship opportunities?*, John Wiley&Sons, England 2005, p. 1.

- „praktyka zatrudniania specjalistów z zewnątrz do obsługi czynności spoza kluczowej działalności firmy” L. R. Dominquez²⁵³,
- „długoterminowe zlecenie pełnienia głównych funkcji działów pomocniczych zewnętrznemu usługodawcy, służące zwiększeniu efektywności przedsiębiorstwa” J. Wojciechowski²⁵⁴,
- „zlecenie podmiotowi zewnętrznemu wykonywania określonych czynności lub działań w sposób ciągły, (...) jednocześnie decydując się na zaprzestanie wykonywania określonych działań, czy czynności we własnym zakresie” A. Korzeniowska²⁵⁵,
- „akt uzyskiwania usług z zewnętrznego źródła” D. Brown, S. Wilson²⁵⁶.

Przedstawione definicje outsourcingu to tylko wybrane przykłady obrazujące szeroko opisywane w literaturze, zarówno polskiej jak i obcojęzycznej, zjawisko. Zaprezentowany przegląd pojęć przedstawia wieloaspektowe spojrzenie na outsourcing, z którego jednocześnie można wyodrębnić pewne elementy wspólne. Wynika z nich pogląd, że outsourcing to długotrwałe relacje partnerskie polegające na zleceniu firmie zewnętrznej części działań czy funkcji, które w normalnych warunkach byłyby wykonywane przez organizację samodzielnie. Przedstawiony pogląd można uszczegółowić poprzez wyróżnienie typowych dla outsourcingu charakterystyk, do których należy²⁵⁷:

- oparcie realizacji świadczonych usług na długoterminowych umowach (wieloletnie działanie),
- przeniesienie odpowiedzialności za zarządzanie danym procesem na firmę zewnętrzną,
- szczegółowe określenie przyszłych wyników realizowanego procesu,
- możliwość przeniesienia części aktywów,
- możliwość przeniesienia personelu.

Oczywiście, przedstawione powyżej cechy nie zawsze muszą zostać spełnione w każdej relacji outsourcingowej. Zdarzają się sytuacje, w których nie ma konieczności przenoszenia czy delegowania pracowników lub aktywów organizacji. Szczególnie wartym uwagi jest jednak punkt dotyczący określenia oczekiwanych rezultatów. Wynika to z faktu, że o ile pozostałe charakterystyki mogą, ale nie muszą występować, o tyle rozpoznanie rezultatów outsourcingu jest warunkiem koniecznym do zastosowania tej metody zarządzania. W literaturze przedmiotu często podkreślany jest także obszar, którego mogą dotyczyć wydzielane na zewnątrz funkcje. Jedną z najważniejszych zasad outsourcingu jest dowolne korzystanie z usług firm zewnętrznych, ale w obszarach niezaliczających się do tzw. kluczowych kompetencji przedsiębiorstwa. W rzeczywistości

²⁵³ L. R. Dominquez, *The Manager's Step-by-Step Guide to Outsourcing*, The McGraw-Hill Companies, USA 2006, p. 5.

²⁵⁴ J. Wojciechowski, *Outsourcing – nowe narzędzie w procesie restrukturyzacji przedsiębiorstwa*, Zeszyty naukowe nr 878, Łódź 2000, s. 83.

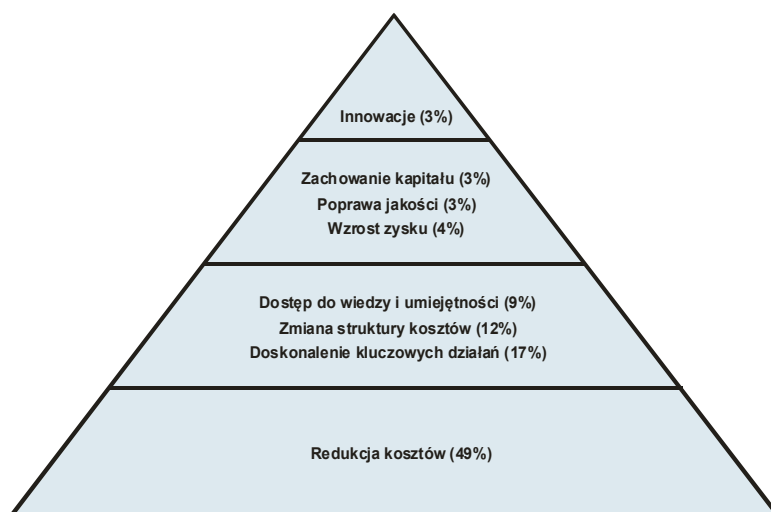
²⁵⁵ A. Korzeniowska, *Outsourcing w bankach komercyjnych*, Difin, Warszawa 2009, s. 16.

²⁵⁶ D. Brown, S. Wilson, *The black book of outsourcing. How to manage the changes, Challenges and Opportunities*, John Wiley&Sons, New Jersey 2005, p. 20.

²⁵⁷ G. Wijers, D. Verhoef, *IT Outsourcing ...*, op. cit., p. 1.

ści oznacza to wyznaczenie przez organizację obszaru, który stanowi o jej przewadze konkurencyjnej. Działania w ramach tego zakresu powinny być realizowane przez samą organizację, natomiast wszystkie zadania pomocnicze, które mają na celu wspomaganie realizacji działań podstawowych, mogą zostać wydzielone na zewnątrz. Przykładem takiego rozróżnienia może być w szpitalu: wykonywanie świadczeń medycznych przez zakład opieki zdrowotnej, a zlecanie na zewnątrz działań pomocniczych, jak np.: usług hotelarskich, ochroniarskich, remontowych itp. Z praktyki zarządzania organizacjami można przedstawić także znacznie węższe wyznaczenie kluczowego obszaru działania. Za przykład może posłużyć przedsiębiorstwo British Airways. Firma koncentruje swoje działania wyłącznie na obsłudze klienta, natomiast pozostałe zadania takie, jak: samolot, jego załoga, catering, dystrybucja biletów czy obsługa techniczna pozostają zlecane firmom zewnętrznym²⁵⁸.

Outsourcing stosowany jest przez firmy z różnych branż, funkcjonujących w odmiennych otoczeniach. Mimo tych jakże znaczących różnic, motywy zastosowania tej metody są zazwyczaj podobne. Organizacje, zlecając wykonywanie zadań firmom zewnętrznym kierują się wieloma przesłankami. Według Michael'a F. Corbetta motywy te można ułożyć w hierarchię (rysunek 11).



Rysunek 11. Hierarchia oczekiwanych korzyści z outsourcingu.

Źródło: M. F. Corbett, *Outsourcing...*, op. cit., p. 11.

Autor, opierając się na publikacjach *The 2004 Outsourcing World Summit*, wykazał, że najważniejszym motywem do zastosowania przez menedżerów przedsiębiorstw outsourcingu jest redukcja kosztów. Mimo, że oszczędności jako podstawa piramidy,

²⁵⁸ Ch. L. Gay, J. Essinger, *Outsourcing strategiczny koncepcja, modele i wdrażanie*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 11.

są najważniejszą przyczyną stosowania tej metody, kolejne znaczące cele to: doskonalenie kluczowych działań poprzez skupienie wysiłków firmy na działalności podstawowej oraz dostęp do nowej wiedzy i umiejętności. Niezwykle ważnym czynnikiem w tej grupie jest także chęć zmiany struktury kosztów, czyli zamiana kosztów zmiennych na stałe. Celami równie istotnymi, aczkolwiek dla wielu przedsiębiorstw jeszcze drugoplanowymi są: innowacje, poprawa jakości, wzrost zysku.

Przedstawiona powyżej hierarchia pozwala na dokonanie ogólnego przeglądu przesłanek wpływających na podjęcie przez organizację decyzji outsourcingowej. Oczywiście to, jakie cele przyświecają danej firmie, zależy od bardzo wielu czynników. Przykładowo wpływa na to: strategia organizacji, sytuacja ekonomiczna, posiadane zasoby, kultura organizacyjna, środowisko, w którym funkcjonuje oraz wiele innych. Poza tym cele te mogą być różne dla różnych obszarów działalności organizacji i mogą się zmieniać w czasie. Przykładem może być szpital, w którym outsourcingiem objęto sprząatanie i diagnostykę. W pierwszym obszarze celem głównym może być redukcja kosztów, w drugim zaś, np. dostęp do nowoczesnego sprzętu.

Poza powyższym zestawieniem w literaturze przedmiotu odnaleźć można jeszcze wiele innych publikacji dzielących cele outsourcingowe na mniej lub bardziej szczegółowe. Jedną z klasyfikacji jest opracowany przez Michała Trockiego podział przyczyn outsourcingu na następujące grupy: przyczyny organizacyjne, ekonomiczne, rynkowe, motywacyjne i strategiczne²⁵⁹. Bazując na tym podziale, w kolejnych opracowaniach wyróżnia się cztery główne grupy czynników decyzyjnych (tabela 15).

Tabela 15. Przyczyny decyzji outsourcingowych

Grupa	Przykładowe motywy decyzji
Organizacyjne	• skupienie się na podstawowej działalności, • uproszczenie struktury organizacyjnej, • zwiększenie elastyczności organizacji, • zmniejszenie poziomu ryzyka, • pozyskanie nowych zasobów niedostępnych wewnątrz organizacji, • pozbycie się działalności sprawiającej problemy zarządcze, • zwolnienie własnych zasobów do innych celów, • uporanie się z funkcją trudną do wykonania lub niemożliwą.
Ekonomiczne	• zwiększenie przychodów, • obniżenie kosztów działalności, • zmiana struktury kosztów (zmienne na stałe), • pozyskanie kapitału, • dopływ gotówki.

²⁵⁹ M. Trocki, *Outsourcing...*, op. cit., s. 52.

c.d. Tabela 15. Przyczyny decyzji outsourcingowych

Grupa	Przykładowe motywy decyzji
Rynkowe	• poprawa pozycji konkurencyjnej, • wzrost satysfakcji klient, • dostęp do nowych rynków, • podniesienie jakości usług, • poprawa wizerunku.
Społeczne	• zapewnienie pracownikom ścieżki kariery, • wzrost motywacji i wydajności pracowników, • wzrost zaangażowania pracowników w działalność podstawową, • zmniejszenie zatrudnienia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Kłos, *Outsourcing w polskich przedsiębiorstwach*, CeDeWu, Warszawa 2009, s. 40–41; H. Lewandowska, *Outsourcing. Model zarządzania w podmiotach sektora ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2010, s. 107; A. Korzeniowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 46; J. Cierznia, P. Pobrotyn, J. Drobnik, I. Czaprowska, *Outsourcing jako możliwe narzędzie wspomagające restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] J. Drobnik, P. Kollbek (red.), *Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego. Nowoczesne narzędzia zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie-controlling-outsourcing*, Wyd. Continuo, t. 1, Wrocław 2006, s. 96.

Do pierwszej grupy zaliczają się te przyczyny, które mają usprawnić sposób zorganizowania przedsiębiorstwa. Cele rynkowe związane są z poprawą pozycji konkurencyjnej, a społeczne – z zaspokojeniem potrzeb zasobów ludzkich w organizacji. Najważniejszą, dla wielu przedsiębiorstw, grupą celów są nadal względy ekonomiczne, które związane są przede wszystkim z poprawą sytuacji finansowej organizacji.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, podobnie jak inne organizacje, decydując się na outsourcing, kierują się różnymi przesłankami. Jednakże w związku ze złą sytuacją finansową polskiej służby zdrowia to czynnik ekonomiczny jest zazwyczaj tym decydującym powodem, dla którego szpitale stosują outsourcing. Stałe problemy finansowe, z którymi boryka się większość zakładów opieki zdrowotnej w Polsce powoduje, iż często brakuje im środków na działalność podstawową. Taki stan rzeczy sprawia, że na inwestycje, modernizacje czy utrzymywanie funkcji pomocniczych organizacje te nie mają już pieniędzy. Outsourcing stosowany jest zatem jako metoda na poszukiwanie oszczędności poprzez najlepsze wykorzystanie posiadanych funduszy. Warto także zwrócić uwagę na fakt, iż szpitale jako organizacje sektora publicznego mają za zadanie dobrze zarządzać środkami finansowymi swoich „akcjonariuszy”, którymi w tym przypadku są wszyscy obywatele²⁶⁰. Przedstawioną opinię potwierdzają badania. Przykładowo wyniki badań przeprowadzonych przez E. Marcinkowską ukazują, że 92% wieloprofilowych, 80% specjalistycznych i ponad 60% jednoprofilowych szpitali Małopolski, za główny motyw stosowania outsourcingu podało brak środków finansowych

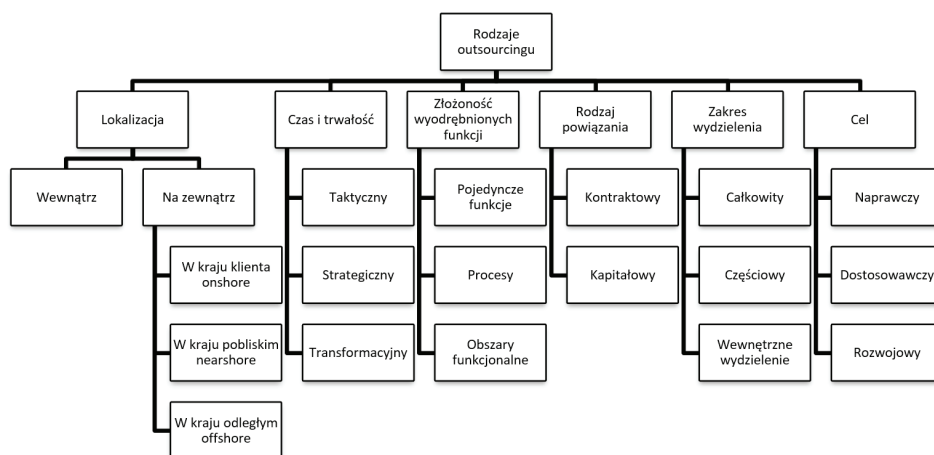
²⁶⁰ H. Lewandowska, *Outsourcing*, op. cit., s. 51.

na odtworzenie i unowocześnienie zasobów rzeczowych²⁶¹. Pozostałe przesłanki zlecania usług na zewnątrz przez te szpitale były następujące²⁶²:

- konieczność wprowadzenia oszczędności finansowych,
- chęć koncentrowania się na działalności podstawowej,
- pozytywne przykłady zastosowania outsourcingu w innych jednostkach służby zdrowia,
- niska produktywność pracowników szpitala,
- dostęp do specjalistycznej wiedzy,
- lepsza organizacja pracy u wykonawców²⁶³.

3.2. Typologie outsourcingu

Zarówno w literaturze przedmiotu, jak i praktyce zarządzania, odnaleźć można wiele klasyfikacji outsourcingu. Podział zależy od przyjętego kryterium, którym może być: lokalizacja, czas, złożoność wyodrębnionych funkcji, rodzaj powiązania z partnerem, zakres zlecanej usługi, cel zastosowania, trwałość wydzielenia oraz wiele innych (rysunek 12).



Rysunek 12. Rodzaje outsourcingu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Trocki, *Outsourcing...*, op. cit., s. 60, M. J. Power, K. C., Desouza, C. Bonifazi, *Outsourcing. Podręcznik sprawdzonych praktyk*, MT Biznes, Kraków 2008, s. 30, M. Czerska, A. A. Szpitter, *Koncepcje...*, op. cit., s. 287–288, D. Brown, S. Wilson, *The Black book...*, op. cit., p. 20.

²⁶¹ E. Marcinkowska, *Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 102–104.

²⁶² *Ibidem*.

²⁶³ <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/nik-o-korzystaniu-z-uslug-zewnetrznych-przez-szpital.html>, data dostępu: 5.11.2020.

Jedną z najczęściej stosowanych systematyk outsourcingu jest podział ze względu na rodzaj powiązania czy też formę podporządkowania wynikającą z wydzielenia. W ramach tego kryterium wyróżnić można outsourcing kapitałowy i kontraktowy. W polskich przedsiębiorstwach częściej stosowany jest outsourcing kontraktowy²⁶⁴. Polega on na wydzieleniu pewnej funkcji z działań organizacji i przekazaniu jej wykonawcy zewnętrznemu. Współpraca ta oparta jest na zasadach rynkowych, gdyż wykonawca usługi jest niezależny kapitałowo i organizacyjnie²⁶⁵. Najważniejszą zaletą tej formy współpracy jest maksymalne ograniczenie odpowiedzialności i zaangażowania organizacji za wydzieloną funkcję, które sprowadza się w zasadzie do wyboru firmy zewnętrznej. Co więcej wybór ten jest dla organizacji decyzją swobodną, uzależnioną jedynie od przyjętych kryteriów, co pobudza konkurencyjność potencjalnych partnerów²⁶⁶. Ponadto zlecenie funkcji niezależnemu zleceniobiorcy pozwala na dostęp do wiedzy specjalistycznej, która dla organizacji wydzielającej, może nie być dostępna w ramach własnej struktury. Możliwość korzystania z usług specjalistów z zewnątrz niesie za sobą również wady. Jedną z najbardziej bolesnych, szczególnie dla pracowników, jest konieczność redukcji zatrudnienia wynikającej z przekazania pracy dotychczas wykonywanej we własnym zakresie zewnętrznemu wykonawcy. Wpływa to także na ograniczenie funkcji zarządzania, a zwłaszcza kontroli wydzielonego obszaru. Wadą, często niedocenianą w fazie planowania outsourcingu kontraktowego, jest możliwość niedopasowania współpracujących przedsiębiorstw pod względem kultury organizacyjnej. Jednakże warto na nią zwrócić uwagę, gdyż wg badań, problemy pracownicze to jedno z najczęściej wymienianych przez przedsiębiorstwa polskie zagrożeń stosowania outsourcingu²⁶⁷.

Outsourcing kapitałowy występuje wówczas, gdy zleceniodawca i zleceniobiorca powiązani są ze sobą kapitałowo. W praktyce polega to na wydzieleniu ze struktury organizacyjnej danej funkcji, która będzie realizowana przez tzw. spółkę córkę²⁶⁸. W wyniku tego podziału do nowej jednostki przechodzą pracownicy, sprzęt oraz lokale dotychczas używane do wykonywania danej czynności. W ten sposób wydzielona funkcja realizowana jest przez spółkę zależną finansowo, ale zupełnie samodzielną organizacyjnie. Taki układ w konsekwencji prowadzi do uniknięcia jednej z największych wad outsourcingu kontraktowego, a mianowicie utraty kontroli. Wynika to z faktu, iż działania spółki-córki, jako elementu powiązanego z organizacją macierzystą, mogą być przez nią kontrolowane i podlegać planowaniu strategicznemu. Ponadto nie występuje problem zwolnień czy likwidacji majątku, gdyż pracownicy i wszelkie aktywa „przejmowane” są przez nową spółkę. Działania te wpływają także korzystnie na ceny świadczonych usług,

²⁶⁴ M. Kłos, *Outsourcing...*, op. cit., s. 137.

²⁶⁵ M. Czerska, A. A. Szpitter, *Koncepcje...*, op. cit., s. 287.

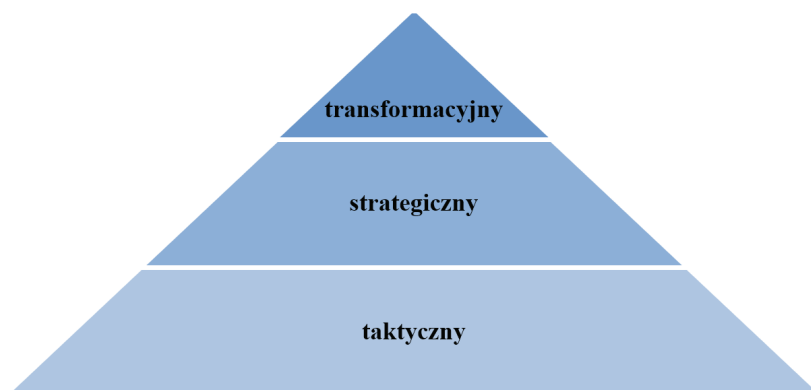
²⁶⁶ M. Trocki, *Outsourcing...*, op. cit., s. 7.

²⁶⁷ 45% wskazań badanych przedsiębiorstw dotyczyło problemów pracowniczych (zwolnienia, niechęć, niedopasowanie kulturowe) jako istotnego zagrożenia stosowania outsourcingu, w: M. Kłos, *Outsourcing...*, op. cit., s. 175.

²⁶⁸ M. Czerska, A. A. Szpitter, *Koncepcje...*, op. cit., s. 287.

zazwyczaj powodując ich spadek. Pomimo opisanych korzyści, stosowanie outsourcingu kapitałowego niesie ze sobą także pewne niedogodności. Po pierwsze, ograniczony wybór dostawcy wpływa niekorzystnie, a właściwie hamuje rozwój konkurencyjności. Ponadto organizacja zlecająca outsourcing w tej formie ponosi część odpowiedzialności za jego wyniki, tzw. odpowiedzialność właścicielska²⁶⁹. Przeniesienie własnych aktywów i pracowników skutkuje natomiast ograniczonym dostępem do nowych technologii i wiedzy specjalistycznej, co minimalizuje szanse na radykalne innowacje czy zmianę sposobu funkcjonowania wydzielonego obszaru.

Kolejna klasyfikacja outsourcingu zaproponowana została przez Douglasa Browna i Scott'a Wilsona. Autorzy wyróżnili trzy poziomy outsourcingu: taktyczny, strategiczny i transformacyjny (rysunek 13).



Rysunek 13. Trzy poziomy outsourcingu.

Źródło: D. Brown, S. Wilson, *The Black book ...*, op. cit., p. 20.

Leżący u podstawy piramidy outsourcing taktyczny związany jest z rozwiązywaniem bieżących, specyficznych problemów organizacji. Do typowych problemów tego rodzaju zalicza się: brak zasobów finansowych na inwestycje, brak dostępu do nowoczesnych narzędzi i wiedzy oraz konieczność redukcji zatrudnienia²⁷⁰. Według Autorów outsourcing taktyczny towarzyszy zazwyczaj procesowi restrukturyzacji firmy. Kluczem do sukcesu w stosowaniu tej metody jest odpowiednie skonstruowanie kontraktu, na którym opiera się współpraca podmiotów tak, aby zapewniał on bezpieczeństwo każdej ze stron. Korzyści takiego rozwiązania są bardzo przejrzyste: „lepszą jakość, za mniej kosztów i czasu”²⁷¹.

Kolejny typ outsourcingu to outsourcing strategiczny. W tym przypadku następuje przekształcenie relacji zleceniodawca-zleceniobiorca na partnerów biznesowych. Organizacja, wprowadzając outsourcing do zarządzania, nie skupia się wyłącznie na kontroli,

²⁶⁹ E. Marcinkowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 15.

²⁷⁰ D. Brown, S. Wilson, *The Black book ...*, op. cit., p.21.

²⁷¹ *Ibidem*.

czy zleceniobiorca wykonuje swoje obowiązki. Przechodzi natomiast krok dalej – chce współpracować z tą firmą, budując długotrwałe relacje. Ten typ relacji opiera się na założeniu, że pomagając organizacji zewnętrznej w odniesieniu sukcesu, przedsiębiorstwo pomaga także sobie. Wynika to z faktu, iż najlepsza firma dostarcza najwyższej jakości usługi, które wpływają także na produkt końcowy zleceniodawcy. Potwierdza to argument, że wiele umów outsourcingowych tego typu zapewnia profity dla dostawcy w przypadku poprawy wyników finansowych organizacji, która go zleciła²⁷².

Na szczycie piramidy znajduje się outsourcing transformacyjny, zwany także outsourcingiem trzeciej generacji. Ten rodzaj outsourcingu rozumiany jest jako przeprojektowanie całego procesu zachodzącego między usługodawcą a usługobiorcą. Działania organizacji budujących między sobą trwałe relacje, w tym przypadku opierają się głównie na wymianie specjalistycznej wiedzy, doświadczeń i umiejętności. Rezultatem ma być nie tylko podniesienie poziomu usług wykonywanych w ramach outsourcingu, ale także funkcji wykonywanych samodzielnie. Porównanie tej nowoczesnej formy działań outsourcingowych, z ich najbardziej tradycyjną formą (outsourcing taktyczny) przedstawia tabela 16.

Tabela 16. Porównanie założeń outsourcingu transformacyjnego i taktycznego

Transformacyjny	Taktyczny
Skupienie się na całym przedsięwzięciu.	Skupienie się na działalności operacyjnej.
Koncentracja działań na tworzeniu wartości.	Koncentracja na obniżeniu kosztów.
Pomaga w zarządzaniu niepewnością.	Pomaga w ustanowieniu kontroli.
Opiera się na kształtowaniu sieci partnerskich.	Opiera się na zewnętrznych specjalistach realizujących wyższą jakość niż sama organizacja.
Ułatwia zwiększanie wartości rynkowej przedsiębiorstwa poprzez reengineering i optymalizację kosztów prowadzenia działalności.	Uwolnienie kapitału poprzez wyeliminowanie pewnych funkcji nie związanych z działalnością podstawową.
Rewolucja poprzez dostosowanie celów strategicznych usługobiorcy i usługodawcy.	Zmiany odbywają się bez przeprojektowywania procesu biznesowego (usługobiorca dostosowuje się do wymagań usługodawcy).

Źródło: D. Brown, S. Wilson, *The Black ...*, op. cit., p. 24.

Często stosowanym rozróżnieniem outsourcingu jest także klasyfikacja oparta na kryterium lokalizacji. Według tego podziału wyróżniono outsourcing: wewnętrzny i zewnętrzny. Pierwsza forma dotyczy wykonywania usługi w pomieszczeniach zleceniodawcy, a więc „wewnątrz” organizacji²⁷³. Przykładem takiego rodzaju zlecenia jest outsourcing funkcji sprzątania, np. sal szpitalnych, gdzie wykonawca pracuje w budynku zleceniodawcy. Druga forma, czyli outsourcing zewnętrzny polega na wykonywaniu zlecenia „na zewnątrz” organizacji, zazwyczaj w siedzibie usługobiorcy. W ramach

²⁷² Ch. L. Gay, J. Essinger, *Outsourcing ...*, op. cit., s. 31.

²⁷³ M. J. Power, K. C. Desouza, C. Bonifazi, *Outsourcing. Podręcznik sprawdzonych praktyk*, MT Biznes, Kraków 2008, s. 30.

outsourcingu zewnętrznego zlecenie może być wykonywane: w kraju klienta (onshore), w państwie pobliskim (nearshore) lub odległym (offshore)²⁷⁴. Onshore polega na wykonywaniu usługi przez przedsiębiorstwa funkcjonujące w tym samym kraju, co organizacja ją zlecająca. Główną zaletą tego rozwiązania jest zminimalizowanie różnic kulturowych, co wpływa korzystnie szczególnie w sprawach „delikatnych”, np. dotyczących ochrony danych osobowych²⁷⁵. Nearshore występuje wówczas, gdy usługa zlecana jest wykonawcom z krajów pobliskich, w przypadku Polski mogą to być, np. Czechy, Słowacja, Rosja czy Ukraina. Zjawisko to często stosowane na świecie, popularne jest także w Europie, gdzie znane marki odzieżowe zlecają szycie swoich projektów firmom zlokalizowanym w Polsce lub na Ukrainie. Pozwala to na obniżenie kosztów produkcji, zachowanie odpowiedniej jakości oraz uniknięcie problemów związanych z odmienną kulturą organizacyjną. Dodatkowo, koszty podróży czy transportu są stosunkowo niskie i nie występują znaczne różnice stref czasowych. Ostatnim rodzajem outsourcingu pod względem kryterium lokalizacji jest offshoring. Polega on na zleceniu działań partnerom zagranicznym, zazwyczaj o najniższych kosztach wytwarzania²⁷⁶. Krajami o największej dynamice wzrostu tego rodzaju usług są: Indie, Chiny, Filipiny oraz kraje Europy Wschodniej. Przykładów stosowania offshoringu jest bardzo wiele, o czym świadczą chociażby napisy: *Made In China*, czy *Made In Taiwan* umieszczone na produktach niemalże z każdej branży. Spośród wymienionych form outsourcingu, offshoring charakteryzuje się największym ryzykiem, związanym z odmienną kulturą, różnicą czasu i dużymi odległościami. Jednak mimo tych niebezpieczeństw jest on coraz bardziej popularny, gdyż dzięki znacznemu obniżeniu kosztów produkcji, a w szczególności wynagrodzeń, przedsiębiorstwo może zaoszczędzić nawet 25–40% środków finansowych²⁷⁷.

3.3. Korzyści i zagrożenia zastosowania outsourcingu

Organizacje wdrażają outsourcing do praktyki zarządzania, ponieważ metoda ta, dobrze zrealizowana może przynieść wiele korzyści, które mogą dotyczyć różnych obszarów funkcjonowania. Ze względu na obszar, którego dotyczą potencjalne zalety możemy podzielić na: strategiczne, finansowe, organizacyjne i technologiczne²⁷⁸. Do korzyści osiągniętych w obszarze strategicznym należy²⁷⁹:

- koncentracja firmy na jej kluczowych kompetencjach lub podstawowych obszarach działalności,
- skierowanie zasobów organizacji na działania o charakterze strategicznym,

²⁷⁴ *Ibidem*.

²⁷⁵ M. J. Power, K. C. Desouza, C. Bonifazi, *Outsourcing...*, op. cit., s. 31.

²⁷⁶ M. Kostera, *Nowe kierunki w zarządzaniu. Podręcznik akademicki*, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 119.

²⁷⁷ T. N. Duening, R. L. Click, *Essentials of Business Process Outsourcing*, John Wiley&Sons, New Jersey 2005, p. 24.

²⁷⁸ H. Lewandowska, *Outsourcing. Model zarządzania w podmiotach sektora ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2010, s. 52.

²⁷⁹ Na podstawie: H. Lewandowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 52; L. R. Dominquez, *The Manager's...*, op. cit., p. 72.

- poprawa elastyczności funkcjonowania poprzez dostosowanie do wymagań klientów,
- zmniejszenie ryzyka wynikającego z postępu technologicznego.

Możliwość koncentracji organizacji na działalności podstawowej jest najczęściej dostrzeganą zaletą wynikającą z zastosowania outsourcingu w polskich przedsiębiorstwach. Potwierdzają to badania Mariusza J. Radło i Doroty A. Ciesielskiej według których aż 91,5% badanych polskich przedsiębiorstw uzyskała ten efekt²⁸⁰. Zlecając funkcje pomocnicze innym firmom, zarządzający mogą poświęcić więcej czasu i uwagi na działania, które mają dla organizacji zasadnicze znaczenie, ponieważ w największym stopniu wpływają na jej perspektywy rozwojowe²⁸¹. W ten sposób możliwe jest skoncentrowanie uwagi na najważniejszych problemach, wyznaczenie bardziej szczegółowych priorytetów, a w konsekwencji osiągnięcie w tym obszarze lepszych wyników. Skutkuje to także większą elastycznością w stosunku do otoczenia. Skupienie uwagi na kluczowych aspektach działalności umożliwia dokładne zbadanie i poznanie oczekiwań otoczenia, a w szczególności klientów organizacji. Kolejna zaleta wynikająca z zastosowania outsourcingu to możliwość skierowania zasobów organizacji na czynności o charakterze strategicznym. Wiadomym jest, że każda organizacja posiada zasoby, które nie są nieograniczone. Wykonując wszystkie czynności samodzielnie, musi rozdysponować je pomiędzy wszystkie działy. Outsourcing, poprzez rezygnację z samodzielnego wykonawstwa, umożliwia skupienie posiadanych zasobów w obszarach o znaczeniu strategicznym dla przedsiębiorstwa. Ponadto korzystanie z usług firm zewnętrznych, które wykonując usługę i biorąc za nią odpowiedzialność, ponoszą także ryzyko związane z pojawieniem się nowych rozwiązań. W ten sposób zleceniodawca nie musi martwić się o rozwój i dostosowanie swoich działań do postępu technologicznego w wydzielonym obszarze.

Kolejna grupa walorów wynikających z zastosowania outsourcingu należy do obszaru finansowego. Wśród tych korzyści można wymienić min.²⁸²:

- zamianę modelu rachunku kosztów,
- ochronę kapitału,
- redukcję kosztów działalności,
- uwolnienie kapitału,
- zastrzyk gotówki.

Grupa korzyści finansowych to nadal największy wabik dla organizacji planujących wdrożyć outsourcing²⁸³, szczególnie szpitali, w których jest on przede wszystkim metodą na obniżenie kosztów działalności. Nie jest to postawa błędna, gdyż wdrożenie outsourcingu może przynieść te korzyści na wiele, różnych sposobów. Po pierwsze, rezy-

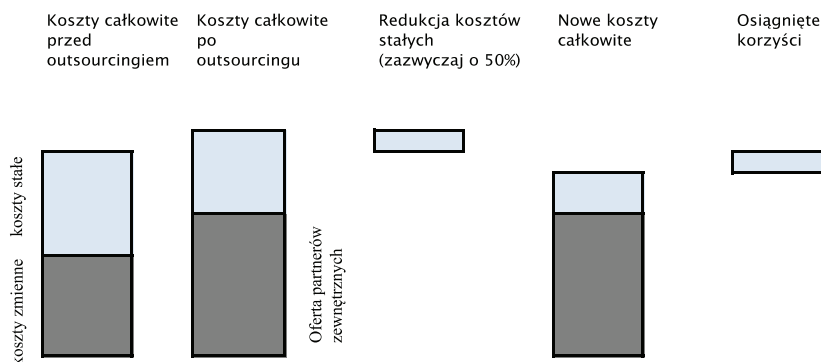
²⁸⁰ D. Ciesielska, M. J. Radło (red.), *Outsourcing w praktyce*, Wyd. Poltext, Warszawa 2011, s. 27.

²⁸¹ M. Bartley, *How to Build and Maintain a Successful Outsourced, Offshored Testing Partnership*, „Testing experience. The Magazine for Professional testers”, March 2009, p. 6.

²⁸² Na podstawie: H. Lewandowska, *Outsourcing*., op. cit., s. 52; L. R. Dominquez, *The Manager's ...*, op. cit., p. 72.

²⁸³ 85% polskich przedsiębiorstw za cel outsourcingu podaje obniżkę i oszczędność kosztów za: M. Stasiak, E. Badzińska, *Outsourcing w budowaniu konkurencyjności*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa”, 2010, nr 7, s. 16.

gnacja z części wykonywanych zadań powoduje uszczuplenie wydawanych na nie przez przedsiębiorstwo środków finansowych. Oszczędności związane są głównie z redukcją kosztów zatrudnienia oraz kosztów bieżącej obsługi i konserwacji. Outsourcing ponadto pozwala na ochronę kapitału, która zawiązana jest z brakiem konieczności inwestowania w badania i rozwój danego obszaru²⁸⁴. Rezygnacja z wykonywania czynności we własnym zakresie może być także sposobem na dostarczenie do organizacji gotówki. Wynajęcie lub sprzedaż dotychczas użytkowanych środków, np. urządzeń lub lokali, które nie są już potrzebne, jest dodatkowym źródłem zasobów finansowym. Jednak korzyścią, która niemal w każdym przypadku jest możliwa do osiągnięcia jest zmiana struktury kosztów. Jak wyglądają zmiany w strukturze kosztów po wprowadzeniu outsourcingu przedstawiono na rysunku 14.



Rysunek 14. Zmiany w strukturze kosztów po wprowadzeniu outsourcingu

Źródło: J. Maciejewicz, *Uwarunkowania ekonomiczne i organizacyjne zastosowania outsourcingu*, za: T. Kopczyński, *Outsourcing w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, PWE, Warszawa 2010, s. 107.

Koszty stałe związane są z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa, bez względu na ilość wyprodukowanych wyrobów. Koszty zmienne natomiast bezpośrednio zależne są od istnienia danego produktu²⁸⁵. Jak wynika z przedstawionego schematu, zaraz po wprowadzeniu outsourcingu, koszty przedsiębiorstwa wzrastają. Wynika to z faktu, że o ile oferta cenowa firmy zewnętrznej jest zazwyczaj niższa od kosztów całkowitych wykonywania danej funkcji samodzielnie przez przedsiębiorstwo, ale wyższa od kosztów zmiennych²⁸⁶. Dopiero redukcja kosztów stałych, np. zwolnienie zatrudnionych pracowników powoduje spadek całkowitych kosztów usługi, a w konsekwencji możliwość osiągnięcia korzyści finansowych.

Ostatnie dwie grupy korzyści dotyczą spraw organizacyjnych i technologicznych. Do zalet o charakterze organizacyjnym można zaliczyć: uszczuplenie struktury organizacyjnej oraz reorientację wewnętrznych zasobów pracowniczych²⁸⁷. Zaś główne efekty

²⁸⁴ M. Kłos, *Outsourcing...*, op. cit., s. 45.

²⁸⁵ T. Kopczyński, *Outsourcing w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, PWE, Warszawa 2010, s.106.

²⁸⁶ *Ibidem*.

²⁸⁷ H. Lewandowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 52.

technologiczne to korzystanie z najnowszych technologii oraz wiedzy specjalistów z zewnątrz organizacji.

Wymienione zalety to tylko przykłady, które nie stanowią zamkniętej listy możliwych pozytywów. Dzieje się tak, ponieważ organizacje mogą osiągać jeszcze wiele innych, specyficznych dla danej branży korzyści. Niemniej jednak warto zwrócić uwagę, że w szpitalach oddziaływanie outsourcingu jest ograniczone, chociażby poprzez ustawę *Prawo Zamówień Publicznych*. Pomimo to, outsourcing w branży medycznej jest chętnie stosowany i przynosi wymierne korzyści, podobne do tych odczuwanych przez inne przedsiębiorstwa. Przykładem potwierdzającym powyższe twierdzenie mogą być wyniki badań przeprowadzonych w małopolskich szpitalach²⁸⁸. W badanych placówkach korzyści z outsourcingu dotyczyły²⁸⁹:

- oszczędności finansowych,
- wyeliminowania konieczności inwestycji w infrastrukturę,
- redukcji zatrudnienia,
- wzrostu jakości usług w ramach wydzielonego obszaru,
- koncentracji na działalności podstawowej,
- dostępu do specjalistycznej wiedzy,
- poprawy warunków pracy,
- zastrzyku gotówki.

Należy zaznaczyć, że omówione profity powinny być potwierdzone rzetelną i systematyczną analizą efektów. W praktyce oznacza to konieczność zweryfikowania zaplanowanych korzyści, określonych na etapie planowania outsourcingu, o rzeczywiście zbadane efekty końcowe.

Omawiając korzyści wynikające ze stosowania outsourcingu nie można pominąć także towarzyszących im zagrożeń. Wady outsourcingu, podobnie jak zalety, można podzielić na cztery grupy, a mianowicie: strategiczne, finansowe, organizacyjne i technologiczne²⁹⁰ (tabela 17).

Outsourcing jest metodą, w której zlecając na zewnątrz wykonanie danych funkcji, organizacja przestaje regulować przebieg ich wykonywania, a skupia się na uzyskanych efektach. Działanie takie może prowadzić do utraty kontroli nad jego realizacją²⁹¹. W konsekwencji ograniczone zostają możliwości monitorowania, czy firma zewnętrzna realizuje zlecone działania w oparciu o najwyższe standardy. Istnieje również ryzyko, że zleceniobiorca przestanie śledzić innowacyjne rozwiązania, przez co może nastąpić utrata zajmowanej pozycji konkurencyjnej. Ponadto zgodnie z definicją, umowy outsourcingowe zawierane są na dłuższy okres czasu. W związku z tym, organizacja decydując się na jego wprowadzenie, najczęściej „pozbywa się” majątku w szczególności ma-

²⁸⁸ Badania zostały przeprowadzone przez E. Marcinkowską w 2007 roku grupie szpitali specjalistycznych z woj. małopolskiego; źródło: E. Marcinkowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 98.

²⁸⁹ *Ibidem*, s. 106.

²⁹⁰ H. Lewandowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 53.

²⁹¹ A. Korzeniowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 52.

szyn czy urządzeń oraz ludzi dotychczas wykonujących dane zadanie w ramach struktur organizacji. Następstwem jest uzależnienie się od zewnętrznego dostawcy, a w razie chęci powrotu do sytuacji wejściowej, brak odpowiedniego zaplecza do samodzielnego wykonywania usługi. Dużym problemem jest także kwestia zaufania do firmy zewnętrznej, która działając na rzecz zleceniodawcy, poznaje jego poufne informacje. Omawiając zagrożenia o charakterze strategicznym, warto zwrócić także uwagę na ryzyko związane z utratą tożsamości organizacyjnej. Ma ono miejsce wówczas, gdy organizacja przerzuca zbyt dużą liczbę działań na zewnętrznych wykonawców, co doprowadza do „zjawiska nazywanego procesem *dematerializowania się przedsiębiorstwa*”²⁹².

Tabela 17. Zagrożenia wynikające ze stosowania outsourcingu

Charakter zagrożeń	Przykłady
Strategiczne	• bariery wyjścia, • ryzyko ujawnienia poufnych informacji, • brak znajomości dostawców, • niepewność regulacji prawnych, • utrata wiarygodności, np. przez błędy zleceniobiorcy, • utrata tożsamości organizacji.
Finansowe	• nieprzewidziane koszty transakcyjne, • możliwy wzrost kosztów bieżących, • dodatkowe koszty – w postaci kosztów obsługi i zarządzania umową outsourcingową, • ryzyko podniesienia cen usług.
Organizacyjne	• uzależnienie się od zewnętrznego dostawcy, • utrata własnych zasobów, • niewielki wpływ Zarządu na pracowników firmy zewnętrznej, • niemożność objęcia outsourcingiem niektórych działań, • utrata kontroli nad realizacją działań, • zmniejszenie motywacji personelu.
Technologiczne	• niższa od ustalonej jakość usługi, • brak zastosowania nowoczesnych technologii i wiedzy przez dostawcę, • niedostosowanie tempa zmian usługobiorcy do wymogów konkurencyjnego rynku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: H. Lewandowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 53, A. Korzeniowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 51–55.

Niezwykle istotne dla organizacji są zagrożenia finansowe. Przedsiębiorstwa zlecając usługę na zewnątrz, przede wszystkim liczą na obniżenie kosztów, rzadko zdając sobie przy tym sprawę z niebezpieczeństwa ich wzrostu. Jednakże na etapie wprowadzania outsourcingu mogą pojawić się nieprzewidziane wcześniej koszty transakcyjne czy koszty bieżącej obsługi i zarządzania projektem outsourcingowym. Ponadto, należy liczyć się z faktem, że zaraz po wydzieleniu usług na zewnątrz koszty całkowite funkcjo-

²⁹² J. Róžański, *Outsourcing a możliwości rozwojowe małego przedsiębiorstwa*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstw”, nr specjalny 2008, s. 85.

nowania organizacji wzrastają, co wiąże się ze wzrostem kosztów zmiennych. Oczywiście, jest to sytuacja przejściowa, ale organizacja musi być na nią przygotowana, chociażby poprzez posiadanie odpowiednich rezerw²⁹³.

Wprowadzenie outsourcingu może skutkować także spadkiem motywacji wśród personelu. Przekazanie na zewnątrz części działań kojarzone jest przez pracowników zazwyczaj z obniżaniem kosztów, co skutkuje pojawieniem się obawy o sytuację firmy i w konsekwencji o stałość swojego zatrudnienia²⁹⁴. Obawy te mogą wpłynąć na obniżenie motywacji do pracy, co powoduje spadek efektywności wykonywanych działań. Utrzymujący się przez dłuższy czas taki stan rzeczy doprowadzić może do spadku jakości samodzielnie wykonywanych przez zleceniodawcę usług, nawet tych niezwiązanych z zastosowanym outsourcingiem.

Przedstawione powyżej sytuacje to najczęściej wymieniane w literaturze przedmiotu negatywne strony outsourcingu. Oczywiście ich wystąpienie lub nie w danej organizacji zależy od wielu czynników. Najczęściej są to błędy ludzkie, wynikające z niewłaściwego zrozumienia samej idei outsourcingu. Do błędów takich zaliczyć można^{295,296}:

- niedostateczną wiedzę na temat możliwości outsourcingu,
- brak strategicznego uzasadnienia podejmowanych decyzji dotyczących wprowadzenia outsourcingu,
- przekazanie odpowiedzialności za proces outsourcingu niewłaściwym osobom (w 89% przypadków menedżerowie uczyli się outsourcingu w trakcie jego realizacji),
- nieprzewidywalne wyzwania techniczne (zwłaszcza w przypadku outsourcingu usług IT),
- brak współpracy z dostawcami na etapie przygotowywania outsourcingu,
- pominięcie któregoś z etapów outsourcingu,
- przeoczenie kosztów ukrytych,
- patologie zarządzania związane, np. z brakiem zgodności interesów organizacji z intencjami decydentów, tj. zawyżanie cen za usługi outsourcingowe, nielegalne gratyfikacje, transfer wartościowych składników majątkowych do spółek córek itp.

Przed przystąpieniem do procesu wdrażania outsourcingu do własnej organizacji konieczna jest dokładna analiza możliwych korzyści i zagrożeń. Zestawienie takie powinno zawierać: analizę finansową, określenie sposobu kalkulacji kosztów, zależności między efektywnością obecną a pożądaną oraz potencjalne ryzyka.²⁹⁷ Podejmując decyzję o wydzieleniu na zewnątrz pewnych funkcji, należy ocenić ryzyko, pamiętając przy tym

²⁹³ A. Korzeniowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 54.

²⁹⁴ M. Matejun, *Patologie outsourcingu w teorii i praktyce gospodarczej*, [w:] W. Kowalczewski, W. Matwiejczuk (red.), *Aktualne problemy zarządzania organizacjami*, Difin, Warszawa 2008, s. 153.

²⁹⁵ M. Shirdeli, S. Zare, E. Kharazmi, R. Rezaee, M. H. Maher, *Presenting a Model to Evaluate Factors Affecting Outsourcing of Health Information Technology Services*, "Acta Informatica Medica Journal", 2018 Oct, 26(3), p. 190–191.

²⁹⁶ T. Kopczyński, *Outsourcing...*, op. cit., s. 127.

²⁹⁷ A. Kwiotkowska, *Outsourcing jako element strategii działalności naprawczej w przedsiębiorstwie*, [w:] J. Bendkowski (red.), *Wybrane elementy zarządzania logistyką w przedsiębiorstwie*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2008, s. 61.

o znanym twierdzeniu: „niskie ryzyko to niskie zyski, wysokie ryzyko to wysokie zyski, ale jest i druga strona, niskie ryzyko to pewne zyski, wysokie to często bankructwo”²⁹⁸

Podsumowując, poza warunkami zewnętrznymi na istnienie przedstawionych wad wpływ mają także czynniki wewnętrzne. Przyczyny patologii tej koncepcji można podzielić na dwie grupy: niedostateczna wiedza na temat skutków wdrożenia tej metody oraz niezgodne z interesami organizacji intencje.²⁹⁹ Do pierwszej grupy powodów niepowodzeń można zaliczyć, np.: brak wiedzy, uproszczone analizy celowości wprowadzania outsourcingu, zbyt optymistyczne szacunki rezultatów, lekceważenie ryzyka i brak strategicznej wizji działań outsourcingowych.³⁰⁰ Z kolei do drugiej grupy czynników wpływających na nieprawidłowości w procesie outsourcingu można podać następujące przykłady: zawyżanie cen, chęć uzyskania nielegalnych gratyfikacji, transfer wartościowych składników majątku do spółek córek, sztuczne tworzenie intratnych stanowisk kierowniczych, tworzenie nierentownych przedsięwzięć kapitałowych oraz manipulacje mające na celu zmniejszenie obciążeń fiskalnych³⁰¹. Warto także przytoczyć wyniki kontroli NIK (Najwyższej Izby Kontroli) dotyczącej korzystania przez szpitale z usług zewnętrznych. Stwierdzono wówczas, że „decyzje o korzystaniu z usług zewnętrznych nie były w większości skontrolowanych przypadków oparte o wyniki analiz, które uzasadniałyby taki sposób wykonywania zadań”³⁰², wobec czego zarządzający placówką nie wiedzieli, czy outsourcing w danym przypadku, jest rzeczywiście najlepszą metodą osiągania zakładanych celów. Ponadto, w wielu przypadkach, zamawiając usługę u dostawcy, zarządzający kierowali się wyłącznie oferowaną ceną, nie uwzględniając kryteriów jakościowych, choć taki obowiązek wynikał wprost z ustawy³⁰³ (oczywiście można domniemać, że nie małą rolę w podejmowaniu tych decyzji odgrywała zła kondycja finansowa danej placówki).

3.4. Wdrożenie outsourcingu

Skuteczne zastosowanie w organizacji outsourcingu jako metody zarządzania zależy od wielu czynników: organizacyjnych, ekonomicznych oraz społecznych. W dużej mierze do sukcesu całego przedsięwzięcia przyczynia się także sam proces jego implementacji. Wg Marka Power’a, Kevin’a Desouzy i Carlo Bonifazi outsourcing należy traktować jako cykl działań, na który składa się siedem faz (rysunek 15). W związku z tym, że outsourcing należy uważać za narzędzie strategiczne, a nie doraźne działanie,

²⁹⁸ J. Niemczyk, *Outsourcing*, [w:] K. Perechuda (red.), *Zarządzanie przedsiębiorstwem przyszłości*, Placet, Warszawa 2000, s. 171.

²⁹⁹ M. Trocki, *Outsourcing*, op. cit., s. 219.

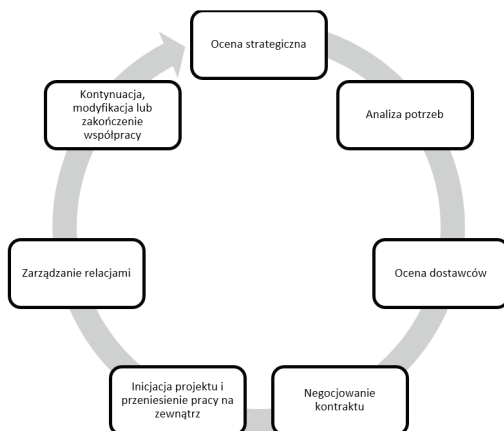
³⁰⁰ M. Matejun, *Patologie...*, op. cit., s. 152.

³⁰¹ *Ibidem*, s. 153.

³⁰² <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/nik-o-korzystaniu-z-uslug-zewnetrznych-przez-szpitala.html>, data dostępu: 10.11.2020.

³⁰³ *Ibidem*

pierwszym etapem cyklu jest ocena sytuacji strategicznej organizacji³⁰⁴. Polega ona na zdefiniowaniu celów organizacyjnych, a następnie sposobów ich realizacji. Konieczne jest wówczas określenie, które cele organizacji mogą być realizowane za pomocą outsourcingu. Po dokonaniu oceny strategicznej należy przeprowadzić analizę potrzeb. Polega ona na uszeregowaniu potrzeb organizacji ze względu na ich przyczynianie się do realizacji jej celów.



Rysunek 15. Cykl outsourcingu

Źródło: M. J. Power, K. C. Desouza, C. Bonifazi, *Outsourcing. Podręcznik sprawdzonych praktyk*, MT Biznes, Warszawa 2008, s. 50.

Po tych działaniach możliwe jest dokonanie wyboru dotyczącego obszaru projektu, a następnie określenie wobec niego konkretnych wymagań³⁰⁵. Warto także przytoczyć pogląd Mary F. Cook, wg której działania w ramach tego etapu skoncentrowane powinny być na reorganizacji zasobów³⁰⁶. Oznacza to analizę szans i ryzyka outsourcingu, a następnie stworzenie harmonogramu przedsięwzięcia³⁰⁷. Etap analizy potrzeb powinien podsumowywać zestaw dokumentów takich, jak: „zakres projektu, szczegółowy opis zadań, ustalony poziom obsługi, role i odpowiedzialność klienta i dostawcy”³⁰⁸. Dopiero wówczas możliwe jest podjęcie kolejnego kroku, jakim jest ocena dostawców. Ta faza cyklu outsourcingu rozpoczyna się stworzeniem grupy potencjalnych zleceniobiorców, a następnie przedstawienia im listy zapytań ofertowych. Po złożeniu przez kandydatów swoich ofert możliwe jest przystąpienie do najważniejszego działania w tej fazie, a więc oceny dostawców.

³⁰⁴ M. J. Power, K.C. Desouza, C. Bonifazi, *Outsourcing...*, op. cit., s. 50.

³⁰⁵ *Ibidem*, s. 51.

³⁰⁶ A. Korzeniowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 40.

³⁰⁷ *Ibidem*.

³⁰⁸ M. J. Power, K. C. Desouza, C. Bonifazi, *Outsourcing...*, op. cit., s. 103.

Proces oceny dostawców złożony powinien być z następujących, występujących kolejno po sobie, zadań³⁰⁹:

- przygotowanie do procesu oceny – powołanie zespołu oceniającego i stworzenie jasnych i sprawiedliwych kryteriów oceny,
- sporządzenie tzw. krótkiej listy – zawężenie listy dostawców do firm spełniających kryteria wstępne,
- ocena profilu dostawcy – sprawdzenie mocnych i słabych stron organizacji zewnętrznej, zebranie wywiadu (ewentualnych rekomendacji) wśród organizacji już współpracujących, zweryfikowanie danych zawartych w ofercie,
- ocena proponowanych cen i warunków – analiza ofert pod kątem propozycji cenowych oraz kompletności, stopnia szczegółowości lub wymagań dodatkowych,
- szczegółowa ocena dostawcy – ocena ryzyka związanego ze współpracą z danym dostawcą.

Przeprowadzenie szczegółowej oceny pozwala na wyłonienie dostawcy lub niewielkiej grupy dostawców, z którymi organizacja może przystąpić do negocjacji kontraktu. Warto podkreślić, że ograniczenie dostawców do minimum, a więc tych, z którymi organizacja naprawdę chciałaby współpracować, ma ogromne znaczenie z uwagi na fakt, iż negocjacje to etap kosztowny i czasochłonny. Faza negocjacji kończy się przygotowaniem i podpisaniem kontraktu outsourcingowego, który będzie miał zasadnicze znaczenie podczas dalszej współpracy. Dlatego też, należy zwrócić uwagę na to, aby umowa konkretnie określała rolę każdej strony i nie zawierała żadnych niedomówień. Dobrze przygotowany kontrakt outsourcingowy powinien zawierać następujące elementy³¹⁰:

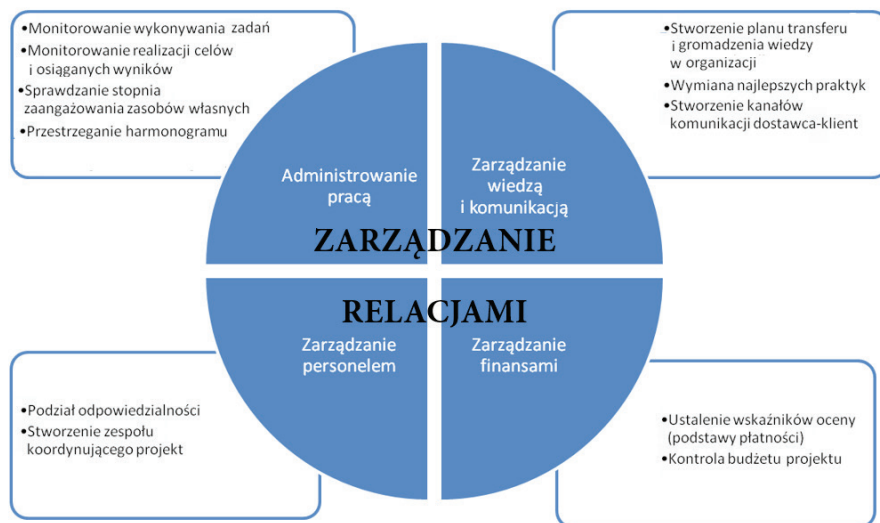
- zakres i rodzaj zlecenia,
- role i zakres odpowiedzialności zleceniodawcy i zleceniobiorcy,
- miary oceny rezultatów działań outsourcingowych,
- zasady postępowania w razie braku oczekiwanych korzyści ze współpracy.

Zawarcie umowy powoduje, że strony zaczynają współpracę outsourcingową. Nie oznacza to jednak gwałtownej i automatycznej zmiany, gdyż proces inicjowania projektu przebiega stopniowo, w trzech etapach. Po podpisaniu kontraktu zleceniodawca samodzielnie rozpoczyna wykonywanie usługi. W drugiej fazie inicjacji organizacja „rozluźnia” kontrolę nad wykonywanym procesem i stopniowo przekazuje jej wykonywanie firmie zewnętrznej. Dopiero po całkowitym przeniesieniu pracy i odpowiedzialności na zleceniobiorcę możliwe jest przejście do właściwej współpracy outsourcingowej, w której zleceniodawca ogranicza swoje działania do zarządzania relacjami i monitorowania rezultatów projektu. Faza ta przechodzi bezpośrednio w następny etap cyklu, jakim jest zarządzanie relacjami z dostawcą. Polega on przede wszystkim na doskonaleniu podjętej współpra-

³⁰⁹ *Ibidem*, s. 120–127.

³¹⁰ *Ibidem*, s. 148.

cy poprzez odpowiednie zarządzanie projektem, w szczególności stałe monitorowanie zleconych działań. Zarządzanie relacjami dotyczy czterech, najważniejszych elementów, tj. administrowania pracą, zarządzania finansami, personelem, wiedzą i komunikacją (rysunek 16)³¹¹.



Rysunek 16. Zarządzanie relacjami outsourcingowymi

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Power M. J., Desouza K. C., Bonifazi C., *Outsourcing...*, op. cit., 176–184.

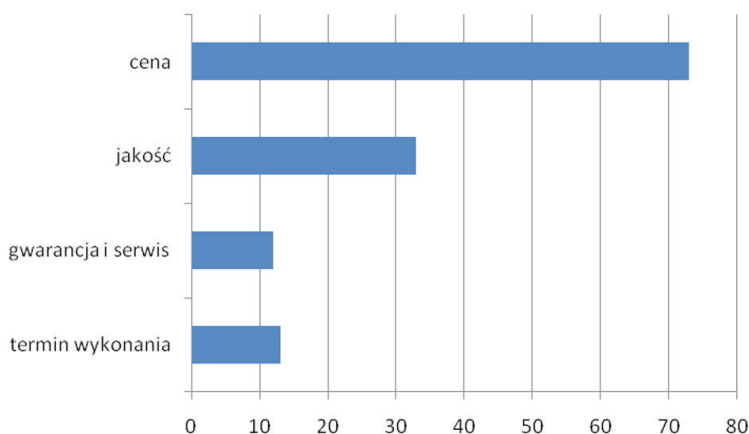
Ostatnia faza cyklu to podjęcie decyzji dotyczącej przyszłości współpracy outsourcingowej między organizacją a danym dostawcą. Może dotyczyć ona trzech kierunków: kontynuacji, modyfikacji lub zakończenia współpracy. Niezależnie od tego, które rozwiązanie organizacja zdecyduje się zastosować, powinna je poprzedzać dokładna analiza dotychczasowej współpracy. Warto przeanalizować takie zagadnienia, jak: korzyści, negatywne strony współpracy, perspektywy na przyszłość i konsekwencje przyszłych decyzji.

Przedstawiony cykl to przykład metody wdrożenia outsourcingu do organizacji. Oczywiście, zarówno w literaturze jak i praktyce zarządzania, istnieją także inne wzorce, które charakteryzują pewne cechy wspólne. Przede wszystkim wdrażając outsourcing należy proces ten przeprowadzać stopniowo, nie pomijając żadnej z wyszczególnionych faz. Ponadto, chociaż w każdym cyklu charakter poszczególnych faz powinien pozostać niezmienny, konieczne jest by, organizacja starała się nieustannie poprawiać wydajność i efektywność samego procesu. Działanie to pozwoli na osiągnięcie wprawy, przez co kolejne wdrożenia outsourcingu do innych obszarów organizacji przebiegać będą szybciej i sprawniej.

³¹¹ *Ibidem*, s. 176.

3.5. Pragmatyka outsourcingu w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Outsourcing powszechnie stosowany w przedsiębiorstwach każdej branży z powodzeniem praktykowany jest również w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. Warto przy tym podkreślić, że outsourcing z powodzeniem stosowany od lat w przedsiębiorstwach, w sektorze publicznym na stałe pojawił się na początku lat 90³¹². Różnica dotycząca czasu wykorzystania tej koncepcji wynika z różnic w zakresie funkcjonowania organizacji prywatnych i publicznych jak np.: obecność różnych grup interesariuszy, odmienne cele, czy też dostępne możliwości współpracy³¹³. Zatem, ze względu na fakt, iż szpital jest organizacją użyteczności publicznej, zastosowanie tej metody jest ograniczone np. przepisami prawnymi, jak np. ustawa *Prawo zamówień publicznych*. Niemniej jednak zakłady opieki zdrowotnej coraz chętniej stosują outsourcing w swojej działalności, o czym świadczy chociażby fakt, iż coraz więcej szpitali w Polsce zleca wykonywanie usług na zewnątrz (wykres 5).



Wykres 5. Liczba szpitali w Polsce zlecających outsourcing w latach 2004–2008

Źródło: H. Lewandowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 120.

Jak wynika z powyższej przedstawionego wykresu, od roku 2005 liczba szpitali zlecających usługi na zewnątrz systematycznie wzrasta. Zjawisko to zaobserwować można szczególnie wyraźnie w dużych miastach. W 2008 roku ponad 40% krajowego outsourcingu dotyczyło szpitali mieszczących się w 16 miastach wojewódzkich³¹⁴. Oczywiście

³¹² H. Skipworth, E. Delbufalo, C. Mena, *Logistics and procurement outsourcing in the healthcare sector: A comparative analysis*, European Management Journal, 2020, 38 (3), p. 519.

³¹³ *Ibidem*.

³¹⁴ H. Lewandowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 115.

ście największy udział w ogólnej liczbie usług zlecanych miały szpitale mieszczące się w Warszawie. W 2008 roku Lublin zajmował szóstą pozycję w tym zestawieniu. Warto także zwrócić uwagę na znaczący wzrost tego udziału w stosunku do lat poprzednich (tabela 18).

Tabela 18. Struktura outsourcingu w polskich zakładach opieki zdrowotnej w latach 2004–2008

Obszar	2004	2005	2006	2007	2008
Ogółem miasta wojewódzkie	36,81	37,67	34,39	37,65	40,98
Lublin	6,25	4,41	4,52	3,91	7,63
Warszawa	19,41	21,69	14,06	18,72	17,61
SPZOZ z pozostałych lokalizacji	63,19	62,33	65,61	62,35	59,02

Źródło: H. Lewandowska, *Outsourcing...*, op. cit, s. 115.

W ostatnich latach można zaobserwować wzrost zainteresowania outsourcingiem usług zdrowotnych. Warto przy tym zwrócić uwagę, że kraje korzystające z outsourcingu w służbie zdrowia należałoby podzielić na dwie grupy³¹⁵:

- kraje wysoko rozwinięte, takie jak Stany Zjednoczone czy Australia, które uzyskały znaczną dojrzałość w tym zakresie, co rzejawia się szerszym zakresem kontraktowanych usług, w tym wdrożeniem outsourcingu do podstawowej działalności medycznej, a także większym obiektywizmem w spojrzeniu na efektywność tego rozwiązania,
- grupa państw europejskich, w których outsourcing w służbie zdrowia jest trendem stosunkowo nowym i słabo poznanym (w tej grupie znajduje się również Polska).

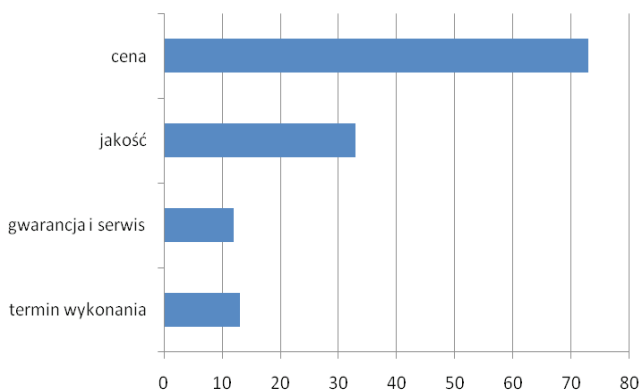
Badania na temat outsourcingu w polskich szpitalach prowadzone były przez wielu badaczy, m.in.: Jacka Klicha, Aldonę Frączkiewicz-Wronkę, Annę Kieszkowską-Grudny, Emila Buklałę, Elżbietę Marcinkowską, Dariusza Kotłęgę i in., Joahima Foltys i Jerzego Szafranowicza czy Jarosława Waśniewskiego³¹⁶. Skupiając się jednak na praktyce stosowania obecnie liderami w dziedzinie outsourcingu usług zdrowotnych są: kraje skandynawskie, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Kanada, Nowa Zelandia i Australia³¹⁷. Zainteresowanie organizacji outsourcingiem stale wzrasta ze względu na potencjalne korzyści wynikające z jego zastosowania. W zakładach opieki zdrowotnej cele oraz korzyści płynące z jego wdrożenia, ze względu na specyfikę organizacji, mogą nieznacznie różnić się od tych osiąganym przez przedsiębiorstwa. Najważniejszym motywem i jednocześnie oczekiwanym wynikiem zastosowania outsourcingu jest obniżenie kosztów działalności. Metoda ta stosowana bardzo często w placówkach służby zdrowia

³¹⁵ J. Waśniewski, *Wykorzystanie outsourcingu w wybranych systemach ochrony zdrowia*, „Ekonomia i prawo w ochronie zdrowia”, 2016 nr 1, s. 85.

³¹⁶ A. Kister, *Działania outsourcingowe szpitali – przegląd badań*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, nr 471, Wrocław 2017, s. 189.

³¹⁷ Z. Kavosi, H. Rahimi, S. Khanian, P. Farhadi, E. Kharazmi, *Factors influencing decision making for healthcare services outsourcing: A review and Delphi study*, „Medical Journal of The Islamic Republic of Iran”, vol. 32, 2018, p. 2.

jako narzędzie restrukturyzacji ma za zadanie poprawić, zazwyczaj i tak trudną, sytuację ekonomiczną jednostki. Niezwykle ważnym elementem przyczyniającym się do powodzenia całego przedsięwzięcia jest wybór odpowiedniego partnera. Niestety, ze względu na problemy finansowe, najważniejszym kryterium wyboru nadal jest cena usługi. Nie bez znaczenia pozostaje również fakt, iż cena to jedno z głównych kryteriów oceny proponowane w ustawie o zamówieniach publicznych³¹⁸. Pozostałe czynniki takie, jak: jakość, termin wykonania, serwis, wielkość firmy i jej pozycja finansowa i doświadczenie w branży stanowią warunki drugoplanowe. Przykładowo w 2002 roku szpitale w Polsce wybierając dostawcę usługi, kierowały się niemal wyłącznie ceną. Pozostałe kryteria przedmiotowe, poza jakością, odgrywały znaczenie marginalne (wykres 6).



Wykres 6. Waga kryterium przedmiotowego stosowanego przez szpitale do oceny ofert w 2002 roku

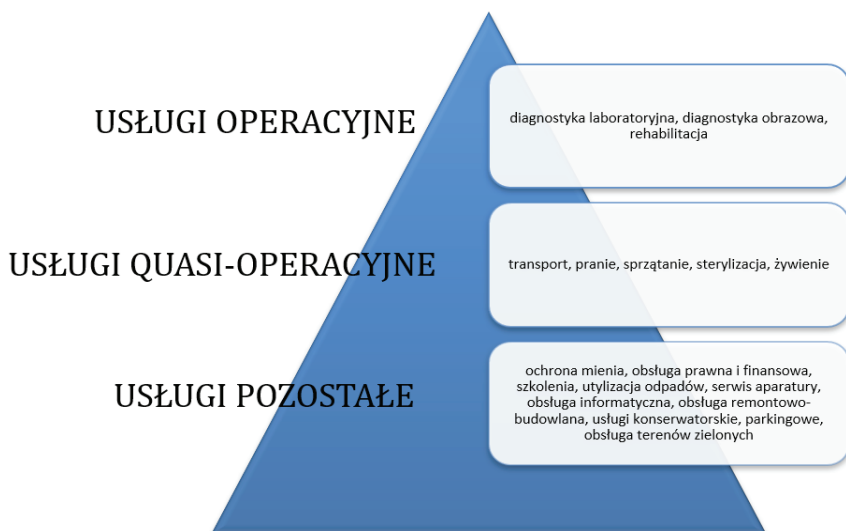
Źródło: H. Lewandowska, *Zamówienia publiczne w ochronie zdrowia*, Difin, Warszawa 2007, s. 144.

Oczywiście przedstawione na wykresie dane mają charakter historyczny, niemniej jednak w związku z trudną w dalszym ciągu, sytuacją większości polskich szpitali to kryterium ceny nadal jest tym podstawowym. Pomimo takiego stanu rzeczy na kryterium jakości warto zwrócić szczególną uwagę. Zakład opieki zdrowotnej oferując usługi dotyczące najwyższej wartości dla człowieka, czyli ratowania życia i zdrowia, musi zachować ich wykonywanie na najwyższym poziomie. Pacjenta, jako odbiorcę usług, nie interesuje ich cena, ale właśnie jakość³¹⁹. Dlatego też szpital decydując się na zlecenie usługi na zewnątrz, oprócz ceny, kryterium jakości powinien mieć szczególnie na uwadze.

³¹⁸ Nie znaczy to oczywiście, że jest to kryterium jedyne, zapisy ustawy dotyczące kryteriów oceny ofert wyróżniają wiele czynników oceny z podziałem na dwie grupy: przedmiotową - wśród nich cena oraz podmiotową (np. wiarygodność, gwarancja stałości cen, referencje, rabaty itp.).

³¹⁹ 70% badanych obywateli ceni swobodny dostęp do usług o dobrej jakości bardziej, niż bezpłatne korzystanie ze świadczeń o niższej jakości – badania Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, za: J. Szczepny, Szpital jak salami, „Menedżer Zdrowia”, 2/2006, s. 19.

Outsourcing, stosowany od wielu lat w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, znajduje coraz to nowe obszary zastosowania. W szpitalu może być wdrażany do jednej z trzech sfer działalności: operacyjnej, quasi-operacyjnej lub pozostałej³²⁰.



Rysunek 17. Podział usług zleczanych na zewnątrz przez zakład opieki zdrowotnej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: H. Lewandowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 109, E. Marcinkowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 99, M. Cholewa, E. Mieszajkina, *Outsourcing w szpitalach powiatowych*, „Organizacja i Zarządzanie”, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2009, nr 1(5), s. 58.

Podstawę przedstawionej powyżej piramidy stanowi obszar działalności publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w którym outsourcing stosowany jest najczęściej. Do tego obszaru, nazwanego usługi pozostałe, zaliczyć można zlecenie takich działań, które nie zaliczają się bezpośrednio, ani pośrednio do usługi medycznej. Chodzi tu o zlecenie na zewnątrz działań mających za zadanie obsługę organizacji tak, aby mogła ona prawidłowo funkcjonować. Oznacza to powierzenie firmom zewnętrznym funkcji, które muszą być wykonywane, ale nie są zaliczane do jej działalności podstawowej. Niemniej jednak ich jakość wpływa na postrzeganie przez pacjentów oferty szpitala, która traktowana jest jako całość składająca się z usługi medycznej, obsługi medycznej i pozamedycznej. Przykładowo sprawna obsługa informatyczna podczas rejestracji czy zadbane budynek lub teren wokół niego mają wpływ na postrzeganie przez pacjenta całego szpitala. Usługi zaliczane do tej grupy to tzw. obsługa standardowa, czyli nie są one specyficzne tylko dla tego rodzaju działalności, ale w większości przypadków stosowane są także w innych branżach. W związku z tym istnieją firmy wyspecjalizowane w ich świadczeniu, co sprawia brak logicznego i oczywiście ekonomicznego uzasadnienia zatrudniania takich spe-

³²⁰ H. Lewandowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 109.

cjalistów w szpitalu w ramach umowy o pracę³²¹, ponieważ związane jest to z koniecznością ponoszenia podwójnych kosztów: specjalistów i wyposażenia ich w odpowiedni sprzęt. Warto zwrócić szczególną uwagę na obsługę informatyczną. Branża komputerowa, jako jedna z najszybciej rozwijających się na świecie, wymusza ciągle podążanie za nowymi rozwiązaniami. Taki pościg za innowacjami jest bardzo kosztowny, w związku z tym przerzucenie tej odpowiedzialności na wyspecjalizowaną firmę z zewnątrz może przynieść wiele korzyści. Obecnie z zakresu obsługi informatycznej szpitale zlecają najczęściej: projekt i realizację sieci komputerowej, serwis sprzętu, administrowanie sieciami informatycznymi, dzierżawę komputera centralnego: dzierżawa serwera lub mocy obliczeniowej³²². Omawiając możliwości korzystania przez szpital z outsourcingu usług pomocniczych należy wspomnieć o stopniowo pojawiającej się zmianie trendu. Odkrywając outsourcing wiele szpitali wprowadzało tę koncepcję w wielu obszarach, zwłaszcza pozamedycznych, często bez głębszej analizy potencjalnych szans i zagrożeń. Obecnie okazało się, że nie zawsze to co miało być lepsze i tańsze, takie rzeczywiście pozostało, zwłaszcza w dłuższej perspektywie³²³. Problemатyczne kwestie dotyczą najczęściej nie tylko ceny usługi, ale również jakości i możliwości jej kontroli³²⁴.

Kolejna grupa usług zleczanych na zewnątrz to tzw. usługi quasi-operacyjne. Zaliczyć można do nich wszystkie działania niemedyczne, ale wspomagające proces leczenia czy hospitalizacji pacjenta. Najczęściej wydzielanymi na zewnątrz funkcjami są tzw. usługi hotelowe, transport pacjenta i sterylizacja narzędzi. Do zleczanych przez szpital usług hotelowych należy: żywienie, sprzątanie, pranie, a czasem nawet nocleg pacjenta. W przypadku outsourcingu usług żywieniowych wyróżnić można, co najmniej dwie jego formy: przekazanie kuchni szpitalnej zleceniobiorcy lub zakupienie posiłków „na zewnątrz” szpitala³²⁵. Pierwsza forma polega na sprywatyzowaniu lub wydzierżawieniu, a więc oddaniu w „obce” ręce kuchni posiadanej przez szpital. W tym celu zakład opieki zdrowotnej przeprowadza przetarg i w jego wyniku wyłania najbardziej korzystnego oferenta, którym może być, np. spółka pracownicza lub zewnętrzna firma. Następnie zakład opieki zdrowotnej zakupuje posiłki wykonywane na miejscu, a więc w szpitalu, ale przez niezależnego przedsiębiorcę. Druga możliwość polega na zakupie posiłków od wyspecjalizowanej firmy cateringowej, która korzysta z własnej kuchni i sprzętu. W tym przypadku poza wykonaniem posiłków ważnym elementem outsourcingu usługi jest również transport żywności do szpitala³²⁶. Warto także podkreślić, iż niezależnie od wybranej formy outsourcingu żywienia należy zwrócić szczególną uwagę na dwa,

³²¹ M. Kautsch, W. Ponikło, W. Styło, *Rozważania o Outsourcingu*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 1/2002, t. 4, s. 10.

³²² W. Grzesik, *Informatyczne usługi outsourcingowe – proste rozwiązania na trudne czasy*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 1/2002, t. 4, s. 18.

³²³ J. Janik, *Outsourcing usług niemedycznych w szpitalach. Czyżby w odwrocie?*, rynekzdrowia.pl, 2017, data dostępu: 23.03.2019.

³²⁴ *Ibidem*.

³²⁵ M. Kautsch, W. Ponikło, W. Styło, *Rozważania o...*, op. cit., s. 10–11.

³²⁶ J. Drobnik, J. Cierzniań, P. Pobrotyn, I. Czaprowska, *Outsourcing w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] J. Drobnik, P. Kollbek (red.), *Wybrane zagadnienia Zdrowia publicznego*, Wyd. Continuo, Wrocław 2006, s. 104.

zasadnicze kryteria oceny, jakim jest cena i jakość. W związku ze szczególną rolą diety w procesie leczenia to właśnie jakość zakupionych posiłków powinna mieć decydujące znaczenie.

Podając decyzję o outsourcingu usług pralniczych, szpital również ma co najmniej dwie możliwości. Po pierwsze, może wydzielić ze swoich struktur posiadane lokale i sprzęt firmie zewnętrznej lub spółce pracowniczej. W ten sposób „nowy właściciel” mógłby wykonywać usługę nie tylko dla szpitala, ale także dla innych zewnętrznych zlecniodawców, co mogłoby się przyczynić do zmniejszenia cen poprzez uzyskanie efektu skali. Druga możliwość to zakup usługi u wyspecjalizowanej firmy pralniczej, co wiąże się z likwidacją własnej pralni, a w konsekwencji obniżeniem kosztów funkcjonowania szpitala.

Kolejna składowa usług hotelowych, jaką jest utrzymanie czystości, ma niezwykle ważne znaczenie ze względu na specyfikę usług zakładu opieki zdrowotnej. Właściwa higiena nie tylko sal chorych, ale przede wszystkim gabinetów zabiegowych jest szczególnie istotna ze względu na możliwość wystąpienia zakażeń szpitalnych. W literaturze medycznej istnieje wiele dowodów wskazujących, że utrzymanie higieny środowiska szpitalnego pomaga zapobiegać infekcjom. Konieczne jest zatem stosowanie odpowiednich środków dezynfekujących, których zakup wraz z utrzymaniem odpowiedniej kadry stanowi dodatkowe dla szpitala koszty. Dodatkowym wyzwaniem jest fakt, iż personel zajmujący się higieną środowiska jest często stosunkowo mało wyszkolony, pozbawiony motywacji, niedostatecznie opłacany i niedoceniany przez inne podmioty w szpitalu³²⁷.

Wobec powyższego rozwiązaniem w wielu placówkach jest outsourcing tej funkcji, który może przybierać różnorodne formy, z czego najbardziej popularne to: zlecenie sprzątania bez środków czystości, firma zewnętrzna zapewnia kadrę oraz zlecenie sprzątania wraz z zapewnieniem środków czystości. Szczególnie w drugim przypadku w umowie outsourcingowej powinny zostać zawarte zapisy dotyczące ewentualnego odszkodowania w razie wystąpienia zakażeń szpitalnych spowodowanych niewłaściwymi warunkami sanitarnymi³²⁸. Poza zagrożeniem dotyczącym zakażeń szpitalnych warto także zwrócić uwagę na inne niebezpieczeństwo zlecania usług sprzątania, a mianowicie pogorszenia koordynacji między personelem pielęgniarstka a niezależnymi osobami sprzątającymi³²⁹. Warto jednak podkreślić, iż badania z 2014 r. przeprowadzone w polskich szpitalach potwierdzają, iż szpitale (prywatne oraz państwowe) zlecając sprzątanie firmie zewnętrznej odnotowują znaczne oszczędności finansowe oraz poprawę jakości

³²⁷ A. Peters, J. Otter, A. Moldovan, P. Parneix, A. Voss, D. Pittet, *Keeping hospitals clean and safe without breaking the bank; summary of the Healthcare Cleaning Forum 2018*, „Antimicrobial Resistance & Infection Control”, 2018; 7: 132.

³²⁸ J. Drobniak, J. Cierzniański, P. Pobrotyn, I. Czaprowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 108.

³²⁹ V. Toffolutti, A. Reeves, M. McKee, D. Stuckler, *Outsourcing cleaning services increases MRSA incidence: Evidence from 126 english acute trusts*, „Social Science & Medicine (1982)”, 2017 Feb; 174, p.64.

świadczonych usług (mimo, że niska jakość usług była jednym z najrzadszych powodów zlecenia sprzątania na zewnątrz)³³⁰.

Omawiając zlecane przez szpital usługi tzw. hotelowe, warto zaprezentować rozwiązanie dość kontrowersyjne i rzadko stosowane, aczkolwiek mające uzasadnienie ekonomiczne, jakim są usługi noclegowe. Przykładowo doba spędzona przez pacjenta na łóżku szpitalnym w Krakowie kosztuje od 200 do 400 zł w zależności od oddziału³³¹. W pozostałych szpitalach w całej Polsce sytuacja wygląda bardzo podobnie. Koszty te związane są głównie z koniecznością utrzymania kadry opiekującej się pacjentem. Rozwiązaniem może być przekazanie tej funkcji hotelom znajdującym się w pobliżu szpitala, w których cena pobytu jest niższa. Oczywiście, sytuacja taka możliwa jest tylko w tych przypadkach, gdy pacjent korzysta z zabiegów oferowanych przez szpital i nie potrzebuje całodobowej opieki. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że w pozostałych przypadkach ten rodzaj outsourcingu nie jest możliwy do zastosowania.

Pozostałe usługi tzw. quasi-operacyjne stosowane w polskich szpitalach to transport i sterylizacja. Jednym z głównych powodów zlecenia na zewnątrz usług transportowych jest brak finansów na inwestycje w nowe środki transportu³³². W większości zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej, w których funkcjonuje pogotowie ratunkowe na zewnątrz przekazywany jest transport niemedyczny. W tym przypadku posiadane środki transportowe obsługują zarówno transport medyczny oraz ratownictwo medyczne. Zdarza się także, że na zewnątrz wydzielany jest transport medyczny, a szpital we własnym zakresie realizuje tylko ratownictwo medyczne.

Zapewnienie bezpieczeństwa procesu leczniczego poprzez spełnienie wymagań sanitarno-epidemiologicznych to jeden z ważniejszych celów każdej jednostki służby zdrowia. Koniecznością jest zatem sterylizacja wszelkich przyrządów wielokrotnego użytku, jak np.: narzędzi chirurgicznych, bielizny operacyjnej, materiałów opatrunkowych i gumowych³³³. W związku z faktem, iż koszty utrzymania i modernizacji sprzętu sterylizacyjnego są coraz większe, szpitale decydują się na outsourcing usług sterylizacyjnych³³⁴. Polega on zazwyczaj na przekazaniu tej funkcji centralnym sterylizatorniom działającym niezależnie od szpitala i świadczącym usługi dla wielu podmiotów gospodarczych. Wówczas to na zleceniobiorcę przechodzi konieczność sprostowania wymagań nie tylko ekonomicznym, ale również medycznym. Wynikiem tego zabiegu jest także przeniesienie odpowiedzialności na firmę zewnętrzną za szkody poniesione przez

³³⁰ A.I. Czerw, M. Kowalska, U. Religioni, *Differences in the use of outsourcing in public and private institutions providing medical services*, "Archives of Medical Science", Jun 29; 10(3), p. 618–629.

³³¹ A. Górka, *Kraków: jedna doba w szpitalu kosztuje jak dobry hotel*, „Gazeta Krakowska”, 26.02.2010.

³³² M. Kautsch, W. Ponikło, W. Styło, *Rozważania o Outsourcingu*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 1/2002, t. 4, s. 10.

³³³ P. Garbacz, *Outsourcing usług sterylizacyjnych – wyzwanie dla nowoczesnych menedżerów czy konieczność rynkowa?*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 1/2002, t. 4, s. 28.

³³⁴ *Ibidem*.

pacjentów w wyniku użycia nieprawidłowo wysterylizowanego materiału, czego głównym skutkiem są zakażenia szpitalne³³⁵.

Nowym obszarem zlecanym na zewnątrz przez szpitale głównie zagraniczne jest outsourcing połączeń z pacjentem po opuszczeniu szpitala. Koncepcja ta choć nie rozpowszechniona jeszcze w Polsce jest ciekawą propozycją dopełnienia usługi medycznej. Połączenia po opuszczeniu szpitala przez pacjenta, najczęściej realizowane w formie telefonicznej traktowane są jako kontynuacja leczenia, na zasadzie usługi posprzedażowej zwiększającej satysfakcję pacjenta. Idea polega na ustanowieniu zewnętrznego programu połączeń pacjenta po wypisaniu ze szpitala, z dobrze wyszkolonym personelem call center³³⁶. Wówczas osoba prowadząca rozmowę, poznając opinie pacjenta dotyczące usługi medycznej i jego samopoczucia po jej wykonaniu, może w razie potrzeby przekazywać problemy kliniczne lekarzom (tym samym filtrując przekazywane informacje). Rozwiązanie to może być to opcją dla organizacji, które chcą obniżyć koszty, poprawić satysfakcję personelu i pacjentów³³⁷.

Ostatnią grupą usług zlecanych przez szpitale są tzw. usługi operacyjne. Znalazły się one na szczycie piramidy przedstawiającej obszary zastosowania outsourcingu, gdyż bezpośrednio związane są z kluczową działalnością szpitala. Funkcje z tego obszaru, zlecane najczęściej to: diagnostyka laboratoryjna i obrazowa oraz rehabilitacja. Posiadanie własnego laboratorium wiąże się dla szpitala z koniecznością ponoszenia wysokich kosztów jego utrzymania. Związane jest to z faktem, iż zakład opieki zdrowotnej, posiadając laboratorium, zmuszony jest dostosować je do wymogów określonych odpowiednimi przepisami prawa. Oprócz posiadania odpowiedniego sprzętu, aparatury i wykwalifikowanego personelu niezbędne jest także przygotowanie odpowiedniego zaplecza lokalowego. Związana jest z tym konieczność wydzielenia³³⁸:

- pomieszczenia głównego z punktami: przyjęć materiału badawczego, rozdziału materiału oraz pomieszczenia do diagnostyki i administracji,
- pomieszczenia specjalnego wraz z magazynem (w którym należy zachować odpowiednie warunki) i pomieszczeniem pomocniczym,
- pomieszczenia socjalnego,
- pomieszczenia do obsługi pacjentów: pokój pobrań, poczekalnia i urządzenia sanitarno-higieniczne dla pacjentów.

Spełnienie tych wszystkich wymogów generuje wysokie koszty. Dlatego też szpitale mogą wydzielić posiadane laboratorium „na zewnątrz” organizacji. Wówczas laboratorium może świadczyć swoje usługi nie tylko szpitalowi, ale także innym jednostkom. Innym rozwiązaniem jest skorzystanie z usług oferowanych przez zewnętrzne firmy

³³⁵ *Ibidem*.

³³⁶ K.L. Meek, P. Williams, C.J. Unterschuetz, *Outsourcing an Effective Postdischarge Call Program A Collaborative Approach*, Nursing Administration Quarterly, 2018, Apr 42(2), p.175–179.

³³⁷ *Ibidem*.

³³⁸ J. Drobnik, J. Cierzniań, P. Pobrotyń, I. Czaprowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 109.

outsourcingowe. W tym przypadku istnieje wiele rodzajów współpracy opartych na świadczeniu³³⁹:

- wyłącznie badań wysokospecjalistycznych, ale zarazem najbardziej kosztownych dla szpitala,
- badań specjalistycznych i wysokospecjalistycznych,
- wszystkich badań, z wyjątkiem CITO i parametrów labilnych,
- wszystkich badań w godzinach popołudniowych i nocnych,
- prawie wszystkich badań (z wyjątkiem badań na oddziałach szpitalnych).

Stosując tę formę outsourcingu usług laboratoryjnych, należy podjąć także decyzję dotyczącą transportu materiału do laboratorium. Zazwyczaj usługa ta wykonywana jest przez zleceńbiorcę i jest integralną częścią samej usługi diagnostycznej. Coraz częściej zlecana na zewnątrz jest także diagnostyka obrazowa. Będąc obecnie w fazie rozwoju i z pewnością przyszłością medycyny obrazowej jest teleradiologia. Umożliwia ona przysyłanie obrazów zarówno statycznych jak i dynamicznych do innych placówek, w których są one analizowane. Taka diagnoza „na odległość” może obniżyć koszty funkcjonowania poprzez brak konieczności zatrudniania na stałe specjalistów. Szpitale z USA oraz Wielkiej Brytanii poszły w tym obszarze krok dalej i korzystają z offshoring’u radiologii. Przesyłając obrazy do tzw. centrów opisowych znajdujących się w Indiach, wykorzystują różnice czasowe i płacowe, które pozwalają obniżyć koszty usługi.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą wydzielić na zewnątrz także usługi rehabilitacyjne. Związane są one z podstawową funkcją szpitala, jaką jest leczenie pacjenta. Odpowiednia rehabilitacja zapewnia bowiem szybszy powrót do zdrowia i wspomaga proces leczenia. Szpital może wydzielić na zewnątrz zadania, wymagające odpowiedniego sprzętu lub pomieszczeń, jak np.: fizykoterapię, fizjoterapię, hydroterapię, kinezyterapię, krioterapię czy masaż leczniczy³⁴⁰. W przypadku outsourcingu tych usług również istnieją dwa rozwiązania. Po pierwsze, jeśli szpital posiada sprzęt i odpowiednie pomieszczenia może wydzielić je ze struktury i funkcjonować na zasadzie outsourcingu kapitałowego. Druga możliwość to outsourcing kontraktowy, kiedy szpital kupuje usługę „na zewnątrz” zazwyczaj w sytuacji, gdy nie posiada sprzętu i/lub odpowiednich pomieszczeń.

Przedstawione rodzaje i obszary zastosowania outsourcingu w szpitalach to najczęściej spotykane formy tego rodzaju współpracy w sektorze służby zdrowia. Oczywiście nie stanowią one zamkniętej listy, gdyż możliwości wykorzystania outsourcingu jako metody zarządzania jest bardzo wiele. Tak naprawdę może być on stosowany w każdym obszarze działalności, nie wykluczając przy tym działalności podstawowej. Przykładem może być chociażby outsourcing kadry medycznej. Jednakże decyzja o wydzieleniu części działalności na zewnątrz zależy od sytuacji, w jakiej znajduje się jednostka, posiadanych przez nią zasobów i strategii przyjętej przez kierownictwo.

³³⁹ *Ibidem*.

³⁴⁰ J. Drobnik, J. Cierznia, P. Pobroty, I. Czaprowska, *Outsourcing...*, op. cit., s. 110.

4. Model i metodyka badań

4.1. Charakterystyka modelu badawczego

W oparciu o analizę literatury z zakresu wykorzystania nowych koncepcji zarządzania w organizacjach opieki zdrowotnej opracowano model obrazujący związek pomiędzy stosowaniem outsourcingu i benchmarkingu a skutecznością zarządzania publicznymi jednostkami opieki zdrowotnej (rysunek nr 18).



Rysunek 18. Model badawczy związku wykorzystania benchmarkingu i outsourcingu ze skutecznością zarządzania publicznym zakładem opieki zdrowotnej

Źródło: Opracowanie własne.

Spośród nowoczesnych koncepcji zarządzania stosowanych w przedsiębiorstwach oraz organizacjach publicznych analizie poddano benchmarking oraz outsourcing, jako koncepcje wymagające współpracy z otoczeniem. Pierwszym obszarem badań było określenie ich zakresu stosowania przez jednostki służby zdrowia. Studia literatury pozwoliły na wyodrębnienie zmiennych określających zakres korzystania przez szpital z zaproponowanych rozwiązań. W modelu wyróżniono następujące kryteria oceny wykorzystania: rodzaje, obszary stosowania, etapy procesu zastosowania oraz dodatkowo dla benchmarkingu charakter działań. Wyodrębniono także zmienną objaśniającą motyw wyrażania tychże koncepcji do zarządzania zakładem opieki zdrowotnej.

Drugim obszarem badań było określenie czynników, za pomocą których możliwa byłaby ocena skuteczności zarządzania szpitalem. Ze względu na specyfikę szpitala publicznego, dla którego priorytetem jest ratowanie zdrowia i życia ludzkiego, jednakże z zachowaniem równowagi ekonomicznej, skuteczność zarządzania zdefiniowano jako: realizację celów społecznych i ekonomicznych. Aspekt społeczny, a więc zorientowanie na usatysfakcjonowanie poszczególnych grup interesariuszy, oceniono za pomocą: orientacji placówki na poszczególne grupy, posiadanych certyfikatów oraz wysokości posiadanego kontraktu. Z kolei na realizację celów ekonomicznych mają wpływ: czynniki zewnętrzne, a więc wysokość i źródła finansowania placówki oraz czynniki wewnętrzne określające jak szpitale generują przychody i obniżają koszty swojego funkcjonowania. Racjonalne gospodarowanie budżetem oceniono za pomocą wskaźników ekonomicznych takich, jak: zysk/strata netto, poziom zadłużenia oraz bieżąca płynność finansowa.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż zarówno na możliwości wykorzystania koncepcji zarządzania, jak i na skuteczność zarządzania szpitalem mają wpływ uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Cel, teza i hipotezy badawcze

Celem głównym pracy jest ocena wykorzystania benchmarkingu i outsourcingu dla poprawy skuteczności zarządzania szpitalem publicznym.

Cele szczegółowe:

1. Analiza specyfiki zarządzania zamkniętym zakładem opieki zdrowotnej.
2. Identyfikacja stopnia wykorzystania benchmarkingu i outsourcingu przez publiczne szpitale województwa lubelskiego za pomocą charakterystyki: rodzajów, obszarów i częstotliwości stosowania tychże koncepcji.
3. Rozpoznanie determinantów skutecznego zarządzania szpitalem.
4. Określenie związku między zastosowaniem benchmarkingu i outsourcingu a skutecznym zarządzaniem szpitalem.
5. Identyfikacja modelowych rozwiązań benchmarkingu i outsourcingu dla zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej.
6. Opracowanie modelu ukazującego związek między zastosowaniem benchmarkingu i outsourcingu a skutecznym zarządzaniem w zakładzie opieki zdrowotnej oraz jego weryfikacja.

Cel aplikacyjny:

Opracowanie zbioru praktycznych zaleceń dla menedżerów szpitali zawierającego:

1. Określenie i zaproponowanie rekomendacji praktycznych dla poprawy skuteczności zarządzania szpitalem z wykorzystaniem modelowych charakterystyk stosowania benchmarkingu i outsourcingu.
2. Opracowanie schematu modelowego wdrażania benchmarkingu i outsourcingu do praktyki zarządzania szpitalem.

Teza pracy:

Zastosowanie benchmarkingu i outsourcingu wpływa na skuteczność zarządzania publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

Hipotezy badawcze. W badaniach zaproponowano następujące hipotezy badawcze:

- H.1.** Stosowanie benchmarkingu i outsourcingu w szpitalach publicznych wpływa na ograniczenie kosztów oraz wzrost poziomu jakości oferowanych usług.
- H.2.** Szpitale publiczne w różnym stopniu korzystają z form aktywności outsourcingowej, przy czym najczęściej stosowanym rodzajem jest outsourcing kontraktowy.
- H.3.** Istnieje zróżnicowanie stopnia wykorzystania poszczególnych rodzajów benchmarkingu w szpitalu, przy czym najbardziej popularną formą jest benchmarking konkurencyjny.
- H.4.** Istnieje związek pomiędzy kompleksowością stosowania procesów benchmarkingu i outsourcingu a skutecznym zarządzaniem zamkniętym zakładem opieki zdrowotnej.

Przedmiot badań. Przedmiotem badań jest benchmarking i outsourcing, ich wykorzystanie w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej oraz ocena ich wpływu na skuteczność zarządzania w placówkach tego rodzaju.

Zakres badań. Badania przeprowadzono wśród kadry kierowniczej publicznych szpitali województwa lubelskiego.

4.2. Metodyka badań

Do realizacji celu badawczego zaprojektowano następującą metodykę badawczą. Jako punkt odniesienia do dalszej analizy przyjęto, iż złą sytuację szpitali publicznych poprawić można nie tylko poprzez rozwiązania systemowe, ale także poprzez właściwe zarządzanie placówką. W niniejszej rozprawie szczególną uwagę zwrócono na koncepcje zarządzania stosowane od lat w biznesie i cieszące się coraz większą popularnością także w placówkach służby zdrowia. Podjęto próbę oceny wpływu stosowania benchmarkingu i outsourcingu na skuteczność zarządzania zamkniętym zakładem opieki zdrowotnej. Celem dokonania analizy postawionych w niniejszej pracy problemów zaprojektowano proces badawczy składający się z dwóch zasadniczych części: badań jakościowych oraz badań ilościowo-jakościowych. Następnie analizę dokonaną na podstawie zaproponowanej metodyki uzupełniono o studium przypadku z zakresu wykorzystania benchmarkingu i outsourcingu w jednostce, w której te koncepcje stosowane są w szerokim zakresie.

Pierwszy etap badań stanowiły badania jakościowe, które przeprowadzone zostały w latach 2010–2011³⁴¹. Głównym celem badań kwalitatywnych była identyfikacja, czy jednostki służby zdrowia stosują benchmarking i outsourcing, a w dalszej kolejności zoperacjonalizowanie czynników pozwalających ocenić zakres wykorzystania przez te

³⁴¹ Warto zwrócić uwagę, że okres ten przypada na lata, można powiedzieć „wchodzenia w szpitale” benchmarkingu oraz dużego zainteresowania koncepcją outsourcingu. Obecnie (2020 r.) wiele placówek odchodzi od outsourcingu na rzecz wykonywania pewnych działań we własnym zakresie.

organizacje przedstawionych koncepcji. Na tej podstawie możliwe było zbudowanie narzędzia badawczego do diagnozy zakresu stosowania przez szpitale publiczne tychże koncepcji. Na tym etapie badań, na podstawie przeglądu literatury, dokonano również identyfikacji czynników pozwalających scharakteryzować skuteczność zarządzania szpitalem publicznym. W wyniku przeprowadzonych badań zauważono, iż skuteczność zarządzania publicznym zakładem opieki zdrowotnej determinują nie tylko czynniki ekonomiczne, ale ze względu na specyfikę organizacji, także czynniki społeczne. Poza tym określono także parametry pozwalające ocenić realizację celów ekonomicznych szpitala, które w wystarczającym zakresie określają kondycję finansową placówki. Do istotnych parametrów finansowych zaproponowano włączenie: wyniku finansowego (zysk/strata netto), wskaźnika poziomu zadłużenia oraz wskaźnika bieżącej płynności finansowej. Z kolei do oceny zadowolenia interesariuszy zaproponowano opracowane w tym celu parametry:

- posiadane certyfikaty – rangowanie badanych placówek ze względu na ilości posiadanych certyfikatów i akredytacji, które mają wpływ bezpośrednio na jakość oferowanych usług i pośrednio na zadowolenie pacjentów i personelu,
- przynależność do grupy NFZ – podział badanych placówek na trzy grupy w zależności od wysokości posiadanego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Badania jakościowe przeprowadzono w grupie trzech publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej w województwie lubelskim. Wykorzystano następujące metody badawcze: wywiad swobodny oraz analizę dokumentów organizacji.

Następnie przeprowadzono także badania pilotażowe w pięciu wybranych placówkach celem weryfikacji poprawności skonstruowanego narzędzia badawczego.

Drugim etapem badań były badania kwantytatywne. Celem tej fazy badawczej była identyfikacja stopnia wykorzystania benchmarkingu i outsourcingu przez publiczne szpitale województwa lubelskiego za pomocą określonych w pierwszym etapie badań charakterystyk oraz określenie związku pomiędzy stosowaniem tychże koncepcji a skutecznym zarządzaniem. Przedmiotem badań były zatem benchmarking i outsourcing w kontekście zakresu ich stosowania w służbie zdrowia, zaś podmiotem – kadra zarządzająca tj. dyrektor, zastępca dyrektora, pełnomocnik dyrektora, kierownik komórki ds. zarządzania jakością lub inna osoba z najwyższego szczebla kadry zarządzającej. Badanie przeprowadzono na grupie 35 szpitali publicznych województwa lubelskiego. Wykorzystane na tym etapie pracy metody badawcze to: analiza dokumentów badanych organizacji, metoda ankiety z wykorzystaniem opracowanego samodzielnie kwestionariusza odpowiedzi oraz analiza statystyczna.

W celu wyliczenia wskaźników obrazujących kondycję finansową badanych placówek poddano analizie podstawowe dokumenty finansowe: rachunek zysków i strat oraz bilans. Na ich podstawie wyliczono wskaźniki: bieżącej płynności finansowej oraz poziomu zadłużenia oraz wynik finansowy dla każdej placówki. Wskaźniki zostały wyliczone dla roku 2011, dlatego też wszelkie analizy dokumentów finansowych przeprowadzone zostały w 2012 r. po zakończeniu okresu rozliczeniowego (bilans na dzień

31 grudnia 2011r.). Ponadto, ocenie poddano wszelkie dokumenty istniejące w organizacji (certyfikaty) świadczące o posiadanych akredytacjach wskazujące o jakości prowadzonych działań.

Na podstawie weryfikacji narzędzia badawczego w pierwszej fazie, do badań kwantytatywnych wykorzystano kwestionariusz ankiety składający się z trzech części (załącznik 1). Dwie pierwsze części dotyczą stopnia wykorzystania przez szpital benchmarkingu i outsourcingu, natomiast trzecia część to tzw. metryczka. Większość pytań znajdujących się w kwestionariuszu to tzw. pytania zamknięte opatrzone kafeterią odpowiedzi. W przypadku pytań, dla których liczba zmiennych może być większa niż zaproponowane w ankiecie odpowiedzi, zastosowano możliwość wyboru pola oznaczonego jako „inne – jakie?”, gdzie respondent może wprowadzić odpowiedzi nie uwzględnione w kafeterii. W kwestionariuszu zostały także załączone pytania dotyczące częstotliwości występowania oraz ważności danej cechy. W przypadku częstotliwości zastosowano skalę pięciostopniową, gdzie 1-oznacza brak stosowania zmiennej, zaś 5 – bardzo często. Natomiast w pytaniach dotyczących ważności cech zastosowano skalę trzystopniową (1 – najważniejsza, 3 – najmniej ważna) lub pięciostopniową (1 – najważniejsza, 5 – najmniej ważna).

Pierwsza część kwestionariusza dotyczy benchmarkingu. Na tę część ankiety składa się 12 pytań pozwalających zidentyfikować stopień wykorzystania tej koncepcji w badanej placówce. Pierwszy blok tematyczny dotyczy zakresu stosowania benchmarkingu przez badaną jednostkę. Rozpoczyna go pytanie o to, czy podmiot w ogóle stosuje tę koncepcję, jeśli tak, to jaki rodzaj, z jaką częstotliwością i w jakim obszarze? Kolejny blok tematyczny dotyczy wdrożenia omawianego rozwiązania. Zawiera pytania odnośnie powodów stosowania tej koncepcji, głównych przeszkód w stosowaniu, etapów wdrażania oraz sposobów pozyskiwania danych. W ostatnim bloku tematycznym znajdują się zagadnienia dotyczące rezultatów wynikających ze stosowania przez daną jednostkę benchmarkingu oraz stosowania tej koncepcji w przyszłości.

Druga część kwestionariusza zawiera zagadnienia dotyczące outsourcingu. Analogicznie do pierwszej części ankiety, pytania również pogrupowano tematycznie. Pierwszy blok tematyczny zawiera pytania o stosowanie tej metody oraz jej rodzaju aplikowanego w szpitalu. Kolejna grupa pytań odnosi się do samej metody, a więc: powodów stosowania, zleconych usług, wdrażania do szpitala oraz głównych korzyści i problemów związanych ze zlecaniem usług na zewnątrz. Ostatni blok zawiera pytania na temat efektów i planów związanych z outsourcingiem.

Ostatnią częścią ankiety jest metryczka, która zawiera zbiór zmiennych pozwalających uporządkować badane placówki ze względu na określone kryterium. Zawiera ona zagadnienia dotyczące poziomu referencyjnego szpitala, jego kondycji finansowej oraz wielkości określanej poprzez zmienne: ilości zatrudnionych pracowników i ilości łóżek, którymi dysponuje jednostka. Dodatkowo w tej części kwestionariusza znajduje się pytanie rangujące główne grupy interesariuszy dla badanej placówki. Respondenci mieli w nim określić wagi dla placówki następujących grup interesu: pacjenci, pracownicy,

NFZ, dostawcy oraz inne organizacje, np. banki. Zmienną tą oznaczono w skali pięciostopniowej, gdzie 1 oznacza najważniejszą grupę, zaś 5 najmniej ważną.

Kolejnym etapem badań była analiza statystyczna związków wynikających z zastosowania benchmarkingu i outsourcingu ze zmiennymi opisującymi osiągnięcie celów finansowych i społecznych. Aby tego dokonać, wykorzystano język programowania R³⁴², który jest środowiskiem do obliczeń statystycznych oraz wizualizacji wyników³⁴³. Ponieważ liczba przeprowadzonych testów była ogromna (13696 testów) konieczne było wykorzystanie środowiska programistycznego (jakim jest R)³⁴⁴, a nie programów okienkowych (jak STATISTICA czy SPSS). Program obliczeń wyników przedstawiono w Załączniku nr 2. Wszystkie hipotezy statystyczne, we wszystkich testach weryfikowano na poziomie istotności $\alpha = 0,05$. W obróbce statystycznej danych w pierwszej kolejności zbadano normalność rozkładu następujących cech: wskaźnik ogólnego zadłużenia (DR), bieżąca płynność finansowa (CR), zysk/strata netto (hipoteza H_0 – cecha ma rozkład normalny). Dokonano tego za pomocą testów: Shapiro-Wilka, Andersona-Darlinga, Lilleforsa i Shapiro-Francia (tabela 19). Żaden z tych testów nie potwierdził, że badane cechy mają rozkład normalny, dlatego w dalszej analizie statystycznej używano tylko testów nieparametrycznych.

Tabela 19. Testy normalności rozkładu badanej próby

Cecha	Shapiro-Wilka		Andersona-Darlinga		Lilleforsa		Shapiro-Francia	
	wartość testu	p	Wartość testu	p	wartość testu	p	wartość testu	p
DR	0,75502806	3,00193e-06	1,8903028	6,2551e-05	0,1735018	0,0091884	0,7396491	8,0486e-06
CR	0,80266069	2,301617e-05	2,4286419	2,8190e-06	0,2261204	9,2174529	0,7974136	5,9227e-05
Zysk/strata	0,68507826	2,202378e-07	3,5234540	5,3407e-09	0,2172522	0,0002219	0,6716375	1,0569e-06

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wszystkie współczynniki zależności pomiędzy pytaniami w ankiecie oparte są o wartość statystyki χ^2 . Stopień zależności zbadano za pomocą³⁴⁵:

- phi Yule'a, który pozwala mierzyć siłę związku pomiędzy dwiema zmiennymi mierzonymi na skalach nieparametrycznych nominalnych, wyrażający się wzorem:

$$\phi = \sqrt{\frac{\chi^2}{N}} = \frac{ad - bc}{\sqrt{(a+b)(a+c)(b+d)(c+d)}}$$

gdzie: N – wielkość próby

³⁴² Więcej: www.r-project.org, data dostępu: 12.11.2014.

³⁴³ M. Rybiński, *Krótkie wprowadzenie do R dla programistów, z elementami statystyki opisowej*, WMiM UW, 2011, s. 5.

³⁴⁴ M. Gągolewski, *Programowanie w języku R. analiza danych, obliczenia, symulacje*, PWN, Warszawa 2014, s. 14.

³⁴⁵ J. Kowal, *Metody statystyczne w badaniach sondażowych rynku*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 99–106.

- kontyngencji C-Pearsona – miara siły związku między zmiennymi mierzonymi w skali nominalnej, gdzie testowanie istotności odbywa się za pomocą testu χ^2 :

$$\phi = \sqrt{\frac{\chi^2}{N}} = \frac{ad - bc}{\sqrt{(a+b)(a+c)(b+d)(c+d)}}$$

- V-Cramera – określający siłę związku między zmiennymi, których pomiary wyrażone są w skalach nominalnych (jego wysokość nie zależy od liczby kolumn i wierszy macierzy danych):

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{N_{\min}((w-1), (k-1))}}$$

- T-Czuprowa – założenia takie jak dla C-Pearsona i V-Cramera, wyraża się za pomocą wzoru:

$$T = \sqrt{\frac{\chi^2}{N(w-1)(k-1)}}$$

Zależności pomiędzy odpowiedziami zaznaczonymi w ankiecie zbadano za pomocą wszystkich przedstawionych współczynników. Silne związki zaobserwowano pomiędzy grupami odpowiedzi, dla których wartości współczynnika były wyższe niż 0,5 (załącznik 3). Z kolei do badania związku cech: wskaźnik ogólnego zadłużenia, bieżąca płynność finansowa, zysk/strata netto, grupa NFZ i certyfikaty z odpowiedziami udzielonymi w ankietach używano nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa lub gdy były tylko dwa rodzaje odpowiedzi w ankiecie testu U Manna – Whitney’a. Zweryfikowano hipotezę H_0 , że rozkład wskazanych cech jest taki sam dla osób udzielających odpowiedzi pozytywnej i negatywnej w ankiecie. Dla rozkładów względem udzielanych odpowiedzi istotnie różnych obliczono statystyczne miary położenia (wartości maksymalne i minimalne, średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, współczynnik IQR, kurtoza oraz współczynnik skośności) zarówno w grupie osób udzielających pozytywnej jak i negatywnej odpowiedzi.

Po przeanalizowaniu zależności podjęto próbę budowy modelu rozważanych wielkości. Ze względu na to, że badana cecha – wskaźnik zadłużenia ogółem, była ilościowa, a większość cech nominalnych, zbudowano drzewo regresji w programie STATISTICA.

Ostatnim etapem badań poznawczych, była analiza przypadku, w którym ocenie poddano wykorzystanie benchmarkingu i outsourcingu w dużym szpitalu publicznym działającym na obszarze województwa lubelskiego. Badanie przeprowadzono w 2019 roku, w oparciu o analizę dokumentów organizacji oraz wywiady z kierownictwem placówki. Studium przypadku (ang. *case study*) jest jedną z metod badawczych, zawierającą szeroki opis danego zjawiska, mającą na celu jego pogłębioną analizę i ocenę. Jest to jakościowe badanie, które może być wykorzystywane w wielu dyscyplinach naukowych.

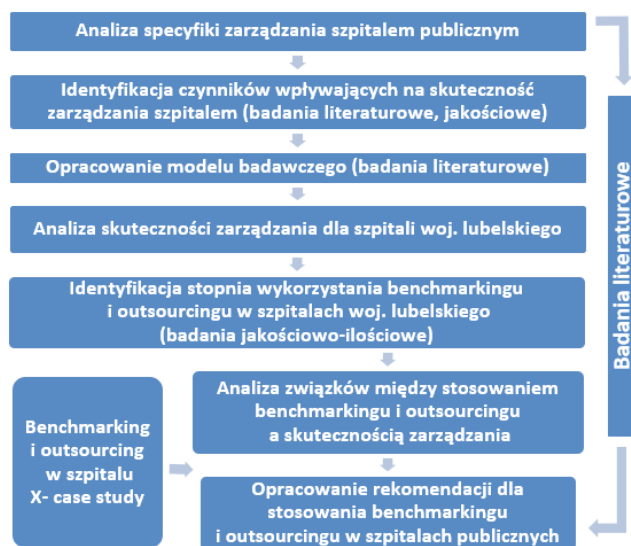
Poprzez wykorzystanie zróżnicowanych technik gromadzenia oraz analizy danych, pozwala ono rozwiązywać zarówno problemy naukowe, jak i praktyczne³⁴⁶.

Warto wspomnieć, że w literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa odmienne podejścia do wykorzystania studium przypadku w postępowaniu badawczym³⁴⁷:

- ujęcie wąskie – głównym celem jest przedstawienie uwarunkowań podejmowania decyzji lub grupy decyzji przez odpowiedź na pytanie, dlaczego zostały podjęte, w jaki sposób zostały wprowadzone oraz z jakim skutkiem; perspektywa ta jest szczególnie istotna, jeżeli zamiarem badacza jest wierne odtworzenie przebiegu relatywnie dobrze rozpoznanego zjawiska wraz z czynnikami i uwarunkowaniami je kształtującymi;
- ujęcie szerokie – stosowane jest w sytuacji, w której istnieje znacznie więcej zmiennych aniżeli możliwych do zebrania; w tym przypadku konieczne jest więc zredukowanie zbioru uwarunkowań do grupy determinant, które wyjaśniają przebieg danego zjawiska. Podejście to jest zatem adekwatne do zadań poznawczych nakierowanych na pogłębienie zasobów wiedzy na temat danego zjawiska, które nie zostało jeszcze w wystarczającym stopniu rozpoznane.

Wyniki przeprowadzonych badań literaturowych, jakościowych oraz analizy uzyskanych danych posłużyły do opracowania rekomendacji w zakresie stosowania benchmarkingu i outsourcingu w szpitalach publicznych.

Algorytm przebiegu zrealizowanych badań zaprezentowano na rysunku 19.



Rysunek 19. Algorytm przebiegu badań

Źródło: Opracowanie własne.

³⁴⁶ W. Grzegorzczak, *Wybrane problemy zarządzania i finansów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015, s. 9–10.

³⁴⁷ P. Mielcarek, *Metoda case study w rozwoju teorii naukowych*, „Organizacja i kierowanie”, nr 1 (161), 2014, s. 105–106.

4.3. Charakterystyka badanych organizacji

Dobór próby badawczej został przeprowadzony w sposób celowy. Przeprowadzenie analizy części jednostek, zamiast całej populacji charakterystyczne jest dla badania zjawisk społeczno-ekonomicznych³⁴⁸. Badaniem objęto publiczne zamknięte zakłady opieki zdrowotnej funkcjonujące w województwie lubelskim. Przy wyborze obszaru badań kierowano się podziałem terytorialnym Polski. Ze względu na wyodrębnienie szesnastu województw, wybór jednego województwa stanowi 1/16 całej populacji. Wybrana grupa docelowa nie obejmuje dużej próby badawczej, jednak „podstawą wnioskowania statystycznego jest relatywnie mała zbiorowość, co sprawia, że metody wnioskowania statystycznego nie określają własności populacji z całą pewnością (...) niemniej jednak pozwalają określić dokładność prowadzonego badania”³⁴⁹. Do badań zakwalifikowano wszystkie szpitale publiczne tego województwa, bez względu na organ założycielski, poziom referencyjności i wielkość jednostki. Wybór województwa lubelskiego do badań podyktowany był funkcjonowaniem w obrębie województwa szpitali zróżnicowanych zarówno pod względem organu założycielskiego, jak i przynależnością do określonego poziomu referencyjności. Oznacza to, że w roku 2011 w województwie działają szpitale z I, II oraz III grupy referencyjnej. Oczywiście, w ramach poszczególnych województw liczba tych szpitali jest różna, jednakże ze względu na ustalone zasady realizacji świadczeń, wynikające ze standardów postępowania medycznego struktura pod względem referencyjności jest podobna w każdym województwie w kraju. Za wyborem do badań województwa lubelskiego przemawia również struktura według kryterium własnościowego i rodzajowego jednostek na tym terytorium, która jest zbliżona do struktury szpitali ogółem w Polsce (tabela 20).

Tabela 20. Udział poszczególnych grup szpitali wg organów założycielskich oraz ich rodzaju

	Polska	Woj. lubelskie
Organ założycielski		
Minister, organ administracji rządowej lub samorządowej (bez MON i MSW)	85%	81%
Publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność naukową i dydaktyczną w dziedzinie nauk medycznych	8%	11%
Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych	7%	8%
Rodzaj		
Szpitale ogólne	94%	92%
Szpitale psychiatryczne	6%	8%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: P. Lysoń (red.), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012, s. 232 oraz *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2012, s. 82.

³⁴⁸ M. Rószkiewicz (i inni), *Projektowanie badań społeczno-ekonomicznych. Rekomendacje i praktyka badawcza*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 142.

³⁴⁹ *Ibidem*, s. 143.

W 2011 roku w województwie lubelskim funkcjonowało łącznie 47 ogólnych szpitali publicznych (bez szpitali, dla których organem założycielskim jest MSWiA oraz Ministerstwo Sprawiedliwości), w tym 35 placówek publicznych i 12 niepublicznych³⁵⁰. Ponadto w województwie lubelskim funkcjonuje samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz trzy szpitale psychiatryczne, co łącznie daje 39 publicznych jednostek szpitalnych w tym województwie. W badanym okresie w województwie lubelskim liczba łóżek stacjonarnej opieki medycznej wynosiła 12 274, przy czym wskaźnik łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców najwyższy był w mieście wojewódzkim Lublinie, a także w powiatach radzyńskim (69,2) oraz parczewskim (68,3)^{351,352}.

W niniejszej pracy dokonano podziału badanych jednostek ze względu na przynależność do grupy referencyjnej. Szpitale należące do uwzględnionych grup to³⁵³:

- I poziom referencyjny – jednostki powiatowe oraz rejonowe należą do nich szpitale w powiatach: białskim, biłgorajskim, chełmskim, hrubieszowskim, janowskim, kraśnostawskim, kraśnickim, lubelskim, łęczyńskim, łukowskim, opolskim, parczewskim, ryckim, świdnickim, tomaszowskim, włodawskim i zamojskim oraz w powiecie grodzkim Lublin.
- II poziom referencyjny – placówki wojewódzkie w powiatach grodzkich: Biała Podlaska, Chełm, Zamość, w mieście Lublin oraz w powiatach ziemskich w: Lubartowie, Puławach i Radzyniu Podlaskim.
- III poziom referencyjny to szpitale kliniczne Uniwersytetu Medycznego, Instytutu Medycyny Wsi oraz ośrodki leczenia specjalistycznego w Lublinie.

Poza omawianymi wg poziomu referencyjnego placówkami na terenie województwa funkcjonują także szpitale psychiatryczne: Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie im. Prof. M. Kaczyńskiego, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Suchowoli oraz Szpital Psychiatryczny w Radecznicy.

Warto także zwrócić uwagę, że na terenie województwa działają także zakłady opiekuńczo – lecznicze oraz szpitale uzdrowiskowe, których ze względu na odmienny charakter działalności nie poddawano badaniu.

Ankieta badawcza skierowana została do publicznych szpitali województwa lubelskiego. W związku z brakiem chęci wypełnienia ankiety przez cztery placówki, ostatecznie analizie poddano 35 placówek, co stanowi 90% całej grupy. Ze względu na zachowanie anonimowości szpitale zostały losowo ponumerowane od 1 do 35.

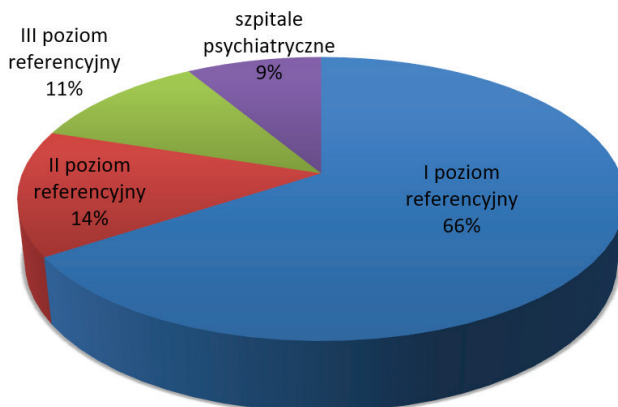
³⁵⁰ *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2012, s. 82.

³⁵¹ *Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego za rok 2011*, s. 160, <http://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/dzial5.pdf>, data dostępu: 12.12.2014.

³⁵² W 2016 roku liczba szpitali publicznych wynosiła już 35 (wynika to między innymi z połączenia niektórych placówek np. Szpitala Kolejowego w Lublinie z Samodzielnym Publicznym Szpitalem Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie), A. Kister, *Koszty...*, op. cit., s. 139.

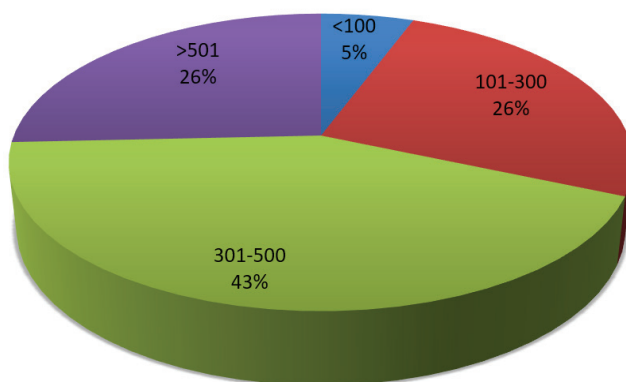
³⁵³ http://www.plan.lubelskie.pl/Tom_2/Roz2_05.htm, data dostępu: 12.12.2014.

Badaną próbę można scharakteryzować za pomocą przynależności do grupy referencyjnej. Najliczniejszą grupą szpitali były placówki należące do I poziomu referencyjnego: 23 szpitale, pozostałe grupy liczyły znacznie mniej jednostek: II poziom referencyjny – 5, III poziom referencyjny – 4. Oddzielną grupę stanowiły szpitale psychiatryczne, których w województwie lubelskim znajduje się trzy jednostki.



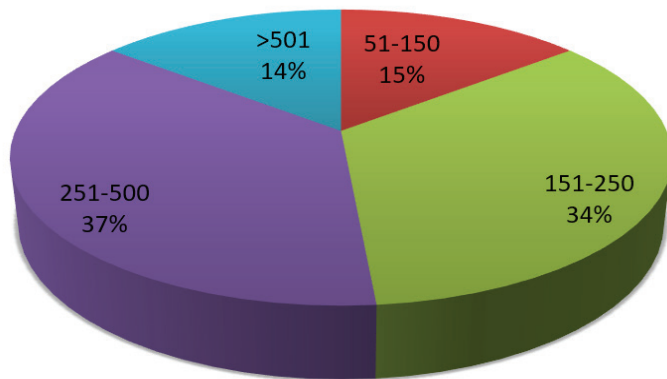
Wykres 7. Struktura badanych szpitali pod względem przynależności do grupy referencyjnej
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Badane szpitale scharakteryzować można także pod względem ich wielkości. Podział badanych placówek ze względu na liczbę pracowników zatrudnionych w szpitalu przedstawiono na wykresie 8. Prawie połowa badanych jednostek to szpitale o średnim zatrudnieniu od 301–500 osób. Równomiernie rozłożył się podział w grupach zatrudniających od 101–300 i powyżej 501 pracowników. Najmniej liczny, obejmujący tylko 5% badanych był zakres zatrudnienia do 100 pracowników.



Wykres 8. Struktura badanych szpitali pod względem wielkości zatrudnienia
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Kolejną charakterystyką obrazującą wielkość szpitala jest liczba łóżek szpitalnych, którymi dysponuje dana jednostka (wykres 9).



Wykres 9. Struktura badanych szpitali pod względem liczby posiadanych łóżek szpitalnych
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W badanej grupie największy odsetek stanowiły placówki posiadające od 251 do 500 łóżek szpitalnych (37%), następnie z przedziału 151–250 (15%). Warto wspomnieć, że w województwie lubelskim wśród badanych szpitali nie było takiego, który dysponowałby mniej niż 50 łózkami.

Poddane badaniom szpitale zostały także pogrupowane ze względu na kondycję finansową placówki. Tylko 18% szpitali nie miało żadnych długów, zaś aż 82% badanych placówek jest zadłużonych. Optymistyczny jest fakt, iż w większości tych placówek (59%) długi maleją w stosunku do lat ubiegłych.

5. Benchmarking i outsourcing jako narzędzia wpływające na skuteczność zarządzania szpitalem – wyniki badań

5.1. Zakres stosowania benchmarkingu w szpitalach publicznych

Jednym z głównych kierunków polityki dotyczącej poprawy funkcjonowania szpitali publicznych w województwie lubelskim jest program dotyczący benchmarkingu. Szczególnym zainteresowaniem tą problematyką wykazał się Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubelskiego w Lublinie, w którym opracowano narzędzie mające wspierać zarządzanie podległych jednostek z wykorzystaniem tej koncepcji³⁵⁴. Wspomniane narzędzie, w postaci programu informatycznego, pozwala na dokładne wskazanie obszarów problematycznych, które wymagają poprawy. Program ponadto daje możliwość porównywania poszczególnych procedur wykonywanych w oddziałach oraz ich wyceny. Możliwe jest przykładowo porównywanie takich zagadnień, jak: długość pobytu pacjenta na danym oddziale z konkretnym schorzeniem, gospodarka lekami, czy zużycie sprzętu. Można zatem wnioskować, że benchmarking dla szpitali publicznych województwa lubelskiego (przynajmniej w teorii) to koncepcja dobrze znana i stosowana. Jednakże nasuwają się także wątpliwości: jak jest w praktyce i czy szpitale nie podlegające Samorządowi Województwa Lubelskiego również korzystają z tego rozwiązania?

W wyniku analizy przeprowadzonych badań stwierdzono, że 69% badanych jednostek stosuje w jakimś stopniu benchmarking³⁵⁵. Pozostała grupa badanych placówek w ogóle nie korzysta z tej koncepcji. Warto także podkreślić, że prawie 50% badanych w pierwszej chwili odpowiedziało, że nie stosuje benchmarkingu, dopiero po dokładnym wyjaśnieniu tego terminu oraz ukazania możliwości jego stosowania w służbie zdrowia respondenci stwierdzali, że działania charakterystyczne dla tego rozwiązania są przez nich wykorzystywane³⁵⁶.

Pośród placówek, w których zarządzający korzystają z benchmarkingu, tylko 23% badanych wskazało, że jego stosowanie ma charakter działań stałych. Zazwyczaj placówki te korzystają z usług wyspecjalizowanej w tym kierunku firmy lub oprogramowania rekomendowanego przez Urząd Marszałkowski. Największą grupą były jednostki wykorzystujące omawianą koncepcję w sposób cykliczny, czyli powtarzany w pewnych odstępach czasu, na ogół związanych z okresową oceną jednostki, np. po dokonaniu rocznej oceny finansowej. Natomiast aż 29% ankietowanych uznało, że w ich szpitalu

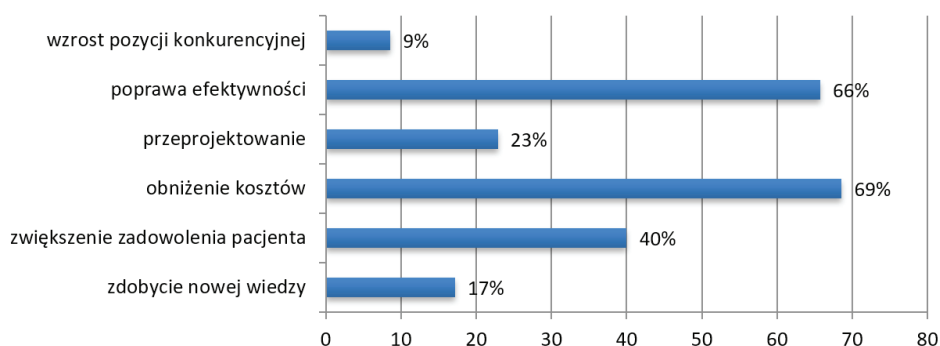
³⁵⁴ <http://www.lubelskie.pl/index.php?pid=830>, data dostępu 10.11.2014.

³⁵⁵ Część danych tj.: stosowanie benchmarkingu w grupie badawczej, rodzaje i obszary benchmarkingu, motywy, efekty i bariery także w: A. Sitko-Lutek, M. Cholewa-Wiktor, *Benchmarking for public hospitals – research findings*, „International Journal of Contemporary Management”, 14(2), 2016, p. 78–88.

³⁵⁶ Potwierdza to tezę B. Koźuch i A. Tylek, że mała liczba wskazań odpowiedzi dotyczących benchmarkingu nie wynika z braku stosowania tej koncepcji, ale raczej z niewiedzy kadry zarządzającej, która nie kojarzy podejmowanych w praktyce działań z danym pojęciem (B. Koźuch, A. Tylek, *Współczesne ...*, op. cit., s. 108.)

benchmarking stosowany jest sporadycznie, czyli w momencie pojawienia się sytuacji kryzysowych, zatem od problemu do problemu.

Motywy wprowadzenia benchmarkingu do zarządzania szpitalem związane są z realizacją jego podstawowych funkcji. Osiąganie pozytywnych wyników ekonomicznych przekłada się na główne powody wdrażania benchmarkingu, jakimi są: obniżenie kosztów (69%) oraz poprawa efektywności działania (66%). Druga grupa czynników w ramach realizacji celów społecznych to zaspokojenie potrzeb interesariuszy wyrażona za pomocą takich motywów jak: zwiększenie zadowolenia pacjenta (40%) oraz zdobycie nowej wiedzy (17%). Pozostałe argumenty skłaniające do podjęcia działań benchmarkingowych, jak np. reorganizacja działalności, wyrażona jako możliwość przeprojektowania struktury, procesów i działań (23%) oraz wzrost pozycji konkurencyjnej (9%), stanowiły cele drugorzędne.



Wykres 10. Motywy wprowadzenia benchmarkingu w szpitalach województwa lubelskiego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań. Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi.

Ze względu na rodzaj benchmarkingu, z którego korzystają placówki prawie 80% badanych deklaruje stosowanie benchmarkingu zewnętrznego, z czego 93% to benchmarking konkurencyjny, a więc porównywanie do innych szpitali. Niewielki odsetek stanowiło stosowanie benchmarkingu ogólnego wiążącego się z wyszukiwaniem rozwiązań także w innych branżach. Natomiast z benchmarkingu wewnętrznego korzysta 65% badanych³⁵⁷. Warto zaznaczyć, że możliwości wykorzystania tego rodzaju benchmarkingu w szpitalu są bardzo ograniczone. Trudno bowiem porównywać funkcjonowanie dwóch różnych oddziałów, dla których zasady działania regulują procedury medyczne, co również podkreślają respondenci. Możliwe jest jedynie porównywanie efektywności działalności pomocniczej realizowanej w poszczególnych oddziałach. Zatem stosowanie benchmarkingu wewnętrznego w szpitalach publicznych ogranicza się właściwie do zbierania informacji, służą raczej do rangowania, które wyłania „gwiazdy” danej placówki. Można z tego wnioskować, że w rzeczywistości benchmarking we-

³⁵⁷ Odpowiedzi dotyczące rodzaju benchmarkingu: wewnętrzny i zewnętrzny nie sumują się do 100% ponieważ możliwe było zaznaczenie dwóch odpowiedzi jednocześnie.

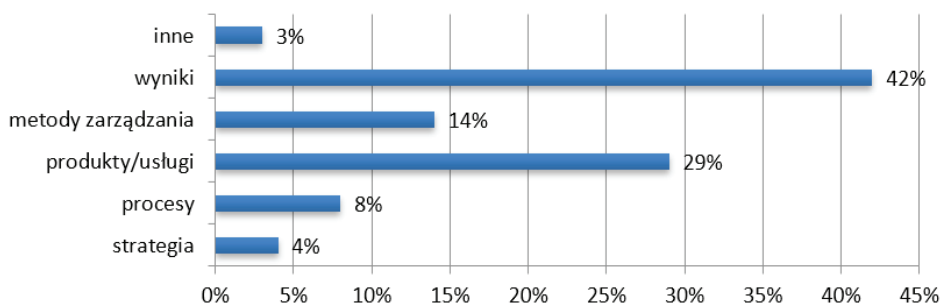
wewnętrzny to wyszukiwanie lidera, czyli najlepszego oddziału, ale zazwyczaj bez dalszych kroków wdrażania benchmarkingu, co daje niepełny benchmarking, a raczej wykorzystanie w działalności szpitala tylko niektórych jego etapów.

Powyższe wyniki badań na temat rodzajów benchmarkingu stosowanych w szpitalach publicznych województwa lubelskiego potwierdzają hipotezę pracy **H.3.** mówiącą o tym, że: *istnieje zróżnicowanie stopnia wykorzystania poszczególnych rodzajów benchmarkingu w szpitalu, przy czym najbardziej popularną formą jest benchmarking konkurencyjny.*

Biorąc pod uwagę częstotliwość stosowania poszczególnych rodzajów benchmarkingu najciekawsze wyniki przeprowadzonych badań to:

- benchmarking funkcjonalny nie był nigdy stosowany przez 26% badanych placówek,
- żadna z badanych jednostek nie stosuje benchmarkingu funkcjonalnego „bardzo często”,
- „bardzo często” benchmarking wewnętrzny stosuje 6% jednostek, zaś konkurencyjny 10%,
- prawie 30% badanych określa częstotliwość stosowania benchmarkingu konkurencyjnego jako „często”.

Pod względem obszarów benchmarkingu, które stanowią zainteresowanie tego typu działań prowadzonych przez szpital, najczęściej wskazań zyskał benchmarking wyników (wykres 11). Jest to najprawdopodobniej związane z faktem, iż to rezultat przede wszystkim finansowy jest obecnie pierwszym wskaźnikiem branym pod uwagę przy ocenie szpitala. Kolejne obszary zainteresowania to: oferowane produkty/usługi (29%), metody zarządzania (14%), procesy (8%), strategia (4%) i inne takie, jak: aktywa i zasoby ludzkie oraz monitoring realizacji umów z NFZ (3%).

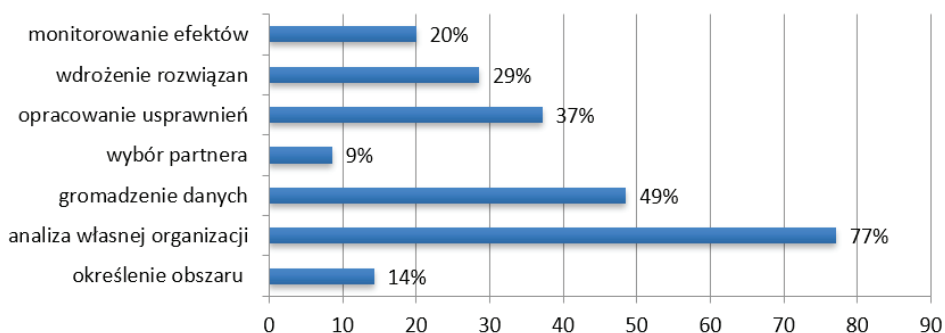


Wykres 11. Obszary benchmarkingu w szpitalach publicznych województwa lubelskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ w pytaniu możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi.

Kolejnym kryterium oceny stopnia korzystania przez szpitale publiczne województwa lubelskiego z benchmarkingu była analiza procedury wdrażania tego rozwiązania. Na podstawie literatury wyróżniono typowe dla benchmarkingu etapy wdrażania, których częstotliwość stosowania przez badane placówki została przedstawiona na wykresie 12.



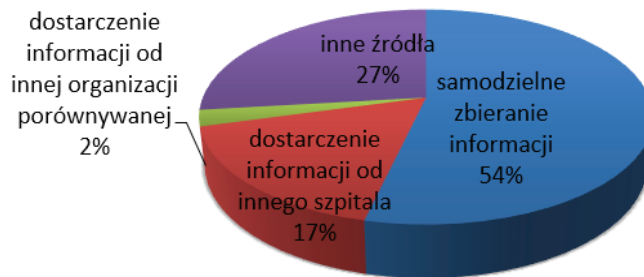
Wykres 12. Etapy wprowadzania benchmarkingu w szpitalach publicznych województwa lubelskiego
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi.

Jak wynika z powyższego wykresu większość szpitali przed przystąpieniem do porównywania dokonuje analizy własnej organizacji (77%). Tylko niecała połowa badanych gromadzi informacje o najlepszych rozwiązaniach. Prawie 40% szpitali opracowuje usprawnienia, jednakże nie wszystkie z nich są wdrażane. Ciekawy jest natomiast wynik wskazujący, że tylko 9% badanych dokonuje świadomego wyboru partnera, czyli elementu, który wydaje się być kluczowym czynnikiem powodzenia koncepcji. Najprawdopodobniej wynika to z faktu, iż szpitale porównują swoje działania do jednostki lepszej od siebie, ale niekoniecznie lidera w danej dziedzinie, gdyż głównym kryterium doboru może być dostępność informacji. Podobnie jest w przypadku pierwszego etapu benchmarkingu, a więc określenia obszaru usprawnień (tylko 14% odpowiedzi).

Głównym sposobem uzyskiwania informacji o najlepszych rozwiązaniach jest samodzielne zbieranie informacji ze źródeł ogólnodostępnych (wykres 13). Znaczącym źródłem pozyskiwania danych do benchmarkingu była odpowiedź określona w ankiecie jako „inne, jakie?”. Respondenci najczęściej wymieniali takie źródła, jak: zatrudniona przez szpital wyspecjalizowana firma zewnętrzna, dostarczenie informacji przez Urząd Marszałkowski-dotyczy to szpitali podległych Samorządowi Województwa Lubelskiego oraz wymiana dzięki współpracy szpitali w ramach konwentów, np. Konwent Szpitali Powiatowych Województwa Lubelskiego³⁵⁸ i Konwent Szpitali Zamojszczyzny.

³⁵⁸ Konwent powołany w 2010 roku, oprócz szpitali powiatowych mogą w nim uczestniczyć także szpitale kliniczne i wojewódzkie. Głównym celem konwentu jest: „stworzenie wspólnego, silnego lobby na rzecz poprawy finansowania świadczeń zdrowotnych, ochrona praw i wspólne reprezentowanie członków na zewnątrz”; źródło: <http://www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/konwent-szpitali-powiatowych-wojewodztwa-lubelskiego-wybralarzadz>, data dostępu: 6.12.2014.



Wykres 13. Główne źródła pozyskiwania informacji do benchmarkingu w szpitalach publicznych województwa lubelskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z kolei uzyskanie informacji bezpośrednio od porównywanej organizacji to źródło danych do benchmarkingu dla 19% badanych jednostek. Niestety, tylko w jednej badanej placówce wskazano na korzystanie z informacji dostarczonych od porównywanej organizacji z innej branży, pozostałe wskazania dotyczyły zatem innego szpitala.

W badanych jednostkach 60% szpitali nie planuje w przyszłości korzystania z tej koncepcji, zaś 40% tak, w następujących obszarach: zakażenia szpitalne, działalność kliniczna, działalność zarządcza, usługi medyczne/lecznictwo szpitalne, wyniki ekonomiczne/koszty.

5.2. Zakres stosowania outsourcingu w szpitalach publicznych

Wszystkie badane szpitale publiczne województwa lubelskiego korzystają z outsourcingu. Wśród nich 100% zleca wykonywanie wydzielonych funkcji firmom zewnętrznym (outsourcing kontraktowy). Żaden z badanych szpitali nie stosuje outsourcingu kapitałowego. Wynik ten jednoznacznie potwierdza postawioną w pracy hipotezę **H.2.** określającą, że *szpitale publiczne w różnym stopniu korzystają z form aktywności outsourcingowej, przy czym najczęściej stosowanym rodzajem jest outsourcing kontraktowy.*

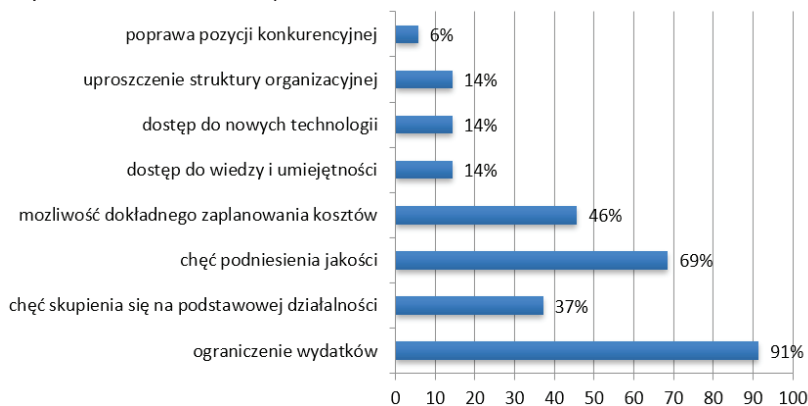
Głównym motywem wydzielenia usług na zewnątrz organizacji jest aspekt ekonomiczny, a więc chęć ograniczenia wydatków³⁵⁹. Związane jest to z faktem, iż większość placówek boryka się ze stałym niedoborem środków finansowych na pokrycie kosztów działalności. Nie dziwi więc fakt poszukiwania oszczędności w realizacji procesów po-

³⁵⁹ Podobne wyniki uzyskali: E. Marcinkowska dla szpitali woj. małopolskiego (głównym powodem stosowania outsourcingu są: „konieczność wprowadzenia oszczędności finansowych oraz brak środków finansowych na odtworzenie i unowocześnienie zasobów rzeczowych”); E. Bukłaha, (gdzie dla 73,8% zbadanych szpitali głównym outsourcingu była konieczność obniżenia kosztów inwestycyjnych), więcej: E. Marcinkowska, *Outsourcing* ..., op. cit., s. 102–104.

E. Bukłaha, *Strategia outsourcingu w polskich szpitalach*, [w:] R. Lewandowski, R. Walkowiak, M. Kautsh (red.), *Współczesne wyzwania menadżerskie w ochronie zdrowia*, Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2009, s. 161.

mocniczych. Tym bardziej, że wg doniesień literaturowych outsourcing daje możliwości obniżenia tych kosztów o nawet 30%, jednak w większości organizacji korzyści te nie przekraczają 10%, a około 18% firm odnotowuje oszczędności na poziomie 10–30%, zaś wyższe tylko 1,5% firm³⁶⁰. Aspekt ekonomiczny outsourcingu to także możliwość dokładnego zaplanowania kosztów prowadzenia szpitala, tą odpowiedź wskazało 46% respondentów. Oprócz motywacji ekonomicznej bardzo ważną przyczyną stosowania w szpitalu outsourcingu są aspekty jakościowe. Aż 69% badanych wskazało, że motywem włączenia outsourcingu do zarządzania placówką jest chęć podniesienia jakości świadczonych usług. Pozostałe motywy związane z podnoszeniem jakości takie, jak: dostęp do wiedzy i umiejętności oraz dostęp do nowych technologii wskazało 14% respondentów. Zorientowanie pro jakościowe jest wynikiem faktu, iż szpital przede wszystkim nastawiony powinien być na pacjenta i zaspokajanie jego potrzeb. Szczególnie w ówczesnym czasie, gdy oczekiwania pacjentów są w dużej mierze niezaspokojone³⁶¹, zarządzanie zorientowane na jakość jest nie tylko przywilejem, ale wręcz koniecznością.

Wśród najważniejszych motywów stosowania outsourcingu w szpitalach znalazła się także chęć skupienia się na podstawowej działalności (37%), czyli na usłudze medycznej. Zlecenie firmie zewnętrznej działań pomocniczych odciąża naczelne kierownictwo od związanych z nimi spraw bieżących i ogranicza do zarządzania relacjami z kontrahentem. Wynikiem tych działań jest najczęściej także uproszczenie struktury organizacyjnej. Na ten aspekt jako istotny argument do podjęcia współpracy z firmą zewnętrzną wskazało 14% badanych.



Wykres 14. Motywy zlecenia wykonywania usług wykonawcom zewnętrznym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań. Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi.

³⁶⁰ M. J. Radło, *Outsourcing w strategiach przedsiębiorstw*, [w:] D. Ciesielska, M. J. Radło (red.), *Outsourcing w praktyce*, Poltext, Warszawa 2011, s. 17.

³⁶¹ Polska znajduje się na ostatnim miejscu w zakresie zaufania pacjenta do lekarza oraz na 25 w zakresie satysfakcji pacjenta z usług medycznych na 29 przebadanych państwach w latach 2011–2013; R. J. Blendon, J. M. Benson, J. O. Hero, *Public Trust in Physicians – U.S. Medicine in International Perspective*, „The New England Journal of Medicine”, 371;17, 2014, p. 1572.

Firmy outsourcingowe stale rozszerzają zakres oferowanych przez siebie usług. Efektem tego jest wzrost liczby usług przekazywanych przez szpitale do wykonania zewnętrznym wykonawcom. Dlatego też w publicznych zakładach opieki zdrowotnej zazwyczaj zlecany jest nie jeden, a wiele obszarów działalności (zaledwie 6% badanych jednostek powierzała wykonawcom zewnętrznym tylko jeden obszar działalności). Wśród publicznych szpitali województwa lubelskiego 40% zleca od pięciu w górę obszarów działalności (pięć obszarów 11%, sześć 17%, siedem 6%, dziewięć 3% i jedenaście 3%). 20% szpitali zleca wykonawcom dwa obszary działalności, zaś trzy tylko 9%. Statystycznie najliczniejszą grupą są jednostki zlecające wykonywanie zadań z czterech obszarów funkcjonowania (26%). Wśród usług zleczanych „na zewnątrz” organizacji największą popularnością cieszy się utylizacja odpadów 66%, pranie 54% oraz sprząatanie 46% (wykres 15). Głównym motywem zlecenia utylizacji odpadów medycznych firmom outsourcingowym są: brak własnej spalarni oraz względy ekonomiczne, które najczęściej związane z koniecznością braku środków na modernizację (lub zakup) w celu dostosowania do coraz bardziej restrykcyjnych wymogów technicznych i środowiskowych³⁶². Ponad połowa jednostek biorących udział w badaniach zlecała firmie zewnętrznej pranie. Związane jest to z faktem, iż większość placówek nie posiada już swojej pralni oraz z tym, że usługi pralnicze to jeden z tych obszarów, na którym szpital może zaoszczędzić najwięcej w porównaniu do wykonywania we własnym zakresie. Przykładowo 30% badanych szpitali powiatowych województwa lubelskiego wymieniło pranie jako usługę najbardziej obniżającą koszty w porównaniu do wykonywania we własnym zakresie³⁶³.

Obszarami działalności pomocniczej często wydzielanymi na zewnątrz były również: transport zarówno sanitarny, jak i odpadów oraz żywienie. Warto jednak zwrócić uwagę, że respondenci wskazywali na żywienie jako na obszar outsourcingu, w którym najczęściej dochodzi do obniżenia jakości świadczonej usługi najczęściej odzwierciedlającej się w postaci skarg pacjentów. Problem ten dotyczy zwłaszcza oddziałów, w których przebywają zdrowi fizycznie pacjenci, np. psychiatrii. W konsekwencji sytuacja taka przyczynia się do powrotu wykonywania tej usługi we własnym zakresie (insourcing). Ma to tym większe znaczenie, gdyż wyniki badań niemieckich pacjentów ukazują, że metody leczenia są dopiero na trzecim miejscu pobytu pacjenta w szpitalu, zaś najważniejsze są warunki tego pobytu i żywienie³⁶⁴.

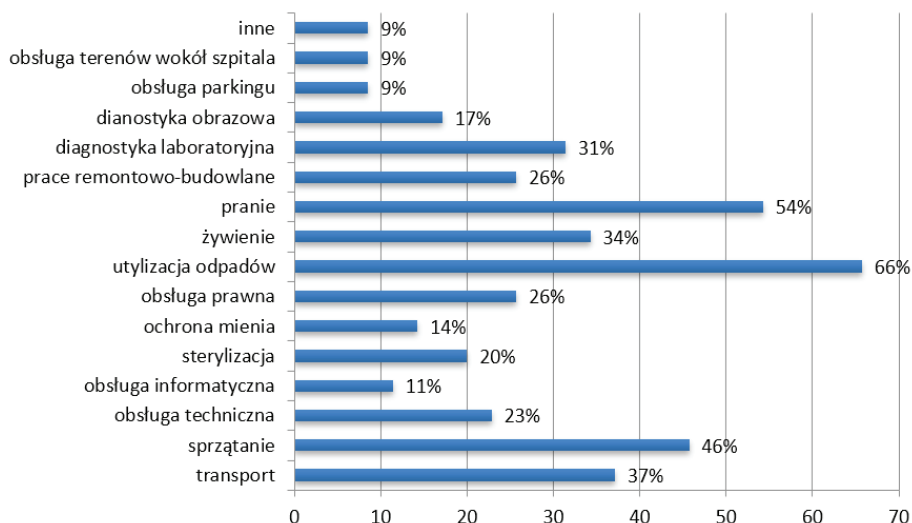
Wśród usług zleczanych firmie outsourcingowej znalazły się również usługi medyczne. Ponad 30% badanych szpitali powierzała na zewnątrz wykonanie diagnostyki laboratoryjnej, a 17% diagnostyki obrazowej. Do pozostałych funkcji zleconych na zewnątrz

³⁶² D. Kotłęga, P. Nowicki, D. Lewiński i inni, *Outsourcing – teoria i zastosowanie w Szpitalu Klinicznym w Szczecinie, na przykładzie usług transportu i utylizacji odpadów medycznych*, „Annales Academiae Medicae Stetensis”, Szczecin 2011, 57,3, s. 98–99.

³⁶³ M. Cholewa, E. Mieszajkina, *Outsourcing...*, op. cit., s. 57.

³⁶⁴ A. M. Krajewska, *Outsourcing w placówkach medycznych*, http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=31&idartykul=408, data dostępu: 8.12.2014.

(określonych w opracowaniu jako inne), należały również usługi medyczne takie, jak: usługi stomatologiczne i histopatologia.



Wykres 15. Rodzaje usług zleconych przez publiczne szpitale województwa lubelskiego wykonawcom zewnętrznym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań. Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi

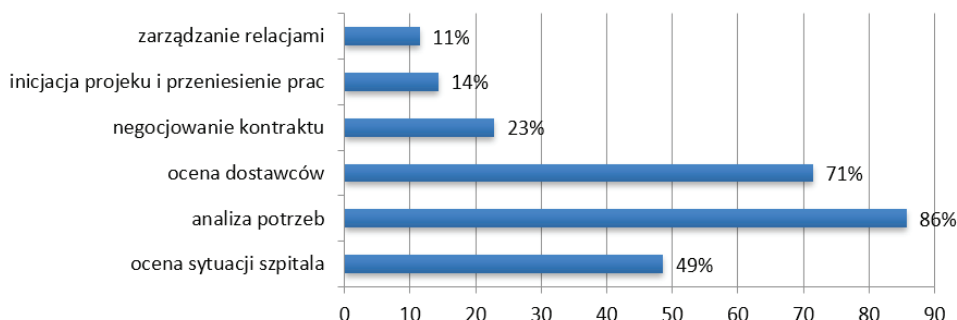
Outsourcing to metoda restrukturyzacji działań organizacji. Z przeniesieniem części funkcji na zewnątrz związane są także zmiany organizacyjne dotyczące zasobów ludzkich i obiektów technicznych. W badanych placówkach problem związany z ograniczeniem zatrudniania w obszarach zleconych najczęściej rozwiązywano poprzez zatrudnienie tych pracowników przez firmę outsourcingową (77% wskazań). Rzadziej stosowano takie rozwiązania, jak: przeniesienie do innych działów (34%) oraz zwolnienia, które były ostatecznością (23%)³⁶⁵. W 3% przypadków problem nie wystąpił, ponieważ pracownicy wydzielonych działów przeszli na emeryturę. Z kolei gospodarka obiektami i materiałami po zleceniu outsourcingu sprowadza się najczęściej do likwidacji /wynajmu lub zmiany przeznaczenia tychże obiektów. Na podjęcie takich działań mają wpływ przede wszystkim koszty ich utrzymania, bezzasadne po zleceniu usługi na zewnątrz. Dlatego w szpitalach publicznych województwa lubelskiego obiekty, pomieszczenia oraz sprzęt dotychczas wykorzystywany przez szpital w 80% badanych jednostkach wynajęto: 60% wynajęto firmie outsourcingowej, 20% innej firmie. Kolejnym rozwiązaniem była zmiana przeznaczenia obiektów (46%) lub ich sprzedaż (11%)³⁶⁶. Warto zwrócić uwagę, że szpital wynajmując czy sprzedając te aktywa, pozbywa się najczęściej również

³⁶⁵ Wyniki nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi

³⁶⁶ Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi.

kosztów ich obsługi, tj. personelu i konserwacyjno-remontowych³⁶⁷. Tylko w 9% przypadków z niepotrzebnymi już aktywami nie zrobiono nic (pozostają niewykorzystane), zaś 6% zlikwidowano, ponieważ były zużyte i nie nadawały się już do wykorzystania.

Wyróżnionym w pracy kryterium oceny stopnia korzystania przez szpital z outsourcingu była także ocena kompleksowości procedury wdrażania tej koncepcji. W oparciu o badania literatury określono typowe dla koncepcji etapy wdrażania, których stosowanie przez szpitale przedstawiono na wykresie 16.



Wykres 16. Etapy wprowadzania outsourcingu w szpitalach publicznych województwa lubelskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań. Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi.

Większość szpitali w procesie wdrażania outsourcingu główną wagę przykładła do oceny zarówno swoich potrzeb jak i oferty oraz możliwości dostawców. Aż 86% badanych jednostek dokonuje analizy potrzeb w zakresie outsourcingu, zaś prawie połowa poprzedza tę analizę oceną sytuacji całego szpitala. Większość placówek (71%) poddaje ocenie potencjalnych dostawców. Niewiele jednostek negocjuje kontrakt, co zapewne związane jest z faktem, iż większość tego typu kontraktów w instytucjach państwowych rozstrzyga się w ramach przetargów³⁶⁸. Z kolei najrzadziej stosowane w badanych jednostkach etapy outsourcingu to: inicjacja projektu oraz przeniesienie prac na zewnątrz (14%), a także zarządzanie relacjami z firmą outsourcingową (11%). Natomiast ze względu na kompleksowość etapów wdrażania wyrażoną za pomocą liczby stosowanych w praktyce etapów metody, tylko 6% badanych placówek stosuje wszystkie wymienione etapy outsourcingu. Znacząca większość szpitali w rzeczywistości przeprowadza tylko dwie (40%) lub trzy fazy (34%) wdrażania tej koncepcji. Aż 14% stosuje tylko jeden, wybrany etap outsourcingu, przy czym jest to jeden z dwóch etapów: analiza potrzeb lub ocena dostawców.

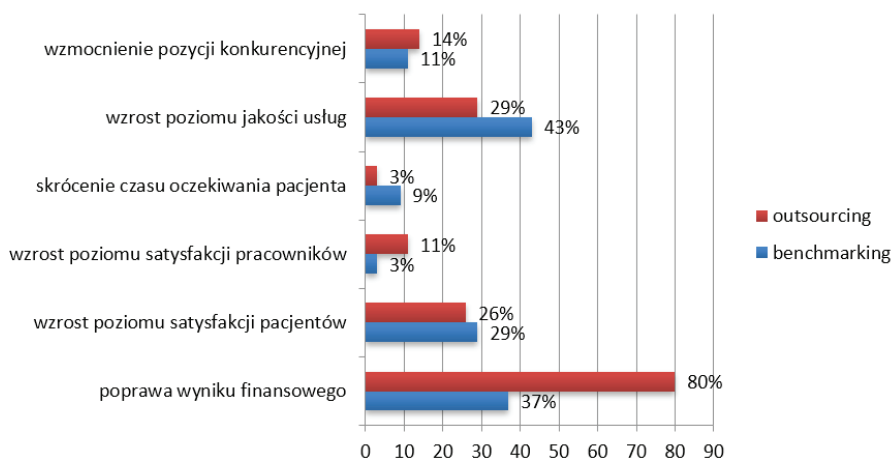
³⁶⁷ T. Chrostowski, *Utrzymywanie obiektów technicznych a usługi outsourcingu*, „*Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*”, 2003, nr 10, s. 70.

³⁶⁸ Wyjątkiem mogą być np. zamówienia uzupełniające i dodatkowe (art. 67 ustawy *Prawo zamówień publicznych* Dz. U. z 2010, Nr 113, poz. 759)

Analizując odpowiedzi dotyczące perspektyw stosowania outsourcingu przez szpitale publiczne, w kolejnych latach aż 86% badanych zamierza kontynuować wszystkie zlecone działania. Wśród pozostałych jednostek 11% planuje zrezygnować z części usług, najczęściej żywienia, sterylizacji i diagnostyki, a tylko 3% nie chce dalej prowadzić zlecania działań na zewnątrz. Rezygnacja ta związana jest najczęściej z niewywiązywaniem się zleceniobiorcy z umowy, zwłaszcza w kontekście jakości usługi. Z kolei 29% menedżerów danych placówek chciałaby w przyszłości dokonać zlecenia na nowe usługi takie, jak: utylizacja, sprzątanie, pranie, sprzątanie, ochrona, obsługa techniczna oraz usługi diagnostyki laboratoryjnej.

5.3. Korzyści i ograniczenia wynikające ze stosowania koncepcji benchmarkingu i outsourcingu w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej

Benchmarking i outsourcing to koncepcje, których prawidłowe wdrożenie do praktyki zarządzania szpitalem publicznym może przynieść wiele pozytywnych rezultatów. Biorąc pod uwagę konieczność koncentracji działań zarządczych na spełnieniu oczekiwań zarówno społecznych, jak i ekonomicznych, korzyści osiągnane z tych koncepcji powinny być odczuwalne w tych dwóch obszarach. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że rzeczywiście te dwa aspekty to kluczowe efekty stosowania benchmarkingu i outsourcingu w placówce służby zdrowia. Dokonując analizy rezultatów korzystania z outsourcingu, można stwierdzić, że kluczowym efektem jego stosowania jest aspekt ekonomiczny: aż 80% jednostek podaje, że wpłynął on na poprawę wyniku finansowego (wykres 17). Dwa kolejne znaczące rezultaty dotyczą z kolei drugiego celu, jakim jest realizacja celów społecznych. Badane placówki zwracają uwagę na znaczenie: wzrostu poziomu jakości usług (26%) oraz wzrostu poziomu satysfakcji pacjentów (29%). Odwrotne wyniki można zaobserwować w stosunku do efektów stosowania benchmarkingu. Ta koncepcja w badanych placówkach przyczynia się głównie do poprawy jakości świadczonych usług (43%), a w drugiej kolejności do poprawy wyniku finansowego (37%). Analogicznie jak w przypadku outsourcingu znaczące rezultaty odniesiono także w zakresie wzrostu poziomu satysfakcji pacjentów (29%). Zarówno w przypadku benchmarkingu jak i outsourcingu rezultaty takie, jak: wzmocnienie pozycji konkurencyjnej, wzrost poziomu satysfakcji pracowników i skrócenie czasu oczekiwania pacjenta miały znaczenie drugorzędne. Ciekawym efektem jest wzrost poziomu satysfakcji pracowników, który w przypadku stosowania outsourcingu (11%) jest rezultatem bardziej znaczącym niż w przypadku benchmarkingu (3%). Zapewne wynika to z faktu, iż w badanych jednostkach outsourcing rzadko związany był z redukcją personelu, ponieważ najczęściej pracowników wydzielanych usług zatrudniano w firmie świadczącej usługi outsourcingowe.



Wykres 17. Efekty zastosowania benchmarkingu i outsourcingu w szpitalach publicznych województwa lubelskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań. Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi.

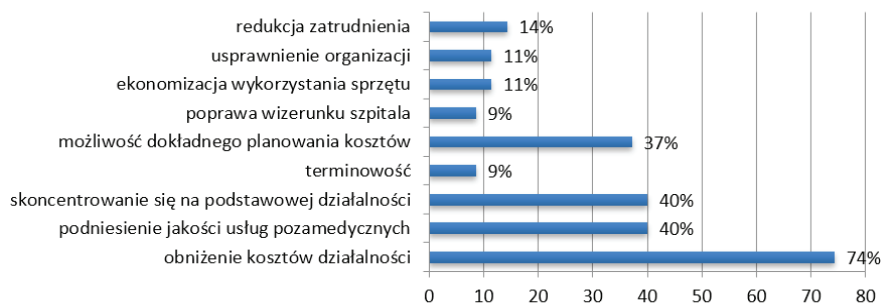
Powyższe wyniki badań wskazują, że głównymi efektami zastosowania zarówno benchmarkingu jak i outsourcingu w publicznych zakładach opieki zdrowotnej są: poprawa wyniku finansowego oraz wzrost poziomu jakości oferowanych usług³⁶⁹. Zatem można stwierdzić, że hipoteza **H.1. Stosowanie benchmarkingu i outsourcingu wpływa na ograniczenie kosztów oraz wzrost poziomu jakości oferowanych usług** została zweryfikowana pozytywnie.

Dodatkowo dla outsourcingu jako metody, której stosowanie przez szpitale publiczne jest zjawiskiem powszechnym, warto szczegółowo przedstawić korzyści charakterystyczne dla tego rozwiązania (wykres 18). Oprócz obniżenia kosztów działalności (74%)³⁷⁰, główne korzyści osiągane przez szpitale to: podniesienie jakości usług pozamedycznych (40%), możliwość skoncentrowania się na podstawowej działalności (40%) oraz możliwość dokładnego zaplanowania kosztów (37%). Dodatkowo menedżerowie zwracają uwagę na korzyści ekonomiczne związane z redukcją zatrudnienia (14%). Żaden z respondentów nie wskazał na znaczenie takich korzyści, jak: zmniejszenie frustracji pracowników medycznych wynikającej z przekonania, że utrzymują finansowo nadmiernie rozbudowaną obsługę, korzystanie ze specjalistycznej wiedzy oraz poprawa warunków pracy.

³⁶⁹ Efekty benchmarkingu także w: A. Sitko-Lutek, M. Cholewa-Wiktor, *Benchmarking...*, op. cit., p. 78–88.

³⁷⁰ Podobne korzyści outsourcingu wymienia E. Majchrzak-Kłokocka i A. Olejarsz: 91% obniżka i oszczędności kosztów, 79% koncentrowanie się na głównej działalności, 73% zwiększenie elastyczności działań, 61% zachowanie/wdrożenie standardów usługi, więcej:

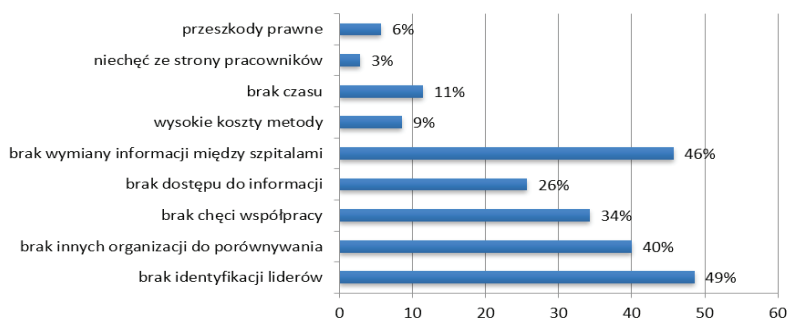
E. Majchrzak-Kłokocka i A. Olejarsz, *Outsourcing w zakładach opieki zdrowotnej – szanse czy zagrożenia?*, [w:] R. Lewandowski, R. Walkowiak, M. Kautsh (red.), *Współczesne wyzwania menadżerskie w ochronie zdrowia*, Wyd. Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn 2009, s. 174.



Wykres 18. Korzyści wynikające z zastosowania outsourcingu w szpitalach publicznych województwa lubelskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań. Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi.

Korzystanie z nowych koncepcji zarządzania, poza pozytywnymi efektami, związane jest także z pewnymi ograniczeniami. W przypadku benchmarkingu w szpitalach publicznych główną barierą w stosowaniu tego rozwiązania jest brak jednoznacznej identyfikacji szpitali – liderów w danej dziedzinie (49%, wykres 19). Oczywiście, istnieją rankingi niezależnych organizacji jak, np. ranking *Rzeczpospolitej* i CMJ czy ranking szpitali Magellan i *Forbes*. Są to jednak tylko informacje o ogólnym wyniku placówki, niewystarczające w procesie poszukiwania lidera w danej dziedzinie. Właściwie wszystkie najważniejsze przeszkody we wdrożeniu benchmarkingu do zarządzania placówką służby zdrowia związane są z problematyką współpracy i wymiany informacji. W gronie tych zagadnień znalazły się takie bariery, jak: brak wymiany informacji między szpitalami (46%), brak identyfikacji przedsiębiorstw, do których szpital mógłby się porównywać (40%), brak chęci współpracy (34%)³⁷¹ czy brak dostępu do informacji (26%). Pozostałe bariery organizacyjne takie, jak: brak czasu, wysokie koszty, przeszkody prawne i niechęć pracowników nie stanowią według kadry menedżerskiej istotnego problemu.

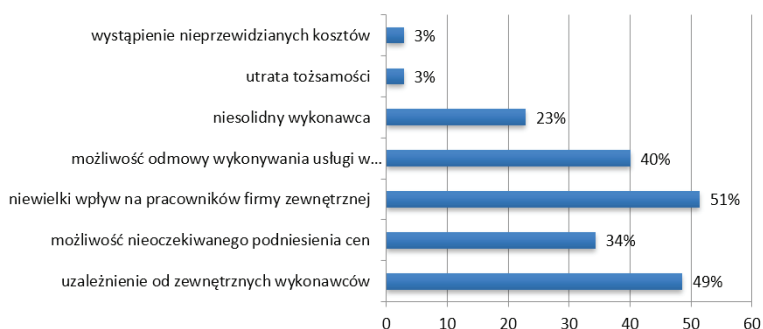


Wykres 19. Bariery w stosowaniu benchmarkingu w szpitalach publicznych województwa lubelskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań. Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi.

³⁷¹ Paradoksalnie na problem ten zwracają uwagę w szczególności szpitale kliniczne.

Problemy związane z zastosowaniem outsourcingu przedstawiono na wykresie 20. Jako najważniejsze ograniczenia tej formy współpracy respondenci podali obawy wynikające z problemów zarządczych w obszarach wydzielonych. Do głównych wad outsourcingu zaliczono przede wszystkim utratę kontroli nad obszarami wydzielonymi objawiającą się jako: niewielki wpływ Zarządu na pracowników firm świadczących usługi (51%), uzależnienie się od zewnętrznych wykonawców (49%), co związane jest z faktem iż, z wydzieleniem związana jest zazwyczaj utrata niezbędnych do wykonywania usługi zasobów ludzkich i rzeczowych oraz możliwość odmowy wykonywania usługi w momencie zaistnienia trudności płatniczych (40%). Ostatnie ograniczenie ma znaczenie szczególne, ponieważ takie zagrożenie występuje w większości placówek, gdyż aż 82% badanych szpitali miała długi. Kolejna grupa dotyczy wad leżących po stronie dostawcy. Główne obawy dotyczą: możliwości nieoczekiwanego podniesienia cen za usługę (34%) oraz nie wywiązywanie się firmy outsourcingowej z umowy, czyli tzw. niesolidny wykonawca (23%). Warto jednak podkreślić, że poprzez odpowiednie zapisy w umowie outsourcingowej negatywne wpływy tych sytuacji można ograniczyć. Pozostałe bariery takie jak: wystąpienie nieprzewidzianych kosztów np. transakcyjnych (3%), utrata tożsamości organizacji (3%) i spadek motywacji wśród personelu (0%) nie mają większego znaczenia z punktu widzenia wad outsourcingu.



Wykres 20. Problemy związane ze stosowaniem outsourcingu w szpitalach publicznych województwa lubelskiego

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań. Odpowiedzi nie sumują się do 100 ponieważ możliwe było zaznaczenie więcej niż 1 odpowiedzi.

Przedstawione rezultaty, wynikające ze stosowania nowych koncepcji zarządzania w służbie zdrowia, zachęcają do podjęcia wysiłku do dalszego rozszerzania i udoskonalania takiej formy prowadzenia działalności. Jednakże nie można zapominać także o pewnych ograniczeniach czy problemach, których występowanie w większości przypadków, przynajmniej w pewnym stopniu, zależy od zarządzających szpitalem i jego personelu, a nie tylko od czynników zewnętrznych.

5.4. Wpływ benchmarkingu i outsourcingu na skuteczność zarządzania szpitalem publicznym

Chcąc dokonać analizy wpływu benchmarkingu i outsourcingu na skuteczność zarządzania szpitalem publicznym w pierwszej kolejności konieczne jest zdefiniowanie samego pojęcia skuteczności.

W literaturze przedmiotu przyjęty jest pogląd, że podstawowymi miarami sprawności działania są: skuteczność, korzystność i ekonomiczność. Zakłada się, że skuteczność jest najważniejszą cechą charakteryzującą sprawność, zatem aby działanie mogło być uznane za sprawne musi choć w minimalnym stopniu być skuteczne³⁷². Wg W. Kieżuna skuteczność należy rozumieć jako działanie, które w konsekwencji prowadzi do zamierzonego skutku, jakim jest osiągnięcie postawionego celu³⁷³. Podobny pogląd prezentuje J. Zieleniewski, według którego „miarą skuteczności jest stopień zbliżenia się do celu”³⁷⁴. Można zatem powiedzieć, że skuteczność to „badanie stopnia realizacji zakładanych celów oraz zakresu wpływu działań w osiągnięciu tych celów”³⁷⁵. Ogólnie rzecz ujmując, warto przytoczyć słowa J. Penca, który uważa, że „skuteczność oznacza umiejętność wyboru właściwych celów, czyli właściwych rzeczy do zrobienia”³⁷⁶. Zbieżną definicję proponuje E. Skrzypek, według której skuteczność to robienie rzeczy odpowiednich, właściwych dla danej organizacji, przy czym zauważa także, że brak jest wśród autorów zgody, co do jej elementów składowych³⁷⁷. Pewny jest jednak fakt, że z pojęciem skuteczności zarządzania organizacją związany jest stopień, w jakim dana organizacja „rozumie, reaguje i wpływa na swoje otoczenie”³⁷⁸. Omówione podejście celowe do skuteczności odnaleźć można także, stosując się do podstawowych wytycznych określających zarządzanie jakością w organizacji, a więc norm ISO 9000. Zgodnie z tym dokumentem skuteczność definiowana jest jako „stopień, w jakim planowane działania są zrealizowane i planowane wyniki osiągnięte”³⁷⁹. Analogicznie skuteczność interpretuje Adam Hamrol i Władysław Mantura określając je jako „zgodność postulowanej i rzeczywistej charakterystyki celu”³⁸⁰. Jest to zatem stosunek pomiędzy etapem końcowym (wyjściem), a zdefiniowanymi celami³⁸¹. Co więcej, skuteczność jest działaniem podlegającym stopniowaniu (tabela 21).

³⁷² K. Sobolewski, *O pojęciu skuteczności i pojęciach związanych*, Wyd. Uczelniane Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 1998, s. 133–139.

³⁷³ W. Kieżun, *Podstawy organizacji i zarządzania*, KiW, Warszawa 1977, s. 47.

³⁷⁴ J. Zieleniewski, *Organizacja i zarządzanie*, PWN, Warszawa 1969, s. 225.

³⁷⁵ T. Jeruzalski, *Efektywność i skuteczność wdrażania systemów IT w administracji publicznej. Wspomaganie procesów podejmowania decyzji*, CeDeWu, Warszawa 2009, s.100.

³⁷⁶ J. Penc, *Menedżer w działaniu. Sekrety prowadzenia biznesu*, C.H.Beck, Warszawa 2003, s.16.

³⁷⁷ E. Skrzypek, *Jakość...*, op. cit., s. 214.

³⁷⁸ R. W. Griffin, *Podstawy...*, op. cit., s. 126.

³⁷⁹ PN-EN ISO 9000:2005, s. 31.

³⁸⁰ A. Hamrol, W. Mantura, *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2002, s. 66.

³⁸¹ R. Anthony, V. Govindarajan, *Management Control Systems*, McGraw-Hill Inc., Boston 2007, p. 131.

Tabela 21. Stopień realizacji celu a pojęcia skuteczności

Osiągnięty wynik	Skuteczność	Stosowane nazwy
$W < 0$	$S < 1$	przeciwskuteczność
$W = 0$	$S = 0$	nieskuteczność
$W < P$	$0 < S < 1$	podskuteczność
$W = P$	$S = 1$	skuteczność
$W > P$	$S > 1$	nadskuteczność

Źródło: K. Sobolewski, *O pojęciu...*, op. cit., s. 139.

Syntezę poglądów na temat skuteczności zarządzania prezentuje R. W. Griffin. Poza podejściem celowym, związanym ze stopniem osiągnięcia przez organizację postawionych celów, Autor wyróżnia także trzy inne modele dotyczące pojęcia skuteczności³⁸²:

- systemowo-zasobowe – odnosi się do tego, czy organizacja potrafi zabezpieczyć sobie potrzebne do funkcjonowania zasoby,
- od strony procesów wewnętrznych – dotyczy wewnętrznych mechanizmów organizacji, zwłaszcza integracji poszczególnych jednostek z organizacją oraz minimalizacji sporów i konfliktów tak, by możliwe było sprawne wykonywanie działań,
- uwzględniające strategicznych zwolenników – odnoszący się do grup związanych z działalnością i sukcesem organizacji.

Dokonując przeglądu definicji skuteczności zarządzania, można zauważyć, że dominującym poglądem prezentowanym w literaturze przedmiotu jest podejście celowe. Dostosowując zatem powyższy termin do konkretnej organizacji, a więc szpitala publicznego, można powiedzieć, że skuteczność zarządzania zamkniętym zakładem opieki zdrowotnej to stopień realizacji postawionych przed nim celów. Podstawowym zadaniem szpitala publicznego jest realizacja postawionych przed nim celów społecznych, a w szczególności zapewnienia dostępu społeczeństwu do usług medycznych. Duży wpływ otoczenia na skuteczności działań potwierdza także R. W. Griffin, który stwierdza, że zależy ona od tego „jak dobrze organizacja rozumie swoje otoczenie, reaguje na nie i wpływa”³⁸³. Zatem osiągnięcie celów społecznych w szpitalu możliwe jest do zrealizowania poprzez zaspokojenie potrzeb poszczególnych grup interesariuszy, tj.: pacjentów, pracowników, dostawców, NFZ oraz pozostałych interesariuszy. Jednakże wg A. Frączkiewicz-Wronki poza celami społecznymi samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej musi także realizować cele ekonomiczne³⁸⁴, tak by nie przynosić strat z prowadzonej działalności, gdyż to właśnie z powierzonych finansów zarządzający zakładem musi się corocznie rozliczyć³⁸⁵.

³⁸² R. W. Griffin, *Podstawy...*, op. cit., s. 98.

³⁸³ *Ibidem*, s. 97 za: G. Jones, *Organizational Theory and Design*, Addison-Wesley, Reading, Mass. 1998.

³⁸⁴ A. Frączkiewicz-Wronka, G. Nogas, *Nowy menedżer-rozważania teoretyczne*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia Narzędzia pracy menedżera*, Wyd. Akademia Ekonomiczna im. K. Adamieckiego Collegium Zarządzania, Katowice 2001, s. 293.

³⁸⁵ J. Zymonik, Z. Zymonik, *Zarządzenie jakością w procesie integracji europejskiej*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2006, s. 130.

W niniejszej pracy realizację celów finansowych badanych placówek oceniano na podstawie racjonalności gospodarowania posiadanym budżetem. Jako główny wskaźnik oceny przyjęto roczny wynik finansowy, czyli zysk/strata netto, który nadal traktowany jest jako podstawa oceny działalności zarządu³⁸⁶. Jednak w związku z tym, że „żaden pojedynczy miernik nie zbada kompleksowości wyników organizacji publicznych”³⁸⁷ w celu rzetelnego przedstawienia sytuacji finansowej badanych placówek do oceny ekonomicznej przyjęto także wskaźniki: poziomu zadłużenia oraz bieżącej płynności finansowej. Takie zestawienie umożliwia zaprezentowanie rzeczywistej sytuacji ekonomicznej, w której znajduje się dana placówka. Wszystkie wskaźniki dane finansowe obliczono na podstawie bilansu oraz rachunku zysków i strat za rok 2011. Zestawienie wskaźników dla poszczególnych szpitali zamieszczono w tabeli 22, gdzie wyniki świadczące o dobrej kondycji placówki zaznaczono kolorem niebieskim.

Tabela 22. Dane finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej woj. lubelskiego

Lp.	Wskaźnik ogólnego zadłużenia (%)	Bieżąca płynność finansowa	Zysk/strata netto (zł)
1	192,99	0,395007577	-4154392,4
2	81,92	1,633836395	966314,13
3	512,51	0,206066382	-6438,88
4	104,08	0,299569887	-1995,78
5	40,06	0,625318443	-16681747,7
6	18,71	2,811471829	-22116,69
7	144,82	0,439513361	-1709,58
8	105,59	0,301590178	-4352138,88
9	26,07	0,403349051	-4771725,32
10	126,11	0,623601949	-1952362,34
11	100,65	0,681222842	91109,05
12	36,28	0,837620489	321577
13	195,60	0,313060432	-3601290,86
14	78,40	0,962911849	-3053146,12
15	24,23	1,548747228	-6740000
16	111,18	0,584855949	-5087872,61
17	50,58	0,798237209	-1733971,62
18	230,43	0,03516441	-10982360,4
19	5,12	1,212231181	-314584,91
20	17,86	2,184729698	225818,45
21	205,74	0,329512225	-1379513,96
22	58,74	0,776794654	550550,23
23	176,80	0,482494212	-2482350,24
24	27,30	2,610697987	-163458,95

³⁸⁶ G. K. Świdorska, *Jak czytać sprawozdanie finansowe*, Difin, Warszawa 2013, s. 141.

³⁸⁷ A. Frączkiewicz-Wronka, *Rola i znaczenie interesariuszy w procesie podejmowania decyzji w organizacjach publicznych*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.) *Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną*, Wyd. „Śląsk”, Katowice 2012, s. 41.

c.d. Tabela 22. Dane finansowe samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej woj. lubelskiego

Lp.	Wskaźnik ogólnego zadłużenia (%)	Bieżąca płynność finansowa	Zysk/strata netto (zł)
25	153,50	0,424300068	-1418646,85
26	15,87	2,590361748	12834,62
27	138,75	0,3566582	123720,97
28	63,56	0,318139425	2617,03
29	84,98	0,34541629	-659980,9
30	52,97	1,209451423	282354,37
31	46,65	1,866595467	818389,91
32	50,03	0,905952879	-809689,98
33	11,00	0,973752693	-431,62
34	15,40	4,072631324	451315,08
35	41,52	0,86115025	337938,05

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań³⁸⁸.

Wskaźniki ekonomiczne zostały obliczone w oparciu o ocenę ekonomiczno-finansową dla szpitali w Polsce³⁸⁹. Pierwszym wskaźnikiem brany pod uwagę był wskaźnik ogólnego zadłużenia, który pokazuje w jakim stopniu aktywa organizacji są finansowane kapitałami obcymi³⁹⁰. Projekt rozporządzenia zawiera także interpretację w skali punktowej poszczególnych wskaźników. Biorąc pod uwagę wskaźnik ogólnego zadłużenia (wyrażony w %) dla placówek służby zdrowia, zaproponowano następującą punktację³⁹¹:

- poniżej 30% – ocena 10 punktów (optymalna wartość),
- od 30% do 60% – ocena 8 punktów,
- powyżej 60% do 80% – ocena 3 punkty,
- powyżej 80% – 0 punktów.

W tabeli zawierającej dane finansowe badanych placówek kolorem niebieskim zaznaczono bardzo dobry poziom wskaźnika ogólnego zadłużenia (w punktacji odpowiada on 10–8 punktów), zaś błękitnym – poziom akceptowalny (ocena 3 punkty). Analiza wyliczonych wskaźników pozwala stwierdzić, że w badanych placówkach istnieją trzy grupy szpitali, biorąc pod uwagę wskaźnik ogólnego zadłużenia. Ponad połowa placówek (54%), posiada ten parametr na akceptowalnym poziomie, z czego prawie 40% ocenić można jako bardzo dobry. Z drugiej zaś strony aż 46% badanych szpitali posiada war-

³⁸⁸ Dane także w: M.Cholewa-Wiktor, A.Sitko-Lutek, *Outsourcing...*, op. cit., p. 17–24.

³⁸⁹ Rozporządzenie Ministra zdrowia z dn. 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2017 poz 832.

³⁹⁰ G. K. Świdarska, W. Węclaw (red.), *Sprawozdanie finansowe według polskich i międzynarodowych standardów rachunkowości*, Wyd. 2, Difin, Warszawa 2012, s. 752.

³⁹¹ Rozporządzenie Ministra zdrowia z dn. 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2017 poz 832.

tość wskaźnika ogólnego zadłużenia na poziomie niesatysfakcjonującym (w proponowanej ocenie równy 0 punktów). Warto przy tym zwrócić uwagę, iż im wyższy poziom tego wskaźnika, tym większe jest zadłużenie danej placówki.

Kolejnym miernikiem finansowym pozwalającym ocenić kondycję szpitala publicznego jest wskaźnik bieżącej płynności finansowej, który wyraża stosunek aktywów obrotowych do zobowiązań krótkoterminowych. Zgodnie z proponowaną metodyką oceny jego wartość punktowana jest następująco:

- mniej niż 0,6 – ocena 0 punktów,
- powyżej 0,6 do 1,2 – ocena 8 punktów,
- powyżej 1,2 do 1,7 – ocena 12 punktów (optymalna wartość wskaźnika),
- powyżej 1,7 – ocena 10 punktów.

Z przedstawionej powyżej propozycji oceny można wnioskować, że szpital posiada zadowalający poziom wskaźnika bieżącej płynności finansowej, gdy wynosi on więcej niż 0,6 (wartości spełniające ten warunek zaznaczono w tabeli kolorem niebieskim). Wśród badanych jednostek 60% szpitali posiada poziom wskaźnika bieżącej płynności na zadowalającym poziomie. Dla pozostałych 40% placówek wartość wskaźnika wynosiła mniej niż 0,6, co oznacza, że dane placówki mogą mieć problemy ze spłatą nawet bieżących zobowiązań.

Ostatnim miernikiem w niniejszej pracy, którym posłużono się w ocenie sytuacji finansowej badanych placówek służby zdrowia, jest podstawowy parametr oceny działalności, a więc wynik finansowy organizacji (w postaci zysku lub straty). Tylko 34% badanych szpitali osiągnęło w badanym okresie zysk netto z prowadzonej działalności. Pozostałe placówki odniosły stratę, przy czym warto podkreślić, że w większości szpitali sytuacja ta ulega stopniowej poprawie: długi prawie 60% badanych jednostek maleją, co może przyczynić się do osiągania w przyszłych okresach rozliczeniowych zysku lub zmniejszenia straty.

W tabeli 23 za pomocą pogrubionej ramki wyróżniono te szpitale, których wszystkie brane pod uwagę parametry oceny ekonomicznej są zadowalające. Tylko 23% szpitali, w których przeprowadzono badania posiada wszystkie trzy parametry na właściwym poziomie, świadczącym o dobrej sytuacji ekonomicznej placówki. 34% szpitali spełnia tylko dwa z trzech warunków, z czego 17% posiada, co najmniej jeden parametr na poziomie słabym, ale akceptowalnym. Aż 34% badanych szpitali nie posiada żadnego parametru na satysfakcjonującym poziomie, co oznacza złą kondycję finansową jednostki, a przez to także brak realizacji postawionych celów finansowych.

Podstawowym celem działalności instytucji publicznych jest zaspokojenie określonych potrzeb społecznych. Zatem w przypadku szpitali publicznych realizacja celów społecznych to także wyznacznik oceny skuteczności ich działania. Osiągnięcie tychże celów związane jest ze spełnieniem oczekiwań głównych grup interesariuszy. Dlatego też w niniejszej pracy w pierwszej kolejności zbadano wagi głównych grup interesu szpitala z punktu widzenia zarządzających placówką. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli 23.

Tabela 23. Waga poszczególnych grupy interesariuszy według zarządzających szpitalami publicznymi woj. lubelskiego

Waga Grupa	Najważniejsza	Bardzo ważna	Ważna	Mało ważna	Najmniej ważna
Pacjenci	97,14%	0%	2,86%	0%	0%
Pracownicy	8,57%	65,71%	25,72%	0%	0%
NFZ	11,43%	37,14%	51,43%	0%	0%
Dostawcy	0%	5,71%	11,43%	82,86%	0%
Inni np. banki	0%	2,86%	17,14%	8,57%	71,43%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tabela 24. Przynależność badanych placówek do grupy NFZ oraz ilość posiadanych certyfikatów

Lp.	Kontrakt NFZ (w zł)	Grupa NFZ ³⁹²	Ranking Rzeczpospolita i CMJ	Akredytacja CMJ	ISO	Dodatkowe akredytacje	Certyfikaty Ocena ³⁹³
1	11160157,5	1		1	0	0	1
2	94781886,7	3	1	1	1	1	4
3	29333978,7	2		0	1	0	1
4	10399601,8	1		0	0	1	1
5	65882331,3	2	1	1	1	1	4
6	33161843,4	2	1	0	1	0	2
7	27234243,9	2		0	1	1	2
8	32249687,5	2		0	1	1	2
9	40508614,8	2		0	0	1	1
10	34458471,3	2		0	1	1	2
11	90874028,6	3	1	1	1	1	4
12	27997450,0	2		0	1	1	2
13	31238242,6	2		0	1	1	2
14	144259947,7	3		1	1	1	3
15	254991105,2	3		1	1	1	3
16	45926559,9	2		1	1	1	3
17	45521173,0	2		1	1	1	3
18	103087156,3	3		0	1	1	2
19	5879149,5	1		1	0	0	1
20	12733857,1	1		1	1	1	3
21	24496535,1	2		0	0	1	1
22	21278812,9	2		0	1	1	2
23	64027842,6	2		0	1	1	2
24	12746162,0	2		0	0	0	0
25	28095427,8	2		0	1	1	2
26	5959300,8	1		0	0	1	1
27	5426309,6	1		0	0	0	0
28	43352355,3	2	1	1	1	1	4
29	15877154,8	2		0	0	1	1

³⁹² Przynależność na podstawie wysokości kontraktu.

³⁹³ W zależności od ilości posiadanych certyfikatów.

c.d. Tabela 24. Przynależność badanych placówek do grupy NFZ oraz ilość posiadanych certyfikatów

Lp.	Kontrakt NFZ (w zł)	Grupa NFZ ³⁹²	Ranking Rzeczpospolita i CMJ	Akredytacja CMJ	ISO	Dodatkowe akredytacje	Certyfikaty Ocena ³⁹³
30	133394960,9	3	1	1	1	1	4
31	26711935,4	2		0	1	1	2
32	51215700,8	2		0	1	1	2
33	31832887,2	2	1	0	1	1	3
34	10526459,6	1		0	0	1	1
35	34467331,5	2		1	1	1	3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań można jednoznacznie stwierdzić, że najważniejszą grupą interesariuszy, zdaniem zarządzających szpitalami publicznymi w województwie lubelskim, są pacjenci, aż 97,14% odpowiedzi na pytanie o najważniejszą grupę dotyczyło pacjentów. Grupą bardzo ważną okazali się pracownicy (65,7%), zaś ważną NFZ (51,43%). Warto zwrócić uwagę, że właściwie tylko pomiędzy tymi dwiema grupami istnieją najmniejsze różnice odpowiedzi: za grupę bardzo ważną NFZ uznało ponad 37% respondentów, zaś pracowników jako ważną ponad 25%. Jako grupę mało ważną większość ankietowanych uznała dostawców (82,86%), zaś jako najmniej istotną pozostałe organizacje (71,43%). Oczywiście, należy podkreślić, że przedstawiony ranking nie oznacza, że szpitala nie interesują potrzeby grup określonych jako mało, czy najmniej ważnych. Hierarchii takiej dokonano natomiast tylko w celu określenia grup, które w sposób szczególny wyznaczają kierunek funkcjonowania placówki.

Z punktu widzenia interesariuszy zaspokojenie ich oczekiwań w stosunku do szpitala mierzona jest zazwyczaj za pomocą badań dotyczących jakości. Najczęściej stosowanym narzędziem jest kwestionariusz ankiety dotyczący zadowolenia pacjenta z pobytu w placówce lub zadowolenia pracownika. Właściwie we wszystkich jednostkach w województwie lubelskim takie badania są przeprowadzane, jednakże wykonywane są z różną częstotliwością i za pomocą różnych kwestionariuszy. Z tego powodu porównywanie ich wyników jest dość trudne. Dlatego też w niniejszej pracy badane placówki oceniono ze względu na wysokość kontraktu z NFZ oraz podnoszenia jakości prowadzonej działalności – wyrażonej w ilości posiadanych certyfikatów, co odnosi się do dbałości o pacjentów i pracowników.

Ze względu na wysokość kontraktu badane placówki podzielono na trzy grupy:

- kontrakt do wysokości 20 000 000 zł,
- kontrakt w wysokości od 20 000 001–89 999 999 zł,
- kontrakt do wysokości powyżej 90 000 000 zł.

Najliczniejszą grupą są szpitale należące do 2 grupy, czyli posiadające kontrakt w wysokości od 20 000 001–89 999 999 zł (63%). 20% badanych placówek należy do 1 grupy NFZ, zaś 17% do 3 grupy NFZ.

Z kolei troskę o podnoszenie jakości określono za pomocą ilości posiadanych certyfikatów, akredytacji³⁹⁴, czy wyróżnień takich, jak:

- certyfikat jakości ISO,
- akredytacja Centrum Monitorowania Jakości (w skrócie CMJ),
- miejsce w rankingu *Rzeczpospolita* i CMJ,
- wyróżnienie w rankingu finansowym spółki Magellan i magazynu *Forbes*,
- pozostałe certyfikaty jak np.: *Szpital przyjazny dziecku*, *Szpital bez bólu*, *Szpital przyjazny pacjentom* i inne).

Podziału jednostek dokonano za pomocą skali od 4 do 0, gdzie 4 oznacza posiadanie certyfikatu w każdej z wymienionych grup, zaś 0 brak certyfikatów w oznaczonych grupach. W wyniku analizy dokumentacji organizacji oceniono ilość posiadanych przez badane placówki certyfikatów i wyróżnień. Największą grupę stanowiły szpitale posiadające certyfikaty z dwóch wyróżnionych grup (37%). W próbie znalazły się także jednostki niedysponujące takimi odznaczeniami (6%) oraz szpitale, które określono w rankingu numerem 4, czyli posiadające certyfikaty w każdym z wyróżnionych obszarów (14%). Warto także dodać, że wśród tej najwyższej ocenionej grupy, oznaczonej jako 4, znalazły się placówki, które w badanym okresie zajmowały w rankingu *Rzeczpospolitej* i CMJ pierwsze oraz czwarte miejsce w kraju. Natomiast w rankingu finansowym *Forbesa*, w którym brano pod uwagę m.in. efektywność aktywów, rentowność sprzedaży oraz dynamikę kontraktu z NFZ, aż cztery placówki z województwa znajdowały się w czołówce swoich kategorii³⁹⁵.

Istnienie zależności pomiędzy wyznaczonymi miernikami osiąganych celów ekonomicznych i społecznych oceniano za pomocą testu nieparametrycznego Kruskala-Wallisa oraz U Manna-Whitney'a (gdy były tylko dwa rodzaje odpowiedzi w danym pytaniu w ankiecie). Zweryfikowano hipotezę H_0 , że rozkład cech: wskaźnik ogólnego zadłużenia, bieżąca płynność finansowa, zysk/strata netto, grupa NFZ i certyfikaty jest taki sam dla odpowiedzi pozytywnej i negatywnej w ankiecie, co oznacza, że brak jest między nimi zależności. Z kolei hipoteza alternatywna H_1 oznacza istnienie związku pomiędzy badanymi cechami, a odpowiedziami w ankiecie. Istotne różnice dla poziomu istotności $p < 0,05$ zaznaczono kolorem czerwonym (załącznik 4).

W pierwszej kolejności zbadano zależności dla cech określających realizację celów finansowych³⁹⁶. Dokonując analizy wskaźnika zadłużenia szpitala silne zależności stwierdzono pomiędzy danym wskaźnikiem, a odpowiedziami na pytania, które przedstawiono w tabeli 25.

³⁹⁴ Rankingi szpitali przeprowadzane w Polsce są coraz bardziej popularną metodą oceny jakości oferowanych przez nie usług, za: J. Graliński, *Ranking szpitali, jako element społeczeństwa obywatelskiego*, [w:] V. Korporowicz (red.), *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2004, s. 199.

³⁹⁵ <http://www.rynekdzwia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Lubelskie-szpitala-wysoko-w-ranking-Forbesa,136957,1.html>, dostęp: 10.11.2014.

³⁹⁶ Wybrane wyniki finansowe także w: M. Cholewa-Wiktor, A. Sitko-Lutek, *Benchmarking...*, op. cit., s. 65–73 oraz M. Cholewa-Wiktor, A. Sitko-Lutek, *Outsourcing...*, op. cit., p. 17–24.

Tabela 25. Zależności między wskaźnikami zadłużenia a odpowiedziami na pytania oraz ich statystyczne miary położenia

Lp.	Odpowiedź	Wartość	Maksimum	Minimum	Średnia	Mediana	IQR	Odchylenie standardowe	Mad	Kurtosa	Skośność
1	A3b	0	138,7503	5,1230	45,6830	30,2528	34,3900	44,7745	19,2182	-0,4604	1,0349
2	A3b	1	512,5144	11,0028	110,3914	81,9220	100,8175	102,8153	65,5160	5,9502	2,1772
3	A6f	0	50,0333	5,1230	23,6768	15,8741	22,4552	23,4499	15,9397	-2,3333	0,2959
4	A6f	1	512,5144	11,0028	102,3438	80,1625	101,1534	97,8224	73,2482	6,9926	2,3085
5	A7b	0	230,4294	5,1230	70,7047	50,3049	78,8522	58,4091	49,5769	0,4713	1,0915
6	A7b	1	512,5144	52,9755	195,1857	176,7994	76,5856	150,4609	34,5468	-0,0128	1,1553
7	A11a	0	192,9903	5,1230	56,9048	44,0876	56,0159	53,0296	40,3590	0,6721	1,2920
8	A11a	1	512,5144	11,0028	121,3984	104,0850	100,5224	110,2775	75,7749	4,7688	2,0236
9	A12a	0	512,5144	5,1230	82,8040	48,3420	80,3470	108,0186	46,6666	8,4776	2,8225
10	A12a	1	230,4294	26,0677	117,2573	104,0850	140,0148	70,7055	79,3315	-1,5546	0,2130
11	A12e	0	512,5144	15,4009	134,1873	105,5853	106,8786	121,1959	77,9993	3,4884	1,9143
12	A12e	1	205,7423	5,1230	66,6611	44,0876	66,9084	60,6966	40,3590	-0,2492	1,0279
13	A19c	0	512,5144	5,1230	83,7658	46,6506	79,8566	112,4495	46,3309	7,2051	2,6406
14	A19c	1	230,4294	18,7065	113,3537	105,9164	91,3813	64,7291	70,2428	-1,3075	0,2648
15	A20b	0	230,4294	11,0028	104,8742	100,6522	100,8175	65,0906	78,3491	-1,2227	0,3409
16	A20b	1	512,5144	5,1230	77,8272	26,6846	42,8505	140,0460	24,3482	4,7551	2,4458
17	A26l	0	512,5144	5,1230	118,7238	92,8161	119,7908	109,9122	72,2449	4,7343	2,0114
18	A26l	1	153,4979	11,0028	56,4698	40,0604	45,7072	49,4607	34,8474	-0,7833	0,9006
19	A26m	0	153,4979	11,0028	58,9656	50,5766	54,1747	44,7936	41,2554	-0,6206	0,8276
20	A26m	1	512,5144	5,1230	130,2009	104,8351	141,4463	118,3839	100,2793	3,2835	1,7225
21	A27a	0	512,5144	5,1230	110,0539	84,9800	94,7878	99,7875	66,5978	6,4387	2,2142
22	A27a	1	41,5245	15,8741	25,7447	21,4674	15,1954	10,6903	6,8223	-1,8498	0,4493
23	A27b	0	230,4294	5,1230	66,4359	36,2773	71,2456	71,7319	30,2498	-0,2087	1,1410
24	A27b	1	512,5144	15,4009	117,4747	94,5325	87,8923	107,6923	65,3632	6,1984	2,3822
25	A29a	0	512,5144	5,1230	79,6428	44,0876	66,0502	105,8533	42,1801	8,8172	2,8702
26	A29a	1	230,4294	50,0333	130,4187	138,7503	91,0806	61,2856	80,4161	-1,4637	0,0646

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zaobserwowano istotne zależności pomiędzy wskaźnikiem zadłużenia, a stosowaniem przez szpitale benchmarkingu zewnętrznego³⁹⁷. Szpitale, które korzystają z benchmarkingu w celu zbierania informacji, miały przeciętnie wskaźnik zadłużenia ponad dwukrotnie większy (110,39) przy odchyleniu standardowym 44,77, niż te, które nie zaznaczyły tej odpowiedzi (45,68) odchylenie standardowe 102,81 dla $p = 0,0278$. Oznacza to, że szpitale z dużym zadłużeniem, chcąc poprawić swoją sytuację, podejmują współpracę z partnerem benchmarkingowym. Kolejną zależność zaobserwowano w pytaniu dotyczącym częstotliwości stosowania benchmarkingu zewnętrznego ($p = 0,0392$). W placówkach, które nigdy nie korzystały z tej koncepcji zarządzania zaobserwowano średnio ponad czterokrotnie wyższy wskaźnik zadłużenia. Może to oznaczać, że stosowanie tego rodzaju benchmarkingu w przeszłości mogło mieć pozytywny wpływ na bieżącą sytuację ekonomiczną. Silną zależność ($p = 0,0057$) odnotowano także względem odpowiedzi dotyczącej formy zbierania informacji w procesie benchmarkingu, jaką jest dostarczenie informacji bezpośrednio od konkurencji. W tym przypadku, przeciętna wartość analizowanego wskaźnika dla szpitali, które zaznaczyły tę odpowiedź wyniosła 195,18 (odchylenie standardowe 150,46), zaś dla tych, które nie wskazały tej odpowiedzi 70,70 (przy odchyleniu standardowym 58,41).

Wynik taki związany jest z pierwszą, opisaną zależnością mówiącą o tym, że w okresie, w którym prowadzono badania, głównie szpitale w gorszej sytuacji ekonomicznej starają się wyszukiwać rozwiązania swoich problemów w działalności konkurencji i właśnie dla tych jednostek podstawowym źródłem informacji jest bezpośrednio porównywana placówka. Szpitale te planują także stosowanie w przyszłości benchmarkingu. Zauważono, że dla szpitali, które chcą kontynuować lub dopiero podjąć takie działanie, wskaźnik zadłużenia był ponad dwukrotnie wyższy (121,39) niż tych, które nie zamierzają korzystać z tej koncepcji (56,905). Oznacza to, że benchmarking traktowany jest przez szpitale jako sposób na poprawę swojego wyniku, a placówki które osiągnęły satysfakcjonujący poziom wskaźnika, nie planują dalszych usprawnień, mimo że nawet jeśli nie mają liderów w branży, mogłyby szukać rozwiązań poza nią.

Ciekawym rezultatem analizy statystycznej jest istnienie istotnej zależności między wskaźnikiem zadłużenia, a wynikami stosowania benchmarkingu. Zauważono, że szpitale, w których zastosowanie benchmarkingu przyniosło wzrost poziomu jakości świadczonych usług, miały przeciętnie o półtora razy niższy wskaźnik zadłużenia niż te, które tych odpowiedzi nie zaznaczyły. Zależności pomiędzy wskaźnikiem zadłużenia, a stosowaniem outsourcingu zaobserwowano pomiędzy korzyścią z jego stosowania, a mianowicie możliwością skupienia się zarządu na podstawowej działalności ($p = 0,0286$) oraz obawą przed możliwością podniesienia cen przez firmę outsourcingową ($p = 0,0149$). Odpowiedź dotyczącą możliwości skoncentrowania się na podstawowej działalności zaznaczyły szpitale, które miały przeciętny wskaźnik zadłużenia wyższy (113,35 przy odchyleniu standardowym 64,729) niż te, które tej korzyści nie zaznaczyły

³⁹⁷ Przedstawione zależności także w: M.Cholewa-Wiktor, A.Sitko-Lutek, *Benchmarking...*, op. cit., s. 70 – 71.

(83,766 przy odchyleniu standardowym 112,449), przy czym warto zaznaczyć, że w tej grupie znalazły się placówki zarówno o najwyższym, jak i najniższym wskaźniku zadłużenia w badanej próbie. Co ciekawe, obawę przed nieoczekiwanym podniesieniem cen przez firmę outsourcingową wykazały placówki o lepszym przeciętnym wskaźniku zadłużenia, przy czym w tym przypadku również w tej grupie znalazły się placówki zarówno o najwyższym, jak i najniższym wskaźniku zadłużenia w badanej próbie.

Istotne statystycznie zależności zauważono także pomiędzy wskaźnikiem zadłużenia a najważniejszymi grupami interesu szpitala. Placówki, które wskazały, że NFZ jest „bardzo ważnym” interesariuszem szpitala miały przeciętnie ponad dwukrotnie niższy wskaźnik zadłużenia (56,469) niż te, które nie zaznaczyły tej odpowiedzi (118,724). Z kolei szpitale, które zaliczyły NFZ jako grupę „ważną” miały średni wskaźnik na poziomie 130,2, podczas gdy placówki, które nie zaznaczyły tej odpowiedzi, osiągnęły ten wskaźnik przeciętnie na poziomie 58,96. Na podstawie analizy tych dwóch przypadków można wnioskować, że placówki, które w hierarchii ważności interesariuszy zaznaczyły wyżej NFZ mają przeciętnie wskaźnik zadłużenia na niższym poziomie, ponieważ w ankiecie nikt z respondentów nie określił NFZ jako grupę „mało ważną” lub „najmniej ważną”.

Zaobserwowano istnienie zależności omawianego wskaźnika vs sposób obniżania kosztów funkcjonowania szpitala. Placówki, które podały zwolnienia pracowników jako sposób na obniżenie kosztów, miały przeciętnie prawie dwukrotnie wyższy wskaźnik zadłużenia (130,41), niż te, które tej odpowiedzi nie zaznaczyły (79,64).

Kolejną cechą ekonomiczną, dla której zbadano zależności była bieżąca płynność finansowa (tabela 26).

Tabela 26. Zależności między wskaźnikami bieżącej płynności a odpowiedziami na pytania oraz ich statystyczne miary położenia

Lp.	Odpowiedź	Wartość	Maksimum	Minimum	Średnia	Mediana	IQR	Odchylenie standardowe	Mad	Kurtoza	Skośność
1	A11a	0	4,072631324	0,34541629	1,490850038	1,05909203	1,297113111	1,101873156	1,013000003	-0,349649303	0,847407236
2	A11a	1	2,610697987	0,03516441	0,673814983	0,482494212	0,458655229	0,570451253	0,268208321	3,777204847	1,920382934
3	A19c	0	4,072631324	0,206066382	1,224078109	0,905952879	1,151342183	0,983202018	0,854630914	0,986455774	1,243199852
4	A19c	1	2,811471829	0,03516441	0,66545535	0,431906715	0,319019975	0,676204127	0,201482017	4,350616444	2,218059129
5	A20b	0	2,811471829	0,03516441	0,70661329	0,584855949	0,498348125	0,58937204	0,374748707	4,856877847	2,170050623
6	A20b	1	4,072631324	0,206066382	1,564159126	1,380489205	1,586622541	1,146471169	1,320537474	-0,578490326	0,642686864
7	A27a	0	4,072631324	0,03516441	0,834066688	0,584855949	0,617495559	0,835374083	0,395433918	5,691236393	2,320450061
8	A27a	1	2,811471829	0,837620489	1,805680207	1,866738463	1,455904241	0,856307356	1,236752785	-2,038565934	-0,056201629
9	A27b	0	2,811471829	0,03516441	1,24484941	0,962911849	1,213467821	0,897594018	0,798545827	-1,230613698	0,550574737
10	A27b	1	4,072631324	0,206066382	0,817463702	0,461003787	0,483725853	0,890127263	0,237844258	6,123534923	2,484541189
11	A29a	0	4,072631324	0,206066382	1,219986086	0,84938537	1,229318241	1,003189044	0,758974241	0,529293977	1,160458693
12	A29a	1	1,209451423	0,03516441	0,522031739	0,424300068	0,345965986	0,328319948	0,181929683	-0,567927988	0,654755269

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Pierwszą zależność dotyczącą wskaźnika bieżącej płynności zaobserwowano między odpowiedzią na pytanie o stosowanie przez badane placówki benchmarkingu w przyszłości ($p = 0,0078$). Jednostki, które nie zamierzają korzystać z tej koncepcji w przyszłości, miały przeciętny wskaźnik na poziomie optymalnym dla szpitali (1,49), zaś te, które chcą w przyszłości stosować to rozwiązanie, miały przeciętny wskaźnik zadłużenia na poziomie akceptowalnym (0,67). Oznacza to, że zastosowaniem benchmarkingu zainteresowane są te placówki, których kondycja finansowa nie jest najlepsza, w związku z czym koniecznym jest wprowadzenie rozwiązań usprawniających funkcjonowanie. Podobnie jak w przypadku wskaźnika zadłużenia, zauważono zależności pomiędzy wskaźnikiem bieżącej płynności a tymi samymi (jak w przypadku poprzedniego wskaźnika) korzyściami i zagrożeniami wynikającymi ze stosowania outsourcingu. Możliwość skoncentrowania się zarządu na podstawowej działalności to korzyść outsourcingu, którą zaznaczały szpitale o gorszym poziomie wskaźnika bieżącej płynności (o przeciętnej wartości 0,67), niż szpitale dla których przeciętna wartość tego wskaźnika była na optymalnym poziomie (1,22). Może to świadczyć o tym, że szpitale w gorszej sytuacji ekonomicznej zauważają konieczność skupienia swoich działań w ramach poprawy funkcjonowania podstawowych obszarów działalności, których usprawnianie może wpłynąć pozytywnie także na efekty ekonomiczne (zamiast zajmować się procesami pomocniczymi). Istotną statystycznie zależność zaobserwowano także między wskaźnikiem bieżącej płynności a sposobem obniżania kosztów funkcjonowania szpitala. Szpitale, w których zwolnienia pracowników są składową działań mających na celu obniżenie kosztów funkcjonowania, miały przeciętny wskaźnik bieżącej płynności na poziomie 0,522, podczas gdy jednostki nie stosujące tej formy obniżania kosztów osiągnęły przeciętnie wartość wskaźnika na poziomie 1,2199 (optymalna wartość).

Ostatnim wskaźnikiem ekonomicznym, który poddano ocenie był osiągnięty zysk/strata netto w 2011 r. (tabela 27).

Tabela 27. Zależności między wskaźnikami zysk/strata netto a odpowiedziami na pytania oraz ich statystyczne miary położenia

Lp.	Odpowiedź	Wartość	Maksimum	Minimum	Średnia	Mediana	IQR	Odchylenie standardowe	Mad	Kurtoza	Skośność
1	aaA6hA A6h	0	818389,91	-16681747,7	-2122814,7034375	-487282,905	3195353,7325	3709501,76723103	1273147,175013	5,60952074932477	-2,29793612504538
2	A6h	1	966314,13	225818,45	580894,27	550550,23	370247,84	371179,247261086	481447,337028	-2,33333333333333	0,0812040201105349
3	A9g	0	550550,23	-16681747,7	-2192528,59290323	-659980,9	3379190,325	3748053,52462602	1455257,74254	5,35202400844353	-2,25324746247758
4	A9g	1	966314,13	-1995,78	445249,67	408340,165	857152,095	519789,339985798	608151,911997	-2,40743662909057	0,0261236023659231
5	A11a	0	966314,13	-4154392,4	-316916,306428571	68277,795	907479,69	1305062,50480287	567761,662587	2,56934873645208	-1,75583184270238
6	A11a	1	550550,23	-16681747,7	-2940502,82904762	-1418646,85	4350429,3	4283328,58587143	2238364,09734	2,78130617862041	-1,77428757506788
7	A12e	0	451315,08	-16681747,7	-3306709,95533333	-1952362,34	3974803,945	4742891,21885385	2898452,413962	1,77935985425504	-1,63439189954321
8	A12e	1	966314,13	-6740000	-829336,9185	-1852,68	1089622,2525	2043759,74733018	491645,289933	1,62762178995934	-1,66416206902257
9	A18c	0	966314,13	-16681747,7	-2185227,87387097	-659980,9	3333419,99	3755344,1668089	1455257,74254	5,31060119493755	-2,24072013049079
10	A18c	1	818389,91	2617,03	388669,0975	366834,725	330663,7525	341039,350575792	332619,864465	-1,95667722150799	0,131478711716213
11	A24e	0	337938,05	-16681747,7	-4497710,936	-2509968,855	5886465,3225	5596379,79159915	3914194,016607	-0,401762755923686	-0,981615457265587
12	A24e	1	966314,13	-5087872,61	-848411,1336	-1995,78	1857692,59	1706593,16242666	672078,681036	0,110395695582773	-1,19246029394448
13	A24f	0	282354,37	-10982360,4	-5336454,208	-5087872,61	2585607,6	4088895,64198292	2449444,068414	-1,55566033908056	-0,0107567015743185
14	A24f	1	966314,13	-16681747,7	-1316837,222	-14277,785	1770708,4175	3273596,16277998	763850,998344	13,289678781515	-3,46311947923267
15	A26h	0	966314,13	-16681747,7	-2532549,08115385	-1094601,97	4083949,8575	4013512,9545871	2078551,263012	3,86550630258041	-1,95760651964427
16	A26h	1	550550,23	-1418646,85	-37901,2877777778	2617,03	227528,03	568364,832176276	246224,247948	1,06402043173852	-1,38875342601435
17	A27c	0	966314,13	-6740000	-1110063,71444444	-1995,78	2097253,39	2107410,14148183	819204,714426	0,211615497325408	-1,22190307486109
18	A27c	1	-431,62	-16681747,7	-4526958,42625	-2235896,485	5169754,825	6087168,75533648	2960566,215243	-0,745823478177135	-0,986552287168273

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zaobserwowano istotne zależności pomiędzy osiągniętym zyskiem/stratą netto a częstotliwością stosowania przez szpitale benchmarkingu zewnętrznego. Szpitale, które korzystają z benchmarkingu zewnętrznego „czasami” miały przeciętnie zysk na poziomie 580894,27 zł, zaś szpitale, które nie zaznaczyły tej odpowiedzi, osiągnęły przeciętnie stratę na poziomie 2122814,7 zł (dla $p = 0,013$). Oznacza to, że szpitale korzystające z benchmarkingu zewnętrznego w pewnej cykliczności odniosły lepszy wynik finansowy. Kolejną zależność ($p = 0,038$) stwierdzono między omawianym wskaźnikiem a przeszkodą w stosowaniu benchmarkingu w placówce służby zdrowia, jaką jest brak czasu. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które zaznaczały tę odpowiedź miały przeciętny zysk netto na poziomie 445249,67 zł (wartość minimalna w tej grupie wyniosła – 1995,78), zaś placówki, które nie wskazały tej przeszkody, osiągnęły średnią stratę z działalności w wysokości 2192528,59. Istotną zależność zysku/straty netto z działaniami dotyczącymi benchmarkingu zaobserwowano także z przyszłymi planami placówki dotyczącymi stosowania benchmarkingu ($p = 0,0105$) oraz efektów takich, jak: wzrost poziomu jakości wynikający ze stosowania tej koncepcji ($p = 0,0455$). Szpitale, które w przyszłości nie zamierzają korzystać z benchmarkingu osiągnęły w 2011 r. przeciętnie stratę na poziomie 2940502,82 zł, podczas gdy szpitale, które nie zaznaczyły tej odpowiedzi, osiągnęły średnią stratę w wysokości 316916,306 zł³⁹⁸. Wynik ten jest o tyle ciekawy, że placówki z lepszym wynikiem finansowym, czyli w tym przypadku mniejszą stratą, bardziej dostrzegają możliwości poprawy sytuacji wynikające ze stosowania benchmarkingu niż jednostki z większą stratą. Natomiast odpowiedź dotyczącą uzyskania wzrostu poziomu jakości oferowanych przez szpital usług w wyniku działań benchmarkingowych zaznaczyły jednostki ze średnim wynikiem – 82933,6 zł (średni wyniki placówek, które nie zaznaczyły tej odpowiedzi wyniósł – 3306709,95). Można zatem wnioskować, że szpitale, które stosowały benchmarking i wpłynął on pozytywnie na jakość usług osiągnęły lepszy wynik finansowy w badanym okresie. Sprzedaż obiektów, pomieszczeń i sprzętu wykorzystywanego uprzednio przez szpital do usług zleconych firmie outsourcingowej spowodowała poprawę wyniku finansowego jednostki. Placówki, które dokonały takiej sprzedaży osiągnęły przeciętny wynik z działalności w wysokości 366834,725 zł, zaś szpitale, które nie podjęły takich działań, osiągnęły przeciętnie stratę 2185277,87 zł. Pomiedzy omawianym wskaźnikiem a efektami stosowania outsourcingu zaobserwowano zależności dotyczące: wzrostu poziomu jakości oferowanych przez szpital usług oraz wzmocnienia pozycji konkurencyjnej na rynku. Zarówno w pierwszym jak i w drugim przypadku szpitale, które zaznaczyły tę odpowiedź, osiągnęły w danym okresie przeciętnie niższą stratę niż placówki, w których nie zaobserwowano tych rezultatów. Kolejną zależność od zysku/straty netto zaobserwowano z pytaniem dotyczącym najważniejszych grup interesariuszy. Szpitale, dla których pracownicy były „ważną” grupą, co ciekawe osiągnęły przeciętnie mniejszą stratę (strata na poziomie 37901,29 zł), niż placówki w których tej odpowiedzi nie za-

³⁹⁸ *Ibidem*.

znaczono (przeciętna strata 2532549,08 zł). W szpitalach, które nie zaznaczyły tej odpowiedzi, pracownicy są najprawdopodobniej grupą „bardzo ważną” lub „najważniejszą”, ponieważ nikt z respondentów nie określił pracowników jako grupę „mało ważną” lub „najmniej ważną”. Można zatem domniemać, że w placówkach, które zachowują szczególną dbałość o pracownika niestety wyniki finansowe są gorsze, co zapewne wynika to z kosztów wynagrodzeń, które w szpitalach stanowią zazwyczaj ponad 50% kosztów całkowitych. Istotną statystycznie zależność zaobserwowano również między wynikiem finansowym w danym okresie, a narastaniem zadłużenia szpitala w stosunku do roku poprzedniego ($p = 0,037$). Szpitale, w których długi narastają, uzyskały przeciętnie czterokrotnie większą stratę z prowadzonej działalności.

Realizację celów społecznych mierzono dwoma wskaźnikami: przynależnością do grupy NFZ oraz posiadanymi certyfikatami. Zależności między odpowiedziami udzielonymi w zadanych pytaniach a przynależnością do grupy NFZ oraz ich główne statystyki opisowe umieszczono w tabeli 29. Pierwszą zaobserwowaną zależnością jest związek między przynależnością do grupy NFZ a korzystaniem z benchmarkingu w obszarze strategii. Szpitale, które korzystają z benchmarkingu w tym obszarze, miały przeciętnie o jeden stopień wyższą grupę NFZ (2,66 przy odchyleniu standardowym 0,577), niż te, które tej odpowiedzi nie zaznaczyły (1,906 przy odchyleniu 0,588). Ponadto szpitale, które stosują benchmarking wewnętrzny, „często” miały przeciętny współczynnik przynależności do grupy NFZ o jeden punkt wyższy, niż te, które tej odpowiedzi nie zaznaczyły. Zauważono zależność omawianego wskaźnika od motywu stosowania benchmarkingu, jakim jest podniesienie pozycji konkurencyjnej. Szpitale, dla których motywem podjęcia działań benchmarkingowych było podniesienie pozycji konkurencyjnej, osiągnęły przeciętnie omawiany wskaźnik na poziomie 2,66, podczas gdy jednostki, które nie udzieliły takiej odpowiedzi, miały średni wskaźnik przynależności do grupy NFZ na poziomie 1,9. Istotne zależności zaobserwowano również między przynależnością do danej grupy NFZ a stosowaniem w procesie benchmarkingu następujących etapów: wybór partnera benchmarkingu ($p = 0,043$) oraz monitorowanie efektów benchmarkingu ($p = 0,029$). W obu przypadkach szpitale, które realizowały te etapy benchmarkingu należały do wyższej grupy NFZ, a więc posiadały wyższy kontrakt z NFZ. Istotną statystycznie zależność zauważono także między grupą NFZ (wysokością kontraktu), a kompleksowością procedury wdrażania benchmarkingu. Szpitale, w których w procesie benchmarkingu zdefiniowano więcej etapów, zgodnych z propozycjami podanymi w literaturze, osiągały przeciętnie przynależność do grupy NFZ na poziomie 2,75, zaś te, które nie stosowały rozwiązań kompleksowych 1,871 (wprowadzały tylko niektóre, wybrane etapy). W obszarze prowadzenia przez szpital działań outsourcingowych zaobserwowano zależności dotyczące głównych korzyści ze stosowania tej metody, tj.: możliwości podniesienia jakości usług pozamedycznych, redukcji personelu. Co ciekawe, odpowiedź pierwszą, jednoznacznie sugerującą koncentrowanie się na zagadnieniach jakościowych, zaznaczały jednostki posiadające niższy kontrakt z NFZ, dla których przeciętna wartość omawianej zmiennej wynosiła: podniesienia ja-

kości usług pozamedycznych 1,714 (vs. 2,142 dla jednostek, które nie wybrały tej odpowiedzi). Z kolei redukcję personelu jako jedną z głównych zalet outsourcingu doceniają przede wszystkim jednostki o przeciętnej przynależności do wyższej grupy NFZ 2,6 (vs. 1,86 dla jednostek nieudzielających tej odpowiedzi). Związki dotyczące omawianej zmiennej zauważono także z rezultatami działań outsourcingowych takich, jak: wzrost poziomu satysfakcji pacjentów oraz wzrost poziomu jakości oferowanych przez szpital usług. Wzrost poziomu jakości odnotowały szpitale, które posiadały przeciętnie wyższy kontrakt (2,3), nie wiązało się to jednak z poprawą satysfakcji pacjentów (tę odpowiedź zaznaczyły jednostki o średnim niższym kontrakcie). Może wydawać się to alogiczne, zwłaszcza w sytuacji, gdy w wielu specjalnościach popyt na usługi medyczne przewyższa posiadany przez jednostkę kontrakt, dlatego teoretycznie pacjenci jednostki z większym kontraktem powinni być bardziej zadowoleni. Niemniej jednak wyższe kontrakty posiadają zazwyczaj jednostki większe, udzielające świadczeń specjalistycznych w dużej liczbie specjalności, przez co liczba pacjentów jest nieproporcjonalnie duża, co wiąże się także często z wyrobieniem kontraktu przed zakończeniem roku rozliczeniowego. Biorąc pod uwagę najważniejsze grupy interesariuszy, zaobserwowano zależność między omawianą zmienną a znaczeniem dla organizacji jej pracowników. Szpitale, które zaznaczyły odpowiedź, że pracownicy są „najważniejszą” grupą interesu szpitala, miały przeciętnie omawiany wskaźnik na poziomie 2,666, zaś te, dla których pracownicy byli grupą mniej ważną („bardzo ważną” lub „ważną”), osiągnęli przeciętnie 1,906. Zaobserwowano również logiczne zależności pomiędzy grupą NFZ a wielkością szpitala. Szpitale, które zatrudniały więcej niż 501 pracowników oraz dysponowały więcej niż 501 łóżkami, posiadały średnio wyższy kontrakt, niż szpitale mniejsze.

Tabela 28. Zależności między grupą NFZ a odpowiedziami na pytania oraz ich statystyczne miary położenia

Lp.	Odpowiedź	Wartość	Maksimum	Minimum	Średnia	Mediana	IQR	Odchylenie standardowe	Mad	Kurtzoza	Skośność
1	A5a	0	3	1	1,90625	2	0	0,588018816903216	0	-0,269109701779764	0,00630413759568919
2	A5a	1	3	2	2,66666666666667	3	0,5	0,577350269189626	0	-2,33333333333333	-0,38490017945975
3	A6e	0	3	1	1,86666666666667	2	0	0,571346463723366	0	-0,2144620776301	-0,0254183628111542
4	A6e	1	3	2	2,6	3	1	0,547722557505166	0	-2,25333333333333	-0,292118697336089
5	A8f	0	3	1	1,90625	2	0	0,588018816903216	0	-0,269109701779764	0,00630413759568919
6	A8f	1	3	2	2,66666666666667	3	0,5	0,577350269189626	0	-2,33333333333333	-0,38490017945975
7	A10d	0	3	1	1,90625	2	0	0,588018816903216	0	-0,269109701779764	0,00630413759568919
8	A10d	1	3	2	2,66666666666667	3	0,5	0,577350269189626	0	-2,33333333333333	-0,38490017945975
9	A10g	0	3	1	1,85714285714286	2	0,25	0,590936840285279	0	-0,392330072524878	0,0211920974305373
10	A10g	1	3	2	2,42857142857143	2	1	0,534522483824849	0	-2,20408163265306	0,229081064496365
11	A11a	0	3	1	1,64285714285714	2	1	0,633323693776651	0,7413	-0,988310974605642	0,344310230002694
12	A11a	1	3	1	2,19047619047619	2	0	0,511766315719159	0	-0,101253724630349	0,3061333333291271
13	A10	0	3	1	1,87096774193548	2	0	0,562253530231749	0	-0,124442165746929	-0,0475903486512338
14	A10	1	3	2	2,75	3	0,25	0,5	0	-1,6875	-0,75
15	A15g	0	3	1	1,86666666666667	2	0	0,571346463723366	0	-0,2144620776301	-0,0254183628111542
16	A15g	1	3	2	2,6	3	1	0,547722557505166	0	-2,25333333333333	-0,292118697336089
17	A19b	0	3	1	2,14285714285714	2	0	0,573211504221111	0	-0,302058819747181	0,0309593034956045
18	A19b	1	3	1	1,71428571428571	2	1	0,611249845502127	0	-0,908534001836029	0,153190149119911
19	A19j	0	3	1	1,86666666666667	2	0	0,571346463723366	0	-0,2144620776301	-0,0254183628111542
20	A19j	1	3	2	2,6	3	1	0,547722557505166	0	-2,25333333333333	-0,292118697336089
21	A24b	0	3	1	2,11538461538462	2	0	0,588348405414552	0	-0,329224194608809	-0,00670482513292949
22	A24b	1	2	1	1,55555555555556	2	1	0,52704627669473	0	-2,17037037037037	-0,187394231713682
23	A24e	0	3	1	1,84	2	1	0,62449979983984	0	-0,652373964497041	0,0977520791228591
24	A24e	1	3	2	2,3	2	0,75	0,483045891539648	0	-1,57285714285714	0,745270804089744
25	A26f	0	3	1	1,90625	2	0	0,588018816903216	0	-0,269109701779764	0,00630413759568919
26	A26f	1	3	2	2,66666666666667	3	0,5	0,577350269189626	0	-2,33333333333333	-0,38490017945975
27	A30d	0	2	1	1,73076923076923	2	0,75	0,452344320861205	0	-1,0744205187525	-0,981082245939571
28	A30d	1	3	2	2,66666666666667	3	1	0,5	0	-1,81481481481482	-0,592592592592592
29	A31d	0	3	1	1,86363636363636	2	1	0,710161252342737	0,7413	-1,1137451706653	0,176209903106334
30	A31d	1	3	2	2,15384615384615	2	0	0,375533808099405	0	0,989241527703069	1,701719633905

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ostatnią analizowaną zmienną społeczną były posiadane przez placówkę służby zdrowia certyfikaty (tabela 29). Stwierdzono związek pomiędzy ilością posiadanych certyfikatów a stosowaniem benchmarkingu procesów. Szpitale, które stosowały ten rodzaj benchmarkingu miały przeciętnie liczbę certyfikatów na poziomie 3,2 (przy odchyleniu standardowym 0,836), podczas gdy jednostki, które nie stosowały tego rodzaju benchmarkingu miały średnio 1,86 (przy odchyleniu standardowym 1,01). Silne zależności zaobserwowano również dokonując analizy motywów podejmowania działań benchmarkingowych takich, jak: zdobycie nowej wiedzy ($p = 0,0024$) oraz przeprojektowanie struktury, procesów czy działań ($p = 0,0065$). W obu przypadkach szpitale, które kierowały się w procesie podejmowania działań benchmarkingowych wymienionymi powyżej potrzebami posiadały omawiany współczynnik na wyższym poziomie. Oznacza to, że placówki dbające o jakość działalności mają większą świadomość możliwości doskonalenia i dalej chcą to robić poprzez poszukiwanie najlepszych rozwiązań. Z kolei biorąc pod uwagę motywy stosowania outsourcingu, zaobserwowano zależności dotyczące:

- chęć skupienia się na podstawowej działalności – ten motyw wybierany był w szpitalach, które posiadały przeciętnie większą liczbę certyfikatów potwierdzających jakość działania,
- chęć podniesienia jakości świadczonych usług – ta odpowiedź dominowała w placówkach o niższej średniej dotyczącej ilości posiadanych certyfikatów, co oznacza, że rzeczywiście posiadane certyfikaty i akredytacje świadczą o jakości usług, dlatego w placówkach, które ich nie posiadają, głównym motywem działań outsourcingowych jest właśnie zwiększenie jakości.

Istnienie zależności analizowanej zmiennej i korzyści związanych ze stosowaniem outsourcingu zaobserwowano w przypadku odpowiedzi dotyczącej poprawy wizerunku szpitala. Ten aspekt miał szczególne znaczenie dla jednostek o bardzo małym średnim współczynniku posiadanych certyfikatów (0,666). Dla porównania korzyść ta nie miała większego znaczenia dla szpitali posiadających przeciętnie omawiany współczynnik na poziomie 2,187. Zapewne wynika to z faktu, iż posiadanie akredytacji i certyfikatów ma na tyle silny wpływ na wizerunek placówki, że nie upatruje ona w działaniach outsourcingowych tego rodzaju korzyści. Analogicznie w szpitalach o mniejszym średnim współczynniku certyfikatów jako efekt outsourcingu podawany jest wzrost poziomu satysfakcji pacjentów. Prawdopodobnie jest to wynikiem sytuacji, gdzie współpraca z partnerami zewnętrznymi zwiększa jakość wykonywanych działań, które sprawowane samodzielnie nie posiadają satysfakcjonującej jakości (o niskiej jakości może świadczyć niemożność otrzymania akredytacji i certyfikatów). Istotny związek stwierdzono także w pytaniu dotyczącym rangowania grup interesariuszy. W szpitalach o wyższym przeciętnym wskaźniku certyfikatów NFZ uznawano jako grupę „bardzo ważną”. Ponadto, w placówkach tych w celu obniżania kosztów funkcjonowania stosowano: rozszerzenie działalności, zwiększanie kontraktów, wprowadzenie limitów lub ograniczenie wydatków pozamedycznych.

Warto zaznaczyć, że posiadana liczba akredytacji i certyfikatów uzależniona jest od wielkości szpitala:

- szpitale zatrudniające >501 osób miały przeciętnie prawie dwukrotnie wyższy wskaźnik certyfikatów (dla $p = 0,0026$),
- szpitale dysponujące powyżej 501 łózkami dla chorych również miały przeciętny wskaźnik certyfikatów większy (2,23), niż szpitale posiadające mniej łózek (1,95) (dla $p = 0,025$).

W celu określenia zależności pomiędzy ogólnym wynikiem ekonomicznym oraz społecznym, a korzystaniem przez szpital z benchmarkingu oraz outsourcingu utworzono dwa wskaźniki ogólne. Pierwszy wskaźnik ogólny dotyczył obszaru ekonomicznego i przyjęto, że szpital posiada dobrą kondycję finansową, a więc wskaźnik ekonomiczny ogólny równy jest 1 wówczas, gdy spełnia następujące warunki:

- zysk/strata netto >0,
- bieżąca płynność finansowa >0,6,
- wskaźnik ogólnego zadłużenia < 0,8.

W przypadku braku spełnienia któregokolwiek z postawionych warunków wskaźnik ekonomiczny oceniany jest jako niewystarczający i ma wartość 0.

Z kolei czynnik społeczny oceniono na podstawie zsumowania wartości ocenianych wskaźników: grupa NFZ oraz posiadane certyfikaty. W związku z tym, że dla współczynnika: grupa NFZ wartość wskaźnika mogła wynosić od 1 do 3, zaś dla zmiennej: posiadane certyfikaty od 0 do 4, wyniki dla ogólnego czynnika społecznego mogły osiągać wartości z przedziału od 1 do 7. Przyjęto, że dla wartości 5,6 i 7 czynnik społeczny jest zadowalający (równy 1), zaś dla wyników 1,2,3 i 4 niewystarczający (równy 0).

Do zbadania istnienia zależności pomiędzy odpowiedziami w ankiecie a ogólnymi współczynnikami (ekonomicznym i społecznym), został użyty test χ^2 wzmocniony metodami Monte Carlo. Zweryfikowano hipotezę H_0 , że nie ma różnicy pomiędzy odpowiedziami w ankiecie dla szpitali, które miały wskaźnik ekonomiczny lub społeczny równy 0 i 1, co oznacza, że nie występują między nimi zależności. Hipoteza alternatywna H_1 oznacza istnienie korelacji pomiędzy badanymi czynnikami a odpowiedziami w ankiecie. Istotne statystycznie różnice dla $p < 0,05$ przedstawiono kolorem czerwonym w tabeli 30.

Tabela 29. Zależności między posiadanymi przez szpital certyfikatami a odpowiedziami na pytania oraz ich statystyczne miary położenia

Lp.	Odpowiedź	Wartość	Maksimum	Minimum	Średnia	Mediana	IQR	Odczylenie standardowe	Mad	Kurtoza	Skosność
1	A5b	0	4	0	1,86666666666667	2	1	1,00801386598746	1,4826	-0,448180899926973	0,255728404614014
2	A5b	1	4	2	3,2	3	1	0,836660026534076	1,4826	-1,81795918367347	-0,245875599634504
3	A8a	0	4	0	1,79310344827586	2	1	0,94033847997136	1,4826	-0,41614130470032	0,150303241365749
4	A8a	1	4	2	3,33333333333333	3,5	1	0,816496580927726	0,7413	-1,58333333333333	-0,476289672207841
5	A8d	0	4	0	1,77777777777778	2	1	0,974021534011414	1,4826	-0,578798017236455	0,190010134672826
6	A8d	1	4	2	3	3	2	0,925820099772551	1,4826	-1,97916666666667	0
7	A15b	0	4	0	1,77272727272727	2	1	1,10977553207923	1,4826	-0,643244024179554	0,42875688877472
8	A15b	1	4	1	2,53846153846154	2	1	0,877058019307029	1,4826	-0,996213017751479	0,234781685168344
9	A15c	0	4	1	2,63636363636364	3	1	1,02691063610494	1,4826	-1,22844704749364	-0,333016096456039
10	A15c	1	4	0	1,79166666666667	2	1	1,0262072615966	1,4826	-0,112008333333334	0,399402910837146
11	A16r	0	4	0	1,9375	2	1,25	1,0453429750488	1,4826	-0,492970162166739	0,283404773539098
12	A16r	1	4	3	3,33333333333333	3	0,5	0,577350269189626	0	-2,33333333333333	0,38490017945975
13	A19f	0	4	0	2,1875	2	1,25	1,0297979758029	1,4826	-0,692198904923991	0,151570137434712
14	A19f	1	1	0	0,66666666666667	1	0,5	0,577350269189626	0	-2,33333333333333	-0,38490017945975
15	A24b	0	4	0	2,30769230769231	2	1	1,08698595277881	1,4826	-0,865424823949088	-0,0606030188422489
16	A24b	1	2	0	1,33333333333333	1	1	0,707106781186548	1,4826	-1,22222222222222	-0,419026240703139
17	A25a	0	4	1	2,8888888888889	3	2	1,05409255338946	1,4826	-1,33037037037037	-0,381815747116626
18	A25a	1	4	0	1,82608695652174	2	1	0,886882892394556	1,4826	-0,0188349962902636	0,320940675482301
19	A26l	0	4	0	1,90909090909091	2	1	1,01929438287525	1,4826	-0,450658574380165	0,42779958992635
20	A26l	1	4	0	2,30769230769231	2	1	1,18213192894698	1,4826	-0,968720382451421	-0,272776714907902
21	A26s	0	4	2	3,16666666666667	3	0,75	0,752772652709081	0,7413	-1,53662053056517	-0,173649977556881
22	A26s	1	4	0	1,82758620689655	2	1	1,00246002831753	1,4826	-0,314548369533167	0,332119955291136
23	A26x	0	4	0	1,86206896551724	2	1	1,05978899284698	1,4826	-0,3559965766472	0,437128794033561
24	A26x	1	4	2	3	3	0	0,632455532033676	0	-1,57285714285714	0
25	A29e	0	4	0	1,86206896551724	2	1	1,05978899284698	1,4826	-0,3559965766472	0,437128794033561
26	A29e	1	4	2	3	3	0	0,632455532033676	0	-0,916666666666667	0
27	A30b	0	4	1	2,30769230769231	2	1	1,01071185880965	1,4826	-1,09002442363737	0,285668835781897
28	A30b	1	3	0	1,33333333333333	1	1	1	1,4826	-1,37037037037037	0,0740740740740743
29	A30d	0	4	0	1,73076923076923	2	1	0,961569230276939	1,4826	-0,414810274873754	0,267238344708434
30	A30d	1	4	2	3	3	2	0,866025403784439	1,4826	-1,81481481481481	0
31	A31d	0	4	0	1,95454545454545	2	1,75	0,950051263141838	1,4826	-0,597867327162112	0,0841108570856808
32	A31d	1	4	0	2,23076923076923	2	2	1,30088727117598	1,4826	-1,34133698469363	0,0272913413533422

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tabela 30. Zależności istotne statystycznie pomiędzy ogólnym wskaźnikiem ekonomicznym i społecznym a odpowiedziami w ankiecie zweryfikowane za pomocą testu χ^2

Lp.	Numer odpowiedzi	E 00	E 01	E 10	E 11	S 00	S 01	S 10	S 11	$\chi^2 E$	$\chi^2 Ep$	$\chi^2 S$	$\chi^2 Sp$
1	A12b	22	5	3	5	17	7	8	3	5,84954	0,028486	2,78E-31	1
2	A18c	26	1	5	3	22	2	9	2	6,96367	0,027986	0,077247	0,78106
3	A21f	26	1	5	3	23	1	8	3	6,96367	0,027986	2,023117	0,15492
4	A27a	25	2	4	4	20	4	9	2	7,88208	0,017991	1,05E-31	1
5	A5b	23	4	7	1	23	1	7	4	0,02701	1	4,026989	0,04478
6	A6e	23	4	7	1	23	1	7	4	0,0271	1	4,026989	0,04478
7	A6k	9	18	3	5	5	19	7	4	0,04755	1	4,380884	0,03634
8	A8d	20	7	7	1	22	2	5	6	0,63089	0,65617	6,702594	0,00963
9	A10a	23	4	7	1	23	1	7	4	0,02701	1	4,026989	0,04478
10	A10g	22	5	6	2	22	2	6	5	0,16204	1	4,383286	0,03629
11	A15g	23	4	7	1	23	1	7	4	0,02701	1	4,026989	0,04478
12	A19j	23	4	7	1	23	1	7	4	0,02701	1	4,02699	0,04478
13	A24f	23	4	7	1	23	1	7	4	0,02701	1	4,026989	0,04478

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Zależności pomiędzy łączonym wskaźnikiem ekonomicznym zaobserwowano w odpowiedzi dotyczącej wzrostu poziomu satysfakcji pacjentów w związku ze stosowaniem benchmarkingu. W wyniku analizy proporcji odpowiedzi można stwierdzić, że szpitale posiadające wskaźnik ekonomiczny na dobrym poziomie (=1) częściej osiągały ten efekt benchmarkingu. W obszarze outsourcingu stwierdzono istotne korelacje wskaźnika ekonomicznego z:

- przeznaczeniem dotychczas wykorzystywanego sprzętu oraz obiektów związanych z działalnością zleconą firmie zewnętrznej – szpitale z dobrym współczynnikiem ekonomicznym częściej sprzedawały te aktywa,
- szpitale ze wskaźnikiem ekonomicznym ogólnym równym 1 częściej zarządzały relacjami z firmą outsourcingową.

Dokonując analizy wpływu czynnika społecznego na odpowiedzi w ankiecie w obszarze benchmarkingu, stwierdzono następujące istotne zależności:

- benchmarking procesów rzadziej stosowany jest przez szpitale, które uzyskały ocenę czynnika społecznego na poziomie 0,
- benchmarking wewnętrzny stosowany jest częściej przez szpitale z dobrym wynikiem wskaźnika społecznego,
- szpitale ze złym wynikiem wskaźnika społecznego nigdy nie stosują benchmarkingu ogólnego,
- jedną z najważniejszych przyczyn stosowania benchmarkingu w szpitalach z dobrym wskaźnikiem społecznym jest chęć przeprojektowania struktury, procesów czy działań,
- szpitale ze wskaźnikiem społecznym równym 1 w procesie benchmarkingu częściej realizowały następujące obszary benchmarkingu: określenie obszaru usprawnień oraz monitorowanie efektów.

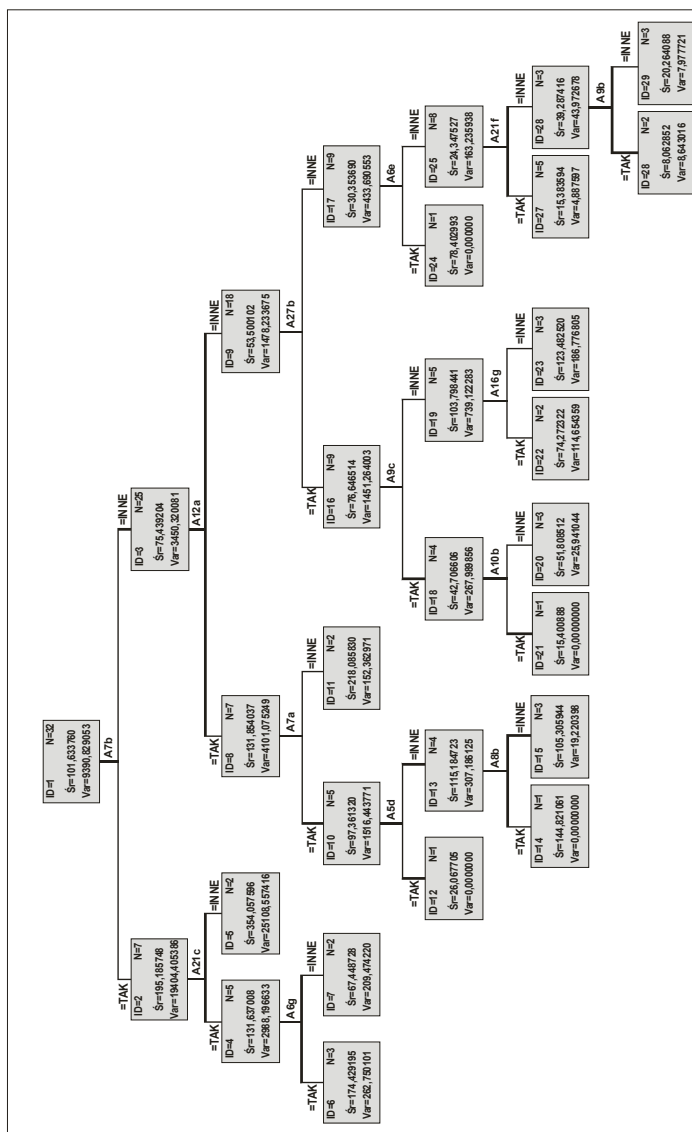
Z kolei w obszarze outsourcingu dla łączonego wskaźnika społecznego o wartości równej 1 zaobserwowano następujące zależności:

- motywem korzystania z outsourcingu była chęć uproszczenia struktury organizacyjnej (częściej niż w przypadku, gdy wskaźnik społeczny wynosił 0),
- jedną z korzyści z zastosowania outsourcingu była redukcja zatrudnienia pracowników w szpitalu,
- jako jeden z efektów outsourcingu szpitale te częściej podają wzmocnienie pozycji konkurencyjnej na rynku.

Analiza wskaźników łączonych wykazała, że istnieją zależności pomiędzy stosowaniem benchmarkingu i outsourcingu, a wynikami placówki. Częściej zależności te można zaobserwować dla czynnika społecznego, który obrazuje orientację jakościową jednostek.

Jako graficzne uzupełnienie uzyskanych wyników zaobserwowane zależności przedstawiono za pomocą drzewa regresji stworzonego w programie STATISTICA (rysunek 20). Jako kryterium analizy wybrano wskaźnik zadłużenia ogółem. Na wybór tego wskaźnika wpłynęła zła sytuacja ekonomiczna i problemy finansowe większości pla-

160



Rysunek 20. Drzewo regresji dla wskaźnika ogólnego zadłużenia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Załączony rysunek obrazuje rozkład odpowiedzi wraz ze średnią wartością wskaźnika ogólnego zadłużenia dla poszczególnych wariantów. Drzewo rozpoczyna się jednym ze sposobów zbierania przez szpital informacji w procesie benchmarkingu. Szpitale, które uzyskiwały informacje bezpośrednio od konkurencji, posiadały wyższy przeciętny wskaźnik zadłużenia. Potwierdza to wcześniej zaprezentowany wniosek, że głównie szpitale o gorszej kondycji finansowej chcą korzystać z benchmarkingu, widząc w tym działaniu możliwość dorównania szpitalom o lepszej sytuacji. Ponadto, główne zależności dotyczące szpitali mających niższy wskaźnik zadłużenia to:

- korzystały z benchmarkingu metod zarządzania,
- jako jedną z najważniejszych przeszkód w procesie benchmarkingu podają brak chęci współpracy liderów oraz brak przedsięwzięć innych, niż szpitale mogące posłużyć za wzorzec,
- w procesie benchmarkingu rozpoczęły od analizy własnej organizacji,
- w procesie outsourcingu stosowały ocenę dostawców oraz zarządzały relacjami z firmą outsourcingową.

Zatem graficzna ilustracja wyników dokonana w programie STATISTICA pozwoliła na zobrazowanie głównych zależności zaobserwowanych względem wskaźnika ogólnego zadłużenia, a wygenerowane relacje uzupełniły zaprezentowane w niniejszym rozdziale wnioski.

5.5. Zastosowanie benchmarkingu i outsourcingu w Szpitalu specjalistycznym X – studium przypadku ³⁹⁹

Początki Szpitala Specjalistycznego sięgają lat 70. ubiegłego wieku, a jego budowa trwała blisko dwie dekady. W 1990 roku utworzono Szpital – jako jednostkę budżetową podległą Wojewodzie. Pierwsze oddziały – chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych i izbę przyjęć, uruchomiono w 1992 r. Decyzją Wojewody, Szpital został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, jako publiczny zakład opieki zdrowotnej. W kolejnych latach (1996–1998) dokonano przekształceń Szpitala Wojewódzki Szpital Specjalistyczny X Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

Misja Placówki brzmi: „Warto służyć każdemu człowiekowi i dla każdego warto się poświęcić”. Zgodnie ze Statutem, Szpital Specjalistyczny X Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190), innych przepisów obowiązującego prawa oraz przyjętego Statutu, którego celem jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia.

³⁹⁹ W studium przypadku nie wyrażono zgody na podanie nazwy badanego szpitala dlatego będzie on określany jako szpital X, a dla zachowania anonimowości niektóre dane zostały zmienione lub zaprezentowane w ograniczonym zakresie.

Do zadań Szpitala Specjalistycznego SP ZOZ w należy przede wszystkim udzielanie stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, a także realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażania nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Udzielane świadczenia zdrowotne obejmują, zgodnie ze Statutem, leczenie stacjonarne oraz ambulatoryjne specjalistyczne, pomoc doraźną i medycynę ratunkową, rehabilitację leczniczą, diagnostykę laboratoryjną i obrazową, programy zdrowotne, a także podstawową opiekę zdrowotną.

Organami Szpitala Specjalistycznego X są Dyrektor, który kieruje jednostką i reprezentuje ją na zewnątrz oraz Rada Społeczna, w skład której wchodzi: Marszałek Województwa lub osoba przez niego wyznaczona jako przewodniczący, przedstawiciel Wojewody, pięciu członków Rady wybranych przez Sejmik Województwa, przedstawiciel uczelni medycznej wybrany przez rektora albo dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Struktura organizacyjna Szpitala Specjalistycznego X SP ZOZ w Lublinie obejmuje oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne i poradnie podstawowej opieki zdrowotnej, zakłady i pracownie diagnostyczne, ośrodki rehabilitacyjne, izby przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy, blok operacyjny, centralną sterylizatornię, aptekę szpitalną oraz komórki administracyjne i samodzielne stanowiska pracy. Od 2017 roku Placówka jest w tzw. sieci szpitali, co zapewnia jej finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Aktualnie w Szpitalu Specjalistycznym X SP ZOZ w Lublinie funkcjonuje 19 oddziałów: Alergologii i Chorób Płuc, Chirurgii Naczyniowej, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Piersi, Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii z Pododdziałem Onkologicznym, Dziecięcy z Izbą Przyjęć, Gastroenterologii, Ginekologii i Położnictwa z Izba Przyjęć, Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Kardiologii z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Nefrologii i Nadciśnienia Tętniczego, Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym, Urazowo-Ortopedyczny, Otolaryngologiczny Chirurgii Głowy i Szyi z Pododdziałem Leczenia Jednego Dnia, Rehabilitacyjny z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej, Urologii i Onkologii Urologicznej z Centrum Leczenia Kamicy Układu Moczowego, Kliniczny Oddział Toksykologiczno-Kardiologiczny oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy. Ponadto wyodrębniony został Centralny Trakt Operacyjny.

Świadczenia medyczne realizowane są w 29 poradniach specjalistycznych: Alergologicznej, Audiologicznej, Chirurgicznej, Chirurgii Naczyniowej i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej, Chirurgii Onkologicznej, Dermatologicznej, Diabetologicznej, Endokrynologicznej, Foniatrycznej, Gastroenterologicznej, Ginekologiczno-Położniczej, Hematologicznej, Kardiologicznej, Kardiologicznej dla dzieci, Leczenia Osteoporozy, Nadciśnienia Tętniczego, Nefrologicznej, Neonatologicznej, Neurologicznej, Onkologicznej, Otolaryngologicznej, Profilaktyki Chorób Piersi, Proktologicznej, Pulmonologicznej, Reumatologicznej, Toksykologicznej, Urazowo-Ortopedycznej, Urologicznej oraz Żywniowej. Ponadto realizowane są świadczenia medyczne w ramach podstawowej opieki

zdrowotnej w Poradniach Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

W Szpitalu Specjalistycznym X funkcjonuje 8 zakładów i ośrodków diagnostyczno-rehabilitacyjnych: Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej, Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej, Ośrodek Wczesnego Wykrywania Raka z Pracownią Mammograficzną i USG, Zakład Diagnostyki Endoskopowej, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Koagulologii i Mikrobiologii, Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii, Zabiegowej Zakład Medycyny Nuklearnej oraz Zakład Patomorfologii.

Szpital Specjalistyczny X zarządza również lądowiskiem sanitarnym przeznaczonym do wykonywania startów i lądowań śmigłowców sanitarnych i ratowniczych w dzień i w nocy, o dopuszczalnej masie startowej do 5700 kg. wpisanym do ewidencji lądowisk Urzędu Lotnictwa Cywilnego.

Szpital Specjalistyczny X uzyskał w 2018 r. Certyfikat potwierdzający wdrożenie systemu zarządzania jakością spełniającego wymagania normy PN-EN ISO 9001:2015 i skuteczną jego realizację w zakresie świadczenia usług medycznych w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, rehabilitacji kardiologicznej i leczniczej, diagnostyki obrazowej, radiologii zabiegowej, wczesnego wykrywania raka z pracownią mammograficzną i USG, medycyny nuklearnej i patomorfologii.

Zgodnie z Polityką Jakości, nadrzędnym celem Szpitala Specjalistycznego X jest „Świadczenie specjalistycznych usług medycznych w formie opieki stacjonarnej, opieki ambulatoryjnej, diagnostyki i rehabilitacji” na jakościowo wysokim poziomie, zapewniającym pacjentom, a także personelowi, przyjazne i bezpieczne warunki leczenia i pracy. Dla realizacji wyznaczonych celów jakościowych Dyrekcja Placówki zobowiązana została do zapewnienia najlepszych warunków do wykonywania usług, stałego i systematycznego doskonalenia i podwyższania wiedzy, umiejętności zawodowych pracowników w zakresie opieki medycznej nad pacjentem, zatrudniania wykwalifikowanego personelu medycznego, który udziela świadczeń diagnostycznych i leczniczych zgodnie z najnowszymi osiągnięciami medycyny, stałego monitorowania poziomu zadowolenia pacjenta, doskonalenia obsługi pacjenta, ciągłego doskonalenia skuteczności wdrożonego systemu zarządzania jakością.

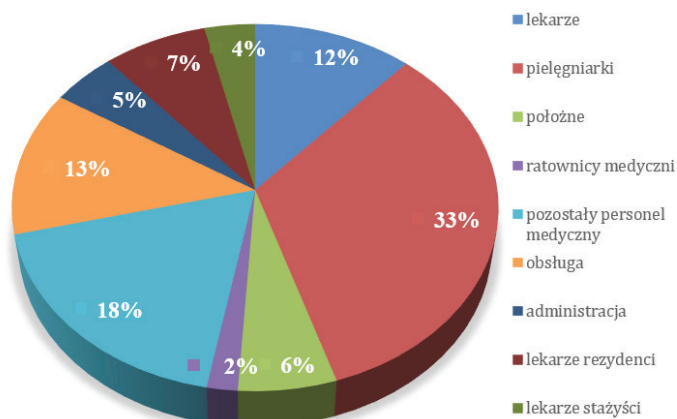
W Szpitalu Specjalistycznym X permanentnie podejmowane są działania mające na celu redukcję kosztów obejmujące, m.in. zmniejszenie nadmiernego zatrudnienia, restrukturyzację oddziałów, zmiany umów zatrudniania pracowników medycznych i niemedyycznych.

Zatrudnienie, według stanu na dzień 31.12.2019 r., wyniosło 1597 pracowników i zmniejszyło się w roku 2019 o 42,25 etaty (2,5%), głównie w grupie lekarzy stażystów i obsługi. Stan zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych według stanu na dzień 31.12.2019 r. przedstawiono w tabeli 32, strukturę zatrudnienia na rysunku 21.

Tabela 31. Stan zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych w Szpitalu Specjalistycznym X

Grupa zawodowa	Etaty – stan na 31.12.2019 r.
lekarze	186,01
pielęgniarki	533,53
położne	95,5
ratownicy medyczni	30
pozostały personel medyczny	291,25
obsługa	205
administracja	75,75
lekarze rezydenci	121
lekarze stażyści	59
Razem	1597,04

Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentów organizacji.



Rysunek 21. Struktura zatrudnienia w Szpitalu Specjalistycznym X – stan na 31.12.2019 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów organizacji.

Liczba łóżek w Szpitalu, według stanu na 31.12.2019 r., wynosiła 557 i zmniejszyła się w roku 2019 o 58 łóżek (9,43%). Zmniejszenie stanu łóżek miało miejsce na 9 Oddziałach: Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii (3), a na, Oddziale Gastrologii (4), Kardiologii (4), Pediatrii (7), Chirurgii Ogólnej (8) Chirurgii Piersi (3), Chirurgii Naczyń (6), Ortopedii (3), Otolaryngologii (3), Urologii (5) oraz największe na Pododdziale Onkologicznym – zlikwidowano 12 łóżek, co stanowiło 67% stanu w stosunku do początku roku.

W roku 2019 sytuacja finansowa Szpitala uległa pogorszeniu w stosunku do roku poprzedniego. Przychody w roku 2019 wynosiły 198.567 tys. zł i były wyższe o 5,15% niż roku 2018. Niestety wzrosły również koszty – w roku 2019 kształtowały się na poziomie 251.817 tys. zł wobec 213.648 tys. w roku poprzednim (wzrost o 17,87%). Naj-

wyższy bezwzględny wzrost kosztów nastąpił w pozycji wynagrodzenia – 28.528 tys. zł, co oznaczało wzrost o 26,87%. W korelacji z tą pozycją, wzrost kosztów ponoszonych na ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia wyniósł 21,23%. Aktywa Szpitala wzrosły w roku 2019 w stosunku do roku poprzedniego o 10.174 tys. zł, tj. o 8,66%, jednak w tym samym okresie zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wzrosły o 73.356 tys. zł (19,11%).

Zmiany zachodzące w systemie opieki zdrowotnej w Polsce w ostatnich latach, szczególnie dotyczące sposobów finansowania świadczeń zdrowotnych, rozszerzenia zakresu odpowiedzialności kierownictwa za osiągnięte wyniki, wzrostu kosztów realizowanych usług medycznych czy zwiększenia nacisku na efektywność funkcjonowania m.in. szpitali, postawiły przed zarządzającymi nowe wyzwania. Od podmiotów działających w obszarze opieki zdrowotnej wymaga się dostosowania do zasad gospodarki rynkowej, poszukiwania rozwiązań, również w innych sektorach gospodarki, które dają szansę na rozwój placówki, poprawę jej efektywności, jakości usług oraz zadowolenia pacjentów⁴⁰⁰.

Szpital, jako jednostka realizująca usługi medyczne cechuje się stałą gotowością do udzielania specjalistycznych świadczeń, jednak w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej może być traktowany, w pewnym sensie, jak przedsiębiorstwo, dysponujące wyodrębnieniem ekonomicznym, prawnym i techniczno-organizacyjnym, przy czym szpital posiada zestaw cech, które w istotny sposób odróżniają go od innych podmiotów funkcjonujących na rynku, a mianowicie⁴⁰¹:

- równoczesne osiągnięcie trzech grup celów: społecznych, ekonomicznych i medycznych,
- zgromadzenie odpowiedniego potencjału ludzkiego, rzeczowego i finansowego, który jest niezbędny do realizacji wyznaczonych zadań,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje i spełniające określone wymagania,
- trudności w normowaniu i pomiarze wyników pracy, które są bardziej zróżnicowane i kompleksowe niż w innych podmiotach,
- wysoki stopień specjalizacji pracy,
- utrudnioną koordynację działań, co jest spowodowane występowaniem podwójnego podporządkowania służbowego (klinicznego i administracyjnego),
- brak uzależnienia prowadzenia działalności od korzyści ekonomicznych.

Złożoność problemów występujących w zarządzaniu szpitalem sprawia, że stosowanie tradycyjnych narzędzi zarządzania często jest niewystarczające i nie przynosi oczekiwanych efektów w postaci poprawy efektywności działania tych podmiotów. Wskazane jest zastosowanie współczesnych metod zarządzania, na przykład benchmarkingu czy outsourcingu.

⁴⁰⁰ A. Wiercińska, *Luki w metodyce benchmarkingu szpitali na przykładzie województwa pomorskiego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Rachunkowość a controlling”, Nr 440, Grudzień, Wrocław 2016, s. 534–544.

⁴⁰¹ *Ibidem*.

Dostrzegając możliwości stwarzane przez stosowanie metody benchmarkingu w zarządzaniu organizacją, w Szpitalu Specjalistycznym X jest ona stosowana, m.in. w odniesieniu do oddziałów. Wprowadzono ją po raz pierwszy w roku 2010, a przedmiotem porównań zostały objęte 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. Wprawdzie kadra zarządzająca ma świadomość, że nieustanne analizowanie tych wielkości pozwala na dokonanie racjonalnych zmian zmierzających do poprawy wyników, zarówno poszczególnych oddziałów, jak i całego Szpitala, jednak benchmarking ma nadal charakter działań cyklicznych. W Szpitalu stosowany jest głównie benchmarking wewnętrzny, niemniej jednak Szpital korzysta również z zewnętrznego benchmarkingu konkurencyjnego poprzez porównywanie sprawności działania oraz wyników z innymi jednostkami – szpitalami o podobnej wielkości, zakresie działalności, funkcjonującymi w podobnych warunkach, co w efekcie pozwala na zaadaptowanie najlepszych praktyk stosowanych przez innych, m.in. w celu obniżenia kosztów funkcjonowania oddziałów, poradni, a także innych jednostek organizacyjnych.

Przedmiotem zainteresowania prowadzonego benchmarkingu są przede wszystkim realizowane procesy oraz procedury, oferowane usługi, ale także uzyskiwane wyniki. W związku z tym, najczęściej stosuje się porównywanie analogicznych procesów pomiędzy jednostkami tego samego szpitala (benchmarking wewnętrzny), zdecydowanie rzadziej dokonuje się porównywania szpitala do najlepszych zakładów opieki zdrowotnej (benchmarking zewnętrzny). Niestety nie jest w praktyce działalności Szpitala wykorzystywany benchmarking funkcjonalny, co mogłoby korzystnie wpłynąć na znalezienie niekonwencjonalnych, innowacyjnych rozwiązań.

Działania związane z prowadzeniem benchmarkingu realizowane są samodzielnie przez pracowników Szpitala i polegają przede wszystkim na zbieraniu informacji z ogólnodostępnych źródeł oraz korzystania z informacji uzyskanych od organów zwierzchnich. Obecnie benchmarking stosowany jest we wszystkich oddziałach Szpitala, głównie w odniesieniu do planowania i optymalizacji kosztów przy wykorzystaniu do tego celu własnych arkuszy kalkulacyjnych. W pozyskiwaniu niezbędnych danych Szpital wspomaga Urząd Marszałkowski poprzez organizację cyklicznych spotkań, a czasami wydawanie publikacji. Szpital nie posiada żadnej jednostki partnerskiej, z którą systematycznie porównywałby wyniki. Podjęcie działań benchmarkingowych przez Szpital motywowane było głównie dążeniem do zwiększenia zadowolenia pacjenta, obniżenia kosztów działalności, a także poprawy efektywności.

Niestety pojawiają się różne bariery związane z prowadzeniem działań benchmarkingowych nakierowanych na konkurencję, na które wskazują osoby realizujące je. Do barier tych należą przede wszystkim brak jednoznacznej identyfikacji szpitali liderów, niewystarczająca czy wręcz brak wymiany informacji pomiędzy szpitalami, ale także brak czasu osób podejmujących te działania, które stanowią dla nich dodatkowy obowiązek.

Wykorzystując w praktyce metodę benchmarkingu wskazane jest stosowanie się do ogólnie przyjętych etapów postępowania, które najogólniej składają się z czterech zasadniczych części: identyfikowania, analizy, projektowania nowych procesów, produktów, sposobów rozwiązywania problemów i realizacji celów oraz wdrożenie polegającego na twórczym adaptowaniu⁴⁰². Uszczegółowiając, można np. wyodrębnić następujące etapy: określenie przedmiotu benchmarkingu, poszukiwanie wzorcowych procesów, zebranie informacji charakteryzujących najlepsze procesy, analiza zebranych informacji, opracowanie ulepszonych rozwiązań, wdrożenie ulepszeń⁴⁰³.

Niestety, w Szpitalu nie wszystkie wymienione wyżej etapy są stosowane przy wykorzystywaniu metody benchmarkingu. Działania w tym zakresie ograniczone są do dokonywania określenia obszaru benchmarkingu, analizy własnej organizacji, a także monitorowania uzyskanych efektów. Wskazuje to na brak kompleksowego podejścia do stosowania tej metody, co niewątpliwie ma wpływ na uzyskiwane wyniki.

Niemniej jednak efekty benchmarkingu oceniane są pozytywnie i w przyszłości szpital zamierza korzystać z tej metody zarządzania, głównie w obszarze organizacji i optymalizacji kosztów. Zastosowanie benchmarkingu w dotychczasowym zarządzaniu placówką wpłynęło głównie na wzrost poziomu satysfakcji pacjentów korzystających z usług szpitala oraz ogólnie, wzrost poziomu jakości oferowanych przez Szpital usług.

W Szpitalu Specjalistycznym X, podejmując działania restrukturyzacyjne, zaczęto stosować outsourcing. Głównym celem zlecenia wykonywanie części usług firmom zewnętrznym było przede wszystkim ograniczenia wydatków, chęć skupienia się na podstawowej działalności i w efekcie poprawa pozycji konkurencyjnej.

Kierownictwo Szpitala zdecydowało się na wydzielenie działalności pomocniczej i obsługowej. Do usług wykonywanych przez firmy outsourcingowe należy bowiem sprzątanie, transport, obsługa techniczna w zakresie konserwacji i naprawy sprzętu medycznego, utylizacja odpadów, żywienie, pranie oraz obsługa terenów zielonych wokół Szpitala. Współpracując z firmami zewnętrznymi, zmieniono jedynie przeznaczenie niektórych pomieszczeń Szpitala i właściwie do tego ogranicza się bieżąca współpraca. Pod względem finansowym najbardziej korzystne jest realizowanie przez firmy zewnętrzne usług żywieniowych i pralniczych. Jednak usługi żywieniowe nie do końca spełniają oczekiwania szpitala pod względem jakości wykonywanej usługi.

Stosowanie outsourcingu oceniane jest raczej pozytywnie – wpłynęło na obniżenie kosztów działalności, pozwoliło na skoncentrowanie się zarządu na podstawowej działalności szpitala, a także pozwoliło na redukcję zatrudnienia. Jednak należy również stwierdzić, że zastosowanie outsourcingu pociąga za sobą negatywne skutki w postaci uzależnienia się od zewnętrznych wykonawców, możliwości nieoczekiwanego podniesienia cen usług, ale także niewielki wpływ zarządu na pracowników firm świadczących usługi.

⁴⁰² W. M. Grudzewski, I. K. Hejduk, *Metody...*, op. cit., s. 173.

⁴⁰³ B. Mikula, *Elementy współczesnego zarządzania. W kierunku organizacji inteligentnych*, Wyd. Antykwa, Kraków 2001, s. 154.

Wdrażając outsourcing do zarządzania placówką dokonywana jest ocena sytuacji strategicznej Szpitala, analiza potrzeb oraz negocjowanie kontraktu. Brak wszechstronnej oceny potencjalnego zleceniobiorcy czy zarządzania relacjami z firmą outsourcingową może negatywnie wpływać na jakość realizowanych usług. Mimo zróżnicowanej oceny, w przyszłości planowana jest kontynuacja większości dotychczasowych usług powierzonych firmom outsourcingowym, jednak z wyłączeniem usług żywieniowych i transportowych. Możliwość uzyskania funduszy na odtworzenie infrastruktury niezbędnej do prowadzenia działalności transportu sanitarnego czy w kuchni pozwoli na uniezależnienie się od dostawców zewnętrznych w tych obszarach. Większa kontrola kierownictwa Szpitala pozwoli na poprawę elastyczności działania w zakresie transportu sanitarnego czy poprawę jakości usług żywieniowych, które aktualnie są źle oceniane przez pacjentów, co negatywnie wpływa na ich ogólny poziom satysfakcji z usług Szpitala Specjalistycznego X.

5.6. Wnioski

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jako organizacja użytku publicznego wymaga dostosowania narzędzi zarządzania zaczerpniętych z biznesu do specyficznych warunków, w których funkcjonuje. Niemniej jednak sposoby podnoszenia skuteczności zarządzania takie jak: benchmarking i outsourcing od lat stosowane w biznesie mogą zostać z powodzeniem wykorzystane w procesie zarządzania szpitalem. W wyniku analizy zgromadzonego materiału badawczego można stwierdzić, że zastosowanie benchmarkingu i outsourcingu wpływa na skuteczność zarządzania publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Aby zweryfikować postawioną tezę, w pierwszej kolejności zdefiniowano determinanty skutecznego zarządzania szpitalem. Priorytetowym celem działalności zakładów opieki zdrowotnej jest zapewnienie społeczeństwu dostępu do usług medycznych. Ten podstawowy cel zostaje spełniony poprzez zaspokajanie potrzeb głównych interesariuszy szpitala takich, jak: pacjenci, pracownicy, NFZ, dostawcy oraz inne organizacje. Menedżerowie szpitali biorących udział w badaniu określili najważniejsze grupy interesu, którymi były: najważniejsza – pacjenci 97,14%, bardzo ważna – pracownicy 65,71% oraz ważna – NFZ 51,43%. W związku z tym w niniejszej pracy jako mierniki spełnienia celu społecznego posłużyły: przynależność do grupy NFZ (uzależnionej od wysokości kontraktu) oraz zorientowanie na jakość usługi, wyrażone w ilości posiadanych certyfikatów. W badanych placówkach ocena jakości prowadzonej działalności pozwoliła stwierdzić, że ponad 30% szpitali posiada co najmniej 3 różne certyfikaty lub akredytacje. Można uznać, że oznacza to wysoką jakość świadczonych przez placówkę usług. Z drugiej zaś strony prawie jedna trzecia (32%) szpitali posiadała tylko jeden certyfikat/akredytację lub nie miała go wcale. Warto przy tym zaznaczyć, że zaobserwowano istotne zależności pomiędzy wielkością placówki a wysokością kontraktu i liczbą posiadanych certyfikatów: szpitale zatrudniające więcej niż 501 osób i dysponujące więcej niż 501 łózkami miały nie tylko wyższy kontrakt, ale i większą liczbę uzyskanych akredytacji i certyfikatów. Poza oceną

jakościową w trudnej sytuacji ekonomicznej, w jakiej funkcjonuje polska służba zdrowia, osiąganie celów jednostki powinno być zapewnione przy jednoczesnym zachowaniu równowagi ekonomicznej. W związku z tym, skuteczność na potrzeby niniejszej pracy zdefiniowano jako osiąganie nie tylko celów społecznych, ale i ekonomicznych. Kondycję finansową badanych szpitali opisano za pomocą: zysku/straty netto, wskaźnika ogólnego zadłużenia oraz wskaźnika bieżącej płynności finansowej. Analiza wyróżnionych czynników pozwoliła stwierdzić, że większość placówek ma nie najlepszą kondycję finansową. Tylko 23% jednostek posiadała wyróżnione wskaźniki na zadowalającym poziomie, zaś aż 34% nie osiągnęła żadnego z nich na satysfakcjonującym poziomie. Do najważniejszych zależności statystycznie istotnych między skutecznością zarządzania placówką, wyrażoną za pomocą osiągania efektów ekonomicznych i społecznych, a stosowaniem benchmarkingu i outsourcingu można zaliczyć:

- w szpitalach, które nigdy nie korzystały z benchmarkingu zewnętrznego, zaobserwowano ponad czterokrotnie wyższy wskaźnik zadłużenia,
- efektem benchmarkingu w szpitalach o niższym wskaźniku zadłużenia był wzrost poziomu jakości świadczonych usług,
- szpitale korzystające z benchmarkingu zewnętrznego w pewnej cykliczności odniosły w badanym roku lepszy wynik finansowy,
- benchmarking wpłynął na wzrost poziomu jakości oferowanych przez szpital usług (efekt uzyskany w szpitalach, które przyniosły zysk w badanym okresie),
- szpitale korzystające z benchmarkingu strategii oraz benchmarkingu wewnętrznego należały do wyższej grupy NFZ,
- szpitale stosujące benchmarking procesów posiadały wyższą liczbę certyfikatów i akredytacji, co oznacza wyższą jakość usług, a przez to realizację celów społecznych,
- szpitale, które nigdy nie stosowały benchmarkingu ogólnego oraz nigdy lub rzadko benchmarkingu procesów, nie osiągały zaproponowanych w pracy wskaźników społecznych,
- szpitale stosujące benchmarking wewnętrzny w pewnej cykliczności, oczywiście, w odniesieniu do działalności pomocniczej, osiągały postawione cele społeczne wyrażone za pomocą współczynnika społecznego łązonego,
- mniejszą stratę z działalności odnotowały szpitale, które w wyniku outsourcingu uzyskały wzrost poziomu jakości oferowanych usług oraz wzmocnienie pozycji konkurencyjnej na rynku,
- wyższy przeciętny kontrakt z NFZ zaobserwowano w jednostkach, w których outsourcing przyczynił się do wzrostu poziomu jakości oferowanych usług,
- szpitale, które spełniły cele społeczne (posiadały czynnik społeczny łączony równy 1), w wyniku outsourcingu zredukowały zatrudnienie, co bezpośrednio przyczyniło się do obniżenia kosztów działalności oraz odnotowały wzmocnienie swojej pozycji konkurencyjnej na rynku.

Celem potwierdzenia słuszności postawionej tezy zostały zweryfikowane cztery hipotezy badawcze. Pierwsza hipoteza zakładała, że *stosowanie benchmarkingu i outso-*

urcingu w szpitalach publicznych wpływa na ograniczenie kosztów oraz wzrost poziomu jakości oferowanych usług. Założono, że wynikiem stosowania benchmarkingu i outsourcingu jest osiągnięcie efektów zarówno ekonomicznych jak i społecznych. Analiza uzyskanych w kwestionariuszu odpowiedzi pozwoliła stwierdzić, że w przypadku benchmarkingu najważniejsze rezultaty jego stosowania to: wzrost poziomu jakości usług (43%), poprawa wyniku finansowego (37%) oraz wzrost poziomu satysfakcji pacjentów (29%). Z kolei w wyniku wydzielania zadań na zewnątrz organizacji najważniejszymi rezultatami były: poprawa wyniku finansowego (80%), wzrost poziomu jakości usług (29%) oraz wzrost poziomu satysfakcji pacjentów (26%). Zatem zarówno w przypadku stosowania benchmarkingu jak i outsourcingu kluczowe dla szpitali publicznych, choć w różnych proporcjach, okazały się zarówno aspekt finansowy w postaci poprawy wyniku finansowego, jak i aspekt społeczny – skoncentrowany wokół podnoszenia jakości usług oraz satysfakcji kluczowych interesariuszy. Można zatem stwierdzić, że hipoteza **H.1.** została zweryfikowana pomyślnie. Przy czym warto zaznaczyć, że szpitale stosując outsourcing, koncentrują się głównie na uzyskiwaniu efektów finansowych, zaś w drugiej kolejności – na jakościowych, natomiast głównym motywem benchmarkingu są rezultaty jakościowe.

Dokonując oceny aktywności outsourcingowej szpitali publicznych województwa lubelskiego, stwierdzono, że wszystkie badane placówki stosowały w mniejszym lub większym zakresie tą koncepcję, gdyż nie odnotowano ani jednego przypadku stosowania outsourcingu kontraktowego. Wynik ten jednoznacznie potwierdza hipotezę **H.2.** *Szpitale publiczne w różnym stopniu korzystają z form aktywności outsourcingowej, przy czym najczęściej stosowanym rodzajem jest outsourcing kontraktowy.*

Wyniki badań dotyczących rodzajów benchmarkingu stosowanego w publicznych zakładach opieki zdrowotnej potwierdzają zaproponowaną w pracy hipotezę **H.3.** *Istnieje zróżnicowanie stopnia wykorzystania poszczególnych rodzajów benchmarkingu w szpitalu, przy czym najbardziej popularną formą jest benchmarking konkurencyjny.* Niestety, nie wszystkie badane placówki stosują tę koncepcję. Jedna trzecia badanych szpitali w ogóle nie korzysta z żadnej formy benchmarkingu. Wśród pozostałych, stosujących benchmarking 80% stosuje benchmarking zewnętrzny, głównie konkurencyjny, zaś ponad połowa korzysta także z benchmarkingu wewnętrznego. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że stosowanie benchmarkingu wewnętrznego w szpitalu ma ograniczoną przydatność. Trudno bowiem porównywać działalność oddziałów różnej specjalizacji, zatem benchmarking w tym przypadku może sprowadzać się w zasadzie tylko do działalności pomocniczej. Podobne ograniczenia dotyczą także benchmarkingu ogólnego, który stosowany jest w lubelskich placówkach niezmiernie rzadko. Warto jednak zaznaczyć, że szpitale, które nigdy nie podjęły takiego działania, nie w pełni zrealizowały cel jakościowy. Omawiając zagadnienie stosowania benchmarkingu w służbie zdrowia, należy zwrócić uwagę na niską świadomość zarządzających dotyczącą tejże koncepcji – ponad połowa badanych wymagała od prowadzącego badanie wyjaśnienia definicji benchmarkingu.

Na skuteczność zarządzania szpitalem publicznym wpływa również kompleksowość, korzystania z benchmarkingu i outsourcingu – hipoteza **H.4**. W celu weryfikacji tej hipotezy, w pierwszej kolejności, zbadano częstotliwość korzystania przez szpitale z tych koncepcji. O ile outsourcing jest działaniem na stałe wpisanym w zarządzanie placówką, o tyle benchmarking to raczej metoda stosowana sporadycznie, gdyż tylko 23% badanych placówek traktuje to rozwiązanie jako działanie stałe. Niestety, takie skokowe stosowanie benchmarkingu sprzeczne jest z podstawowymi założeniami skuteczności koncepcji, która zakłada ciągle doskonalenie. Biorąc pod uwagę obszary stosowania tej koncepcji, szpitale najbardziej zainteresowane są: benchmarkingiem wyników, oferowanych produktów/usług oraz metod zarządzania. Związane jest to z koniecznością skoncentrowania się na poprawie niekorzystnej sytuacji ekonomicznej, w której znajduje się większość badanych jednostek. Zwłaszcza, że w analizowanym okresie zaobserwowano, iż to głównie szpitale z gorszymi wynikami były zainteresowane podejmowaniem współpracy benchmarkingowej, upatrując w tej koncepcji szanse na poprawę swojej sytuacji. Wystąpienie tej zależności może być rezultatem doświadczeń szpitali, które stosując benchmarking w przeszłości osiągnęły w badanym okresie lepsze wyniki ekonomiczne i społeczne. Poza tym stwierdzono, że placówki po osiągnięciu zakładanych wyników zaprzestają stosowania benchmarkingu, co może powodować, że osiągnięte efekty będą krótkotrwałe. Z kolei zakres stosowania outsourcingu w szpitalach publicznych dotyczy głównie usług quasi-operacyjnych i pomocniczych takich, jak: utylizacja, pranie, sprząatanie i transport. Natomiast do usług operacyjnych, przekazywanych do realizacji firmom zewnętrznym należały: diagnostyka laboratoryjna i obrazowa, usługi stomatologiczne i histopatologia. Prawie wszystkie badane placówki zlecały firmie outsourcingowej więcej niż jedną usługę, zaś większość z nich przekazywała na zewnątrz, co najmniej cztery obszary swojej działalności. Świadczy to o tym, że outsourcing stosowany jest przez szpitale w szerokim zakresie działalności. Stałe rozszerzanie oferty usług firm outsourcingowych, ich „uczenie się” rynku i dostosowywanie do specyficznych potrzeb szpitala powoduje, że prawie wszystkie badane placówki chcą kontynuować taką formę działalności, a 29% z nich zamierza przekazywać na zewnątrz nowe usługi.

Przytoczoną hipotezę **H.4**. potwierdziła natomiast kompleksowość, czyli zakres wdrażania omawianych metod. Szpitale, w których stosowano etapy benchmarkingu zgodne z proponowanymi w literaturze takie, jak: analiza własnej organizacji, wybór partnera, monitorowanie efektów, osiągały lepsze wyniki w zakresie celów społecznych. Z kolei placówki, które nie tylko zlecały działanie, ale współdziałały z firmą outsourcingową poprzez zarządzanie relacjami z partnerem, osiągnęły zadowalające efekty finansowe. Istnienie tych zależności potwierdza także wcześniejsze wnioski, że stosowanie benchmarkingu przez zakład opieki zdrowotnej przede wszystkim wpływa na skuteczność w obszarze celów społecznych, zaś outsourcingu w zakresie celów ekonomicznych.

Podsumowując, można stwierdzić, że zastosowanie w zarządzaniu szpitalem benchmarkingu i outsourcingu może przynieść jednostce wymierne korzyści. Istnienie wielu zależności istotnych statystycznie pomiędzy korzystaniem z benchmarkingu i outsour-

cingu, a osiąganiem celów zarówno społecznych, jak i ekonomicznych, świadczy o tym, że koncepcje te wpływają na skuteczność zarządzania. Zatem założona teza pracy, że zastosowanie benchmarkingu i outsourcingu wpływa na skuteczność zarządzania publicznym zakładem opieki zdrowotnej, została potwierdzona.

5.7. Rekomendacje

Coraz większa orientacja rynkowa publicznej służby zdrowia sprawia, że działalność medyczna poza zaspokojeniem potrzeb społeczeństwa w tym zakresie musi być także rentowna. Nie pomaga także fakt, iż starzejące się społeczeństwo zwiększa popyt na bezpłatne świadczenia, jednocześnie nie chcąc słyszeć o ich ograniczeniach finansowych⁴⁰⁴. W związku z tym istnieje konieczność skutecznego zarządzania takimi jednostkami, które definiować należy, jako osiąganie celów zarówno społecznych, jak i ekonomicznych. Dlatego też menedżerowie publicznych szpitali poszukują rozwiązań, które wpłynęły dodatkowo na efekty zarządzania organizacjami biznesowymi. Takimi koncepcjami są benchmarking oraz outsourcing, które odpowiednio zaadoptowane mogą być stosowane także w jednostkach służby zdrowia. Z przeprowadzonych badań wynika, że stosowanie benchmarkingu i outsourcingu wpływa na skuteczność zarządzania szpitalem publicznym. Szpitale, które stosują benchmarking i outsourcing w praktyce zarządzania placówką, osiągają pozytywne efekty, jednakże nie zawsze są one długotrwałe i maksymalne. Wynika to z faktu, iż koncepcje te stosowane są raczej intuicyjnie, niż zgodnie z zasadami najlepszych praktyk biznesowych. W celu zwiększenia osiąganych efektów, zarówno społecznych jak i ekonomicznych wynikających z zastosowania tych koncepcji w zarządzaniu szpitalem, opracowano zbiór praktycznych rekomendacji dotyczących zarówno benchmarkingu jak i outsourcingu (tabela 32).

Wśród praktycznych rekomendacji w zakresie stosowania przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej benchmarkingu można zaproponować, po pierwsze: konieczność traktowania benchmarkingu jako procesu ciągłego i dynamicznego. Przeprowadzone analizy pozwoliły stwierdzić, że badane szpitale stosowały benchmarking, w efekcie czego osiągały pozytywne rezultaty, zarówno w obszarze społecznym jak i ekonomicznym. Jednakże po osiągnięciu zamierzonych celów nie zamierzały kontynuować tej koncepcji zarządzania. Z tego względu wdrożone usprawnienia w niedługim czasie mogą być już nieaktualne, gdyż z pewnością pojawią się już nowe, lepsze rozwiązania. Wynika to z faktu, iż organizacje funkcjonują w bardzo dynamicznym otoczeniu, co sprawia, że także benchmarking powinien być traktowany przez zarządzających w elastyczny sposób, czyli na każdym etapie procesu należy liczyć się z możliwością zmiany uprzednio przyjętych założeń. Zatem chcąc uzyskać maksymalne rezultaty ze stosowania tej koncepcji, konieczne jest wpisanie benchmarkingu na stałe do realizowanych czynności zarządczych.

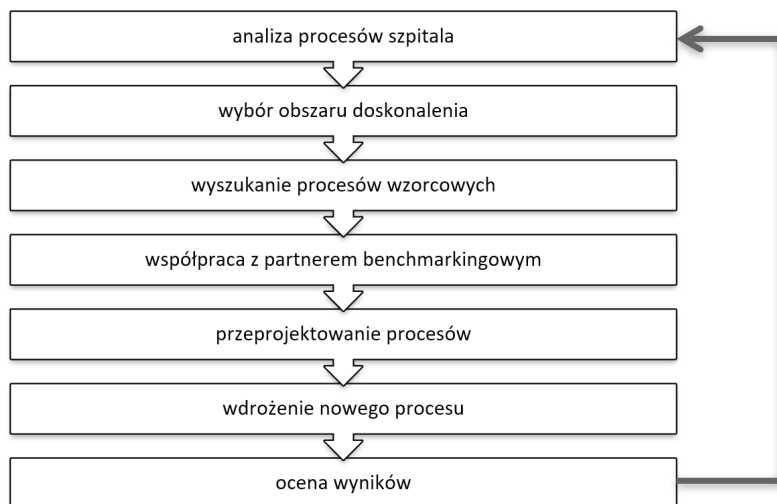
⁴⁰⁴ Z. Zymonik, M. Fiałkowska, *Integracja...*, op. cit., s. 54.

Tabela 32. Zestaw rekomendacji dla szpitali publicznych w zakresie stosowania benchmarkingu i outsourcingu

REKOMENDACJE	
BENCHMARKING	OUTSOURCING
• konieczność traktowania benchmarkingu jako procesu ciągłego i dynamicznego, • dostosowanie najlepszych praktyk do danego szpitala, • szkolenie i wymiana pracowników, • korzystanie z benchmarkingu na wszystkich szczeblach zarządzania, • skoncentrowanie się na wyborze najlepszych procesów, nie organizacji, • doskonalenie w oparciu o benchmarking konkurencyjny i ogólny, • współpraca szpitali oraz organizacji zaangażowanych w benchmarking.	• przeprowadzenie szczegółowej analizy potrzeb, • orientacja kosztowa i jakościowa, • zarządzanie relacjami z firmą zewnętrzną, • współpraca szpitali.

Źródło: Opracowanie własne.

Kolejne zalecenie dotyczy metodyki benchmarkingu w szpitalu publicznym. W wyniku analizy zebranych danych stwierdzono, że większość szpitali korzysta z wybranej formy benchmarkingu, jednakże stosowane metody znacznie odbiegają od modelowego rozwiązania w tym zakresie. Zaproponowany model stosowania benchmarkingu w publicznych zakładach opieki zdrowotnej został przedstawiony na rysunku 22.



Rysunek 22. Model procesu benchmarkingu dla szpitali publicznych

Źródło: Opracowanie własne.

Zazwyczaj szpitale ograniczają się do realizowania wybranych etapów benchmarkingu lub do zlecenia tych działań wyspecjalizowanej firmie zewnętrznej. Zwłaszcza w zakresie „odkrycia” czynników sukcesu lidera brak jest działań mających na celu poznanie prawdziwych powodów przewagi konkurencyjnej. Zatem menedżerowie zamiast skupiać się tylko i wyłącznie na wskaźnikach, w oparciu, o które dokonują oceny, powinni także skorzystać z takich rozwiązań, jak np. zwiedzanie porównywanego zakładu. Możliwe jest to, chociażby poprzez wymianę pracowników pracujących w tych samych oddziałach w porównywanych organizacjach. Niezwykle istotnym czynnikiem powodzenia jest także dostosowanie najlepszej praktyki do swojej organizacji, a nie czyste kopiowanie rozwiązań innych. Takie działanie umożliwi odnalezienie unikalnych rozwiązań w pełni dostosowanych do potrzeb konkretnego szpitala, funkcjonującego w niepowtarzalnych warunkach.

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały również niedobór wiedzy menedżerów w zakresie benchmarkingu. Koniecznym zatem jest przeprowadzenie szkoleń zarówno dla kadry menedżerskiej, jak i pracowników, którzy potencjalnie mogliby wziąć udział w procesie benchmarkingu w danym szpitalu. Wynika to z faktu, iż uruchomienie działań benchmarkingowych powinno obejmować swoim zakresem wszystkie szczeble zarządzania, a nie tylko menedżerów najwyższego szczebla, którzy odpowiedzialni są zazwyczaj za inicjowanie tego działania. Proponowane kierunki doskonalenia to w szczególności: metodyka wprowadzania i stosowania benchmarkingu w organizacjach, możliwości jakie daje zastosowanie tej koncepcji oraz współpraca organizacji partnerskich.

Osiąganie celów w szpitalach publicznych odbywa się poprzez realizację ogromnej liczby procesów. Z tego względu bardzo trudno jest jednoznacznie wskazać szpital, który mógłby być liderem w zakresie wszystkich obszarów działań. Szczegółowa analiza placówek wykazała, że szpital, który jest liderem w danym obszarze, niekoniecznie może służyć za wzór w innym. Poza tym badania przeprowadzone w szpitalach województwa lubelskiego udowodniły, że szpital posiadając jeden bardzo rentowny oddział, osiąga bardzo dobre wyniki ogólne mimo, iż pozostałe oddziały są nieefektywne⁴⁰⁵. W związku z tym dokonując wyboru lidera do porównań, menedżerowie powinni skoncentrować się na procesach, a nie na placówkach. Trudno bowiem spośród organizacji, w których zachodzi taka mnogość procesów wybrać jedną, w której wszystkie procesy realizowane byłyby na najwyższym poziomie.

Wśród rodzajów benchmarkingu szczególnie przydatny w służbie zdrowia, zwłaszcza w procesach dotyczących działalności podstawowej, jest benchmarking konkurencyjny. Poza brakiem większych przeszkód w procesie porównywania i przenoszenia rozwiązań stosowanych u konkurentów największym atutem tego rozwiązania jest stosunkowo łatwa, w porównaniu z organizacjami biznesowymi, możliwość partnerskiej współpracy. Mimo, że w wyniku analizy zgromadzonego materiału badawczego stwierdzono występowanie oporów w procesie współpracy szpitali publicznych, w tym

⁴⁰⁵ Z. Orzeł, *Zastosowanie...*, op. cit., s. 132.

sektorze, jak w mało którym taka współpraca jest możliwa. Wynika to z faktu, iż wiele jednostek podlega temu samemu właścicielowi, np. Samorządowi Województwa Lubelskiego czy Uniwersytetowi Medycznemu lub należą do zrzeszenia szpitali takich, jak: Konwent Szpitali Powiatowych Województwa Lubelskiego oraz Konwent Szpitali Zamojszczyzny. Niestety, nawet w ramach tego samego organu właścicielskiego szpitale nie chcą podejmować współpracy i dzielić się swoimi kluczowymi czynnikami sukcesu. Należy pamiętać, że benchmarking to sytuacja wygrany-wygrany⁴⁰⁶, czyli może przynosić profity każdej ze stron, także organizacji wzorcowej. Może ona u partnera zidentyfikować błędy, jakich należy się wystrzegać, czy nawet rozwiązania właściwe, których sama nie stosuje⁴⁰⁷. Dlatego też, właściwe wydaje się być zachęcanie organów właścicielskich czy zarządu do współpracy na początek w ramach danej grupy, co ze względu na jednorodność grupy ma wpływ na mniejsze ograniczenia w porównywaniu procesów (szczególnie w przypadku szpitali powiatowych i klinicznych), a następnie rozszerzanie partnerstwa także między wyróżnionymi grupami. Obecnie coraz częściej spotkać się można również z koncepcją potrójnej helixy (triple helix), w której tak istotne sektory gospodarki jak medycyna, czy też nauki przyrodnicze tworzą relacje z uczelniami, biznesem i organem rządowym na poziomie krajowym lub regionalnym. W tym przypadku rosnące współzależności między podmiotami działającymi wcześniej na zasadach rynkowych, powodują konieczność utworzenia dostępu do pomiaru, monitorowania i w rezultacie porównywania ich dynamiki rozwoju. Staje się to kolejną możliwością, wpływającą dodatnio na proces benchmarkingu w sektorze usług zdrowotnych⁴⁰⁸. Dokonując porównań szpitali warto także rekomendować przystąpienie placówki do programów takich, jak np. *Portrety Szpitali Mapy Możliwości*, które nie tylko umożliwiają określenie własnej pozycji konkurencyjnej, ale także oferują zalecenia dotyczące najlepszych praktyk⁴⁰⁹. Doskonalenie procesów pomocniczych może być oparte z kolei o współpracę na zasadzie benchmarkingu ogólnego, gdyż to właśnie ten rodzaj daje możliwość odnalezienia rozwiązań najbardziej innowacyjnych. Z kolei możliwości zastosowania benchmarkingu wewnętrznego w szpitalach są bardzo ograniczone i sprowadzają się właściwie do porównywania procesów pomocniczych. Jednakże w związku z tym, że lepsze wyniki można osiągnąć stosując benchmarking ogólny, zaleca się stosowanie benchmarkingu wewnętrznego jako pierwszego etapu doskonalenia procesów pomocniczych, stanowiącego tym samym punkt wyjścia do poszukiwania rozwiązań spoza branży.

Outsourcing stosowany jest w praktyce zarządzania szpitalem publicznym od dawna i właściwie wszystkie placówki w mniejszym lub większym za-

⁴⁰⁶ M. Zairi, P. Leonard, *Op. cit.*, p. 195.

⁴⁰⁷ K. S. Chon, *The Practice of Graduate Research in Hospitality and Tourism*, Routledge, New York 2013, p. 38–39.

⁴⁰⁸ L. D. Edmunds, et al., *New indicators and indexes for benchmarking university–industry–government innovation in medical and life science clusters: results from the European FP7 Regions of Knowledge HealthTIES project*, Health Research Policy and Systems, 2019, p.13.

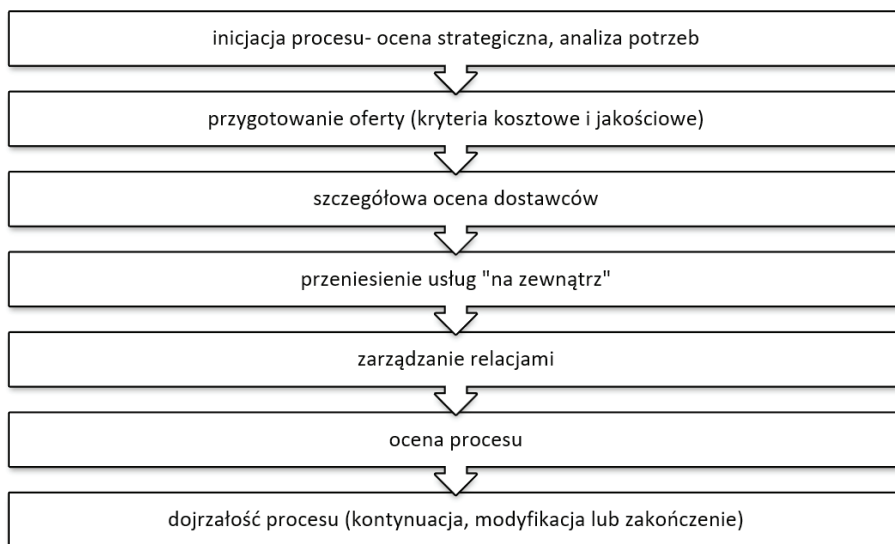
⁴⁰⁹ więcej o projekcie: <http://www.portretyszpitali.pl>, data dostępu: 7.01.2015.

kresie korzystają z tego rozwiązania. Doświadczenie w tej kwestii spowodowało, że zarządzający szpitalami znacznie lepiej rozumieją, a przez to także lepiej radzą sobie z działaniami dotyczącymi tej metody. Niemniej jednak dokonując oceny jego stosowania w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej, dostrzeżono pewne luki, których zlikwidowanie może podnieść skuteczność tych działań. Prawidłowo zastosowany outsourcing umożliwia wysoką specjalizację usług i skoncentrowanie zarządzających wokół kluczowej działalności. Niezmiernie ważny jest sam proces przygotowania do wydzielania. W związku z tym przed podjęciem decyzji o zleceniu usług konieczna jest szczegółowa analiza dotycząca potrzeb w tym zakresie. Zastosowanie outsourcingu powinno wynikać z rzeczywistych potrzeb oraz strategii szpitala. Konieczne jest przygotowanie szczegółowej analizy obejmującej nie tylko koszty, ale również zagadnienia jakościowe. Częstym problemem współpracy szpitali z firmą outsourcingową jest niezadowolający poziom świadczonej usługi. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż głównym kryterium wyboru firmy zewnętrznej jest cena. Oczywiście, w trudnej sytuacji ekonomicznej szpitali kryterium kosztowe jest niezmiernie ważne, jednak nie może być czynnikiem jedynym, gdyż pominięcie warunków dotyczących jakości usługi kończy się zazwyczaj brakiem zadowolenia szpitala oraz jego pacjentów ze świadczonej przez firmę usługi. Decydując się na przekazanie części działalności firmie zewnętrznej, szpitale powinny traktować działanie to jako proces, w którym ważne są wszystkie jego etapy. Proponowany schemat postępowania przedstawiono na rysunku 23. Niezmiernie ważnym elementem procesu, niestety, często pomijanym w szpitalach, jest zarządzanie relacjami z firmą partnerską. W tym celu szpital powinien zbudować odpowiednie kanały komunikacyjne, dostawca – klient, dzięki którym możliwe będzie stałe monitorowanie wykonywanych usług. Istotnym elementem procesu outsourcingu jest również wielowymiarowa ocena przeprowadzonego procesu. Konieczna jest zatem analiza outsourcingu ze względu na następujące kryteria⁴¹⁰:

- ekonomiczne – porównanie osiągniętych wyników z przyjętymi planami,
- organizacyjne – wpływ na organizację pracy w szpitalu oraz zarządzanie zasobami ludzkimi,
- jakościowe – wielowymiarowa ocena jakości usług dokonywana przez szpital, organy zewnętrzne, np. audytorów oraz pacjentów,
- kompetencyjne – pozyskanie nowej wiedzy, technologii oraz uzyskanie przewagi konkurencyjnej.

Dopiero taka wielowymiarowa analiza uzyskanych efektów może być podstawą do podjęcia decyzji o kontynuacji, modyfikacji lub zakończeniu procesu. Warto przy tym porównać osiągnięte wyniki z innymi szpitalami, co pozwoli na uzyskanie rzeczywistej oceny prowadzonych działań.

⁴¹⁰ G. Moroz, Z. Orzeł, *Prowadzenie działalności leczniczej. Zakłady opieki zdrowotnej, praktyki lekarskie i pielęgniarstwo oraz inne podmioty w świetle ustawy o działalności leczniczej*, Wyd. C. H. Beck, Warszawa 2012, s. 160–161.



Rysunek 23. Model procesu outsourcingu w szpitalach publicznych

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o model Power M. J., Desouza K. C., Bonifazi C., *Outsourcing. Podręcznik sprawdzonych praktyk*, MT Biznes, Warszawa, 2008, s. 50.

W obszarze outsourcingu jednym z najważniejszych zaleceń jest szeroko pojęta współpraca szpitali. Konieczne wydaje się porozumienie w zakresie takich działań, jak:

- współpraca na etapie przygotowania oferty – wymiana doświadczeń w celu uniknięcia wad prawnych oraz zapisów mogących rodzić problemy w doborze firmy oraz późniejszej kooperacji,
- sprawdzanie firmy outsourcingowej – uniknięcie błędów wynikających z wyboru niewłaściwego dostawcy poprzez wymianę doświadczeń i rekomendacji innych zakładów opieki zdrowotnej,
- tworzenie grup zakupowych – obniżanie kosztów usług outsourcingowych oraz możliwość negocjowania bardziej korzystnych kontraktów ze względu na większą siłę nabywczą.

Wyniki badań zaprezentowane w pracy pozwoliły stwierdzić, że zastosowanie benchmarkingu i outsourcingu w szpitalu publicznym wpływa na skuteczność jego działań. Zaproponowany zestaw rekomendacji może przyczynić się do doskonalenia tego procesu, zwiększając tym samym szanse szpitali na osiągnięcie zamierzonych rezultatów, zarówno ekonomicznych jak i społecznych, przyczyniając się tym samym do poprawy sytuacji finansowej jednostki oraz wzrostu zadowolenia głównych grup interesariuszy.

Zakończenie

Celem głównym niniejszej pracy była ocena wykorzystania benchmarkingu i outsourcingu dla poprawy skuteczności zarządzania szpitalem publicznym.

Opierając się na studiach literatury, przeprowadzonych wywiadach z kadrą kierowniczą zakładów opieki zdrowotnej oraz analizach dokumentów szpitali wyodrębniono charakterystyki składowe wpływające na zakres stosowania benchmarkingu oraz outsourcingu w tych organizacjach. Następnie skonstruowano narzędzie badawcze pozwalające ocenić stopień wykorzystania przedstawionych rozwiązań. Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych wśród kadry zarządzającej szpitalami publicznymi dokonano oceny wykorzystania powyższych koncepcji oraz ich wpływu na realizację podstawowych celów, tj. ekonomicznych oraz społecznych. Uzyskane wyniki pozwoliły stwierdzić, że zakres stosowania benchmarkingu i outsourcingu przez badane jednostki jest różny i wpływa on na skuteczność zarządzania. Zatem można orzec, że cel główny rozprawy został zrealizowany.

W pracy postawiono także cele szczegółowe. Pierwszym z nich była analiza specyfiki zarządzania samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Problematyce tej poświęcono rozdział pierwszy, w którym przedstawiono funkcje szpitali publicznych w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Aby zrealizować postawiony cel, omówiono istotę zarządzania jednostkami tego typu, jednocześnie wskazując na różnice między zarządzaniem organizacjami prywatnymi i publicznymi. Kolejnym celem szczegółowym była identyfikacja stopnia wykorzystania benchmarkingu i outsourcingu przez publiczne szpitale województwa lubelskiego za pomocą charakterystyki: rodzajów, obszarów i częstotliwości stosowania tychże koncepcji. Cel ten zrealizowano za pomocą analizy odpowiedzi na pytania zawarte w samodzielnie opracowanym kwestionariuszu. Wyniki badań potwierdziły, że szpitale województwa lubelskiego korzystają z benchmarkingu i outsourcingu w różnym stopniu. Szczegółowe wyniki analizy podjętej problematyki przedstawiono w trzech pierwszych podrozdziałach rozdziału badawczego. Główne wnioski w tym zakresie to:

- większość badanych szpitali korzysta z benchmarkingu, z czego tylko 23% stosuje tę koncepcję jako działania stałe, zatem tylko, co piąty szpital realizuje podstawowe założenie dotyczące benchmarkingu zakładające, że jest to proces ciągły,
- wszystkie zbadane jednostki korzystają z outsourcingu kontraktowego, żaden z badanych szpitali nie stosował wydzielenia spółki-córki,
- szpitale najczęściej stosują benchmarking wyników, co spowodowane jest zapewne koniecznością uzyskania z działalności dodatniego wyniku finansowego, z czym problem ma większość badanych szpitali,
- outsourcing wykorzystywany jest przez szpitale głównie w zakresie działalności pomocniczej, tak by zarządzający mogli skupić swoje działania wokół kluczowych zagadnień.

Kolejnym celem uzupełniającym było rozpoznanie determinantów skutecznego zarządzania szpitalem. Na podstawie badań literatury przedmiotu stwierdzono, że miarą skuteczności jest realizacja celów społecznych i ekonomicznych. Wynika to z faktu, iż szpital poza priorytetowym działaniem, jakim jest zaspokajanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, jak każda organizacja nie może przynosić strat. W związku z tym jako determinanty skuteczności zarządzania rozpoznano: zaspokojenie potrzeb głównych grup interesariuszy oraz racjonalne gospodarowanie budżetem. Określenie związku między zastosowaniem benchmarkingu i outsourcingu, a skutecznym zarządzaniem szpitalem to czwarty cel częściowy. Zagadnieniu temu poświęcono rozdział 5.4., w którym dzięki zastosowaniu narzędzi statystycznych zidentyfikowano zależności między stosowaniem przez szpital omawianych rozwiązań, a osiąganiem głównych celów organizacji zidentyfikowanych jako determinanty skutecznego zarządzania. Kolejny cel częściowy zaproponowany w pracy i służący realizacji celu głównego to identyfikacja modelowych rozwiązań benchmarkingu i outsourcingu dla zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej. Cel ten zrealizowano jako podsumowanie rozdziałów teoretycznych dotyczących benchmarkingu i outsourcingu. W oparciu o studia literatury krajowej oraz zagranicznej zaproponowano modelowe rozwiązania dla stosowania tych koncepcji w publicznej służbie zdrowia. Ostatnim celem uzupełniającym, mającym charakter poznawczy, było opracowanie modelu ukazującego związek między zastosowaniem benchmarkingu i outsourcingu, a skutecznym zarządzaniem w zakładzie opieki zdrowotnej oraz jego weryfikacja przeprowadzona w oparciu o przeprowadzone badania. Poza celami poznawczymi praca posiada także cel aplikacyjny, którym było zaproponowanie rekomendacji dla szpitali publicznych związanych z właściwym stosowaniem benchmarkingu oraz outsourcingu. Badania literatury, wywiady, przeprowadzone badania kwestionariuszowe oraz analiza statystyczna uzyskanych wyników pozwoliły na opracowanie zbioru praktycznych wskazówek dotyczących obszaru stosowania, zakresu oraz form współpracy benchmarkingu oraz outsourcingu, które mogą przyczynić się do wzrostu skuteczności zarządzania. Szczególną uwagę zwrócono na konieczność współpracy jednostek ochrony zdrowia nie tylko przy stosowaniu benchmarkingu, ale również outsourcingu oraz wskazano najbardziej istotne obszary współdziałania. Poza tym zaproponowano także modele wdrażania benchmarkingu oraz outsourcingu do jednostek służby zdrowia z uwzględnieniem poszczególnych etapów wprowadzania. Można zatem stwierdzić, że wszystkie postawione w pracy cele zostały zrealizowane.

Prowadzone przez autorkę badania miały na celu weryfikację postawionych w pracy tezy oraz hipotez badawczych. W wyniku analizy uzyskanych materiałów pozytywnie zweryfikowano tezę oraz następujące hipotezy badawcze:

- H.1.** Stosowanie benchmarkingu i outsourcingu w szpitalach publicznych wpływa na ograniczenie kosztów oraz wzrost poziomu jakości oferowanych usług.
- H.2.** Szpitale publiczne w różnym stopniu korzystają z form aktywności outsourcingowej, przy czym najczęściej stosowanym rodzajem jest outsourcing kontraktowy.

- H.3.** Istnieje zróżnicowanie stopnia wykorzystania poszczególnych rodzajów benchmarkingu w szpitalu, przy czym najbardziej popularną formą jest benchmarking konkurencyjny.
- H.4.** Istnieje związek pomiędzy kompleksowością stosowania procesów benchmarkingu i outsourcingu a skutecznym zarządzaniem zamkniętym zakładem opieki zdrowotnej.

Zebrany na podstawie studiów literatury, przeprowadzonych wywiadów, ankiet oraz analizy dokumentów organizacji, materiał badawczy pozwolił na sformułowanie następujących, zasadniczych wniosków:

1. Stosowanie przez szpital benchmarkingu zewnętrznego pozytywnie wpływa na wskaźnik ogólnego zadłużenia, a przez to na realizację celu ekonomicznego.
2. Główne rezultaty stosowania przez szpital benchmarkingu dotyczą korzyści jakościowych, zatem przede wszystkim wpływają na realizację celu społecznego, zaś outsourcingu korzyści finansowych, czyli zasadniczo pozwalają na osiągnięcie celu ekonomicznego. Jednakże warto wskazać, że oprócz korzyści ekonomicznych stosowanie outsourcingu wpływa także na wzrostu poziomu jakości oferowanych usług oraz wzmocnienie pozycji konkurencyjnej na rynku.
3. Na realizację celów jakościowych wpływa przede wszystkim stosowanie benchmarkingu strategii, procesów oraz benchmarkingu wewnętrznego. Przy czym należy pamiętać, że możliwości wykorzystania benchmarkingu wewnętrznego w zakładach opieki zdrowotnej są bardzo ograniczone.
4. Korzystanie z benchmarkingu w sposób zgodny z modelowym rozwiązaniem dla tej koncepcji, tj. stosując go w sposób ciągły lub cykliczny, a także realizując poszczególne jego etapy wpływa na osiągnięcie celów ekonomicznych.
5. Szpitale, które zarządzają relacjami z firmą outsourcingową, posiadają niższy wskaźnik ogólnego zadłużenia, zatem współpraca z firmą partnerską, zamiast pełnego wyłączenia danego obszaru z działań zarządczych, wpływa na realizację celu ekonomicznego.
6. W badanej grupie chęć stosowania w przyszłości benchmarkingu wyrażają szpitale o gorszej kondycji finansowej, upatrując w tej koncepcji możliwość poprawy swojej pozycji na rynku. Jednakże placówki, które posiadają zadowalającą sytuację ekonomiczną po osiągnięciu zamierzonych celów, nie przykładają dalszej uwagi do tego typu działań. Niestety, jest to duży błąd, gdyż benchmarking należy traktować jako proces ciągły, a obecny zadowalający wynik działania nie gwarantuje sukcesu za pewien okres czasu.
7. Między badanymi jednostkami służby zdrowia oraz tymi jednostkami a organami nadzorującymi i/lub organizacjami zrzeszającymi szpitale należy rozwinąć współpracę, gdyż to w dużej mierze jej brak lub zbyt małe w nią zaangażowanie jest ograniczeniem w skutecznym stosowaniu omawianych koncepcji.

Większość zaprezentowanych wniosków ma charakter aplikacyjny. Opracowany na podstawie literatury model został zweryfikowany empirycznie i może mieć zastosowa-

nie w zakładach opieki zdrowotnej. Rekomendacje zaproponowane w pracy mogą posłużyć menedżerom służby zdrowia w doskonaleniu stosowanych koncepcji zarządzania, a przez to w osiągnięciu postawionych przed nimi celów. Należy jednak podkreślić, że przedstawione w niniejszej pracy badania zrealizowano w jednym z szesnastu polskich województw. Ponieważ struktura grupy badawczej zawierała wszystkie jednostki organizacyjne funkcjonujące w zakresie usług szpitalnych zarówno pod względem referencyjności, jak i organu założycielskiego, uzyskane wyniki mogą zostać przeniesione także do innych jednostek w pozostałej części Polski. Niemniej jednak, z pewnością zbadanie pozostałych obszarów stanowiłoby istotny wkład w rozwiązanie postawionego problemu. Dlatego też dalsze kierunki badań podjętego tematu warto przeprowadzić także w innych obszarach terytorialnych Polski.

Podczas analizy otrzymanych wyników pojawiły się także wątpliwości odkrywające przed autorką nowe obszary badawcze. Niniejsze problemy wyrażono w postaci następujących pytań:

1. Czy zastosowanie outsourcingu usług medycznych ma uzasadnienie z punktu widzenia skuteczności zarządzania szpitalem publicznym?
2. Jakie znaczenie dla skuteczności zarządzania szpitalem ma zastosowanie innych metod i narzędzi?
3. Jakie działania należy podjąć, by zachęcić szpitale oraz powiązane organizacje do szeroko rozumianej współpracy?

Znalezienie odpowiedzi na postawione pytania nie jest zadaniem łatwym, aczkolwiek z pewnością pozwoli na zaobserwowanie istotnych dla zarządzających placówek medycznymi zjawisk. Dlatego też rozwiązanie postawionych problemów może przyczynić się do wzrostu skuteczności zarządzania w organizacjach publicznych.

Literatura

- Adamus-Matuszyńska A., Burda-Świerż K., Wronka M., *Budowanie relacji instytucji ochrony zdrowia z interesariuszami. Omówienie wyników badań*, [w:] Frączkiewicz -Wronka A. (red.), *Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną*, Wyd. „Śląsk”, Katowice 2012.
- Andersen B., *Benchmarking in Performance Management*, Chapman&Hall, London 1995.
- Aniszewska G., *Benchmarking, czyli jak się uczyć i doskonalić*, „Marketing i Rynek”, 1995, nr 4.
- Anthony R., Govindarajan V., *Management Control Systems*, McGraw-Hill Inc., Boston 2007.
- Atkinson A., Waterhouse J. H., Wells R. B., *A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement*, „Sloan Management Review”, Sprig 1997.
- Balm G. J., *Benchmarking: A Practitioner's Guide for Becoming and Staying. Best of the Best*, QPMA Press, Schaumburg, IL 1992.
- Bartkowska-Nowak D., Nowak J., Webb J., *Zarządzanie w gminie. Podręcznik doskonalenia umiejętności kierowniczych*, Wyd. Fundusz Współpracy, Warszawa 1998.
- Bartley M., *How to Build and Maintain a Successful Outsourced, Offshored Testing Partnership*, „Testing experience. The Magazine for Professional testers”, March 2009.
- Benchmarking Improves Hospital Financial Indicators*, “Healthcare Financial Management”, May 2000.
- Bendell T., Boulter L., *Benchmarking*, Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 2000.
- Bendkowski J., *Kultura profesjonalizmu w kierowaniu zmianami restrukturyzacyjnymi w przedsiębiorstwie*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2007.
- Bendkowski J., *Praktyczne zarządzanie organizacjami. Kompetencje menedżerskie*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2008.
- Bielski M., *Organizacje. Istota, struktury, procesy*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1997.
- Bieńkowska A., Zgrzywa-Ziemak A., *Współczesne metody zarządzania w przedsiębiorstwach funkcjonujących w Polsce – identyfikacja stanu istniejącego*, [w:] Hopej M., Kral Z. (red.), *Współczesne metody zarządzania w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2011.
- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2012.
- Blendon R. J., Benson J.M., Hero J.O., *Public Trust in Physicians – U.S. Medicine in International Perspective*, „The New England Journal of Medicine”, 371;17, 2014.
- Bogan Ch. E., English M. J., *Benchmarking jako klucz do najlepszych praktyk*, Wyd. Helion, Gliwice, 2006.
- Bramham J., *Benchmarking w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2004.
- Brilman J., *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2002.

- Brown D., Wilson S., *The black book of outsourcing. How to manage the changes, Challenges and Opportunities*, John Wiley&Sons, New Jersey 2005.
- Brzóska J. (i inni), *Strategiczna karta wyników w teorii i praktyce*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2012.
- Brzóska J., *Benchmarking – nowoczesny instrument doskonalenia zarządzania*, [w:] Brzóska J. (red.) *Przedsiębiorca w Politechnice Śląskiej. Przewodnik*, Wyd. J&L, Gliwice 2010.
- Bugdol M., Papaj T. (red.) *Wspólna Metoda Oceny. Doskonalenie organizacji poprzez samoocenę*, Taurus, Warszawa 2008.
- Bukłaha E., *Strategia outsourcingu w polskich szpitalach*, [w:] Lewandowski R., Walkowiak R., Kautsch M. (red.) *Współczesne wyzwania menadżerskie w ochronie zdrowia*, Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2009.
- Camp R. C., *The Search for Industry Best Practices that Lead to Superior Performance*, ASQC Quality Press, Milwaukee, Wisconsin 1989.
- Champy J., Greenspun H., *Reengineering Health Care. A Manifesto for radically Rethinking Health Care Delivery*, FT Press, New Jersey 2010.
- Cholewa M., Mieszajkina E., *Outsourcing w szpitalach powiatowych*, „Organizacja i Zarządzanie”, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2009, nr 1(5).
- Cholewa-Wiktor M., *Benchmarking in hospital management*, [w:] Zarębska A. (red.) *Using modern solution in business*, System-Graf Drukarnia, Lublin 2010.
- Cholewa-Wiktor M., *Benchmarking jako metoda doskonalenia kompetencji w organizacjach publicznych*, „Organizacja i Zarządzanie”, nr 3(15), Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2011.
- Cholewa-Wiktor M., A.Sitko-Lutek, *Benchmarking w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej Organizacja i Zarządzanie”, Gliwice 2016.
- Cholewa-Wiktor M., A.Sitko-Lutek, *Outsourcing in the Management of Public Hospitals in the Lublin Voivodeship*, „Annales Universitatis Marie Curie-Skłodowska. Sectio H.-Oeconomia”, Wyd. UMCS, Lublin, 2017.
- Chon K. S., *The Practice of Graduate Research in Hospitality and Tourism*, Routledge, New York 2013.
- Chrostowski T., *Utrzymanie obiektów technicznych a usługi outsourcingu*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa”, 2003, nr 10.
- Cierznia J., Pobrotyn P., Drobnik J., Czaprowska I., *Outsourcing jako możliwe narzędzie wspomagające restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej*, [w:] Drobnik J., Kollbek P. (red.) *Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego. Nowoczesne narzędzia zarządzania w zakładach opieki zdrowotnej. Budżetowanie-controlling-outsourcing*, Wyd. Continuo, t. 1, Wrocław 2006.
- Ciesielska D., Radło M. J. (red.) *Outsourcing w praktyce*, Wyd. Poltext, Warszawa 2011.
- Clarke A., Chen W., *International hospitality management concepts and cases*, MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall 2007.
- Corbett M. F., *Outsourcing revolution Why it makes sense and how to do it right?*, Dearborn Trade Publishing, Chicago 2004.

- Cyfert S., Krzakiewicz K., *Wykorzystanie nowoczesnych metod i technik zarządzania w polskich i rosyjskich przedsiębiorstwach – analiza porównawcza*, [w:] Skalik J. (red.) *Zmiana warunkiem sukcesu: przeobrażenia systemów zarządzania przedsiębiorstw*, Wyd. AEW, Wrocław 2007.
- Cygańska M., *Benchmarking w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej*, <http://www.abc.com.pl/problem/97/7>.
- Czermiński A., Czerska M., Nogalski B., Rutka R., Apanowicz J., *Zarządzanie organizacjami*, Wyd. Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności DOM ORGANIZATORA, Toruń 2002.
- Czerska M., Szpitter A. A., *Koncepcje zarządzania. Podręcznik akademicki*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa, 2010.
- Czerw A.I., Kowalska M., Religioni U., *Differences in the use of outsourcing in public and private institutions providing medical services*, "Archives of Medical Science", Jun 29; 10(3).
- Czyż-Gwiazda E., *Benchmarking, Benchmark Index, czyli jak porównywać się z najlepszymi?*, Wyd. Centrum Benchmarkingu Polska TUV Nord, Katowice 2006.
- Desouza K. C., Bonifazi C., *Outsourcing. Podręcznik sprawdzonych praktyk*, MT Biznes, Warszawa, 2008.
- Dewhurst M., Guthridge M., Mohr E., *Motivating people: Getting beyond money*, 2009, http://www.mckinsey.com/insights/organization/motivating_people_getting_beyond_money, data dostępu: 20.09.2014.
- Dmochowska H. (red.) *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2010*, Warszawa 2011.
- Dobrowska-Mitek M., *Zastosowanie koncepcji benchmarkingu w sferze logistyki*, [w:] Przybyła M. (red.) *Zarządzanie-kontekst strategiczny, kulturowy i zasobowy*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2007.
- Dominquez L. R., *The Manager's Step-by-Step Guide to Outsourcing*, The McGraw-Hill Companies, USA 2006.
- Dorgan S. (i inni), *Management in Healthcare: Why good practice really matters?*, LSE Centre for Economic Performance, London 2010.
- Drobnik J., Cierznia J., Pobrotyn P., Czaprowska I., *Outsourcing w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] Drobnik J., Kollbek P. (red.), *Wybrane zagadnienia Zdrowia publicznego*, Wyd. Continuo, Wrocław 2006.
- Duening T. N., Click R. L., *Essentials of Business Process Outsourcing*, John Wiley&Sons, New Jersey 2005.
- Durlik M., *Zarządzanie w służbie zdrowia organizacja procesowa i zarządzanie wiedzą*, Wyd. Placet, Warszawa 2008.
- Dźwigoł-Barosz M., Dźwigoł H., *Kompetencje w procesie zarządzania współczesnym przedsiębiorstwem*, [w:] Karbownik A. (red.) *Paradygmat sieciowy. Wyzwania dla teorii i praktyki zarządzania*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2013.

- Edmunds L.D., Gluderer S., Ovseiko P.V., Kamerling R., Ton J., Vis L., Jenni M., Tutton G., Lawton-Smith H., Volgyine Nadaban M., Rab M., Rees J., Anson J., Rushforth A.D., Allen M., Buchan A.M., Vendrell M., Casta A., Mehes G., Hogendoorn P.C.W., Hafen E., Hassan A.B., *New indicators and indexes for benchmarking university-industry-government innovation in medical and life science clusters: results from the European FP7 Regions of Knowledge HealthTIES project*, Health Research Policy and Systems, 2019.
- Ettorchi-Tardy A., Levif M., Michel P. *Benchmarking: A Method for Continious Quality Improvement in Health*, Healthcare Policy, 2012 May; 7(4).
- Flamholtz E. G., *Effective management control. Theory and practice*, Kluwer Academic Publishers, Massachusetts 1996.
- Frączkiewicz-Wronka A. (red.) *Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2009.
- Frączkiewicz-Wronka A., Holecki T., Austen-Tynda A., *Władza i podejmowanie decyzji w sektorze publicznym*, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.) *Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2009.
- Frączkiewicz-Wronka A., Nogas G., *Nowy menedżer-rozważania teoretyczne*, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia Narzędzia pracy menedżera*, Wyd. Akademia Ekonomiczna im. K. Adamieckiego Kolegium Zarządzania, Katowice 2001.
- Frączkiewicz-Wronka A., *Rola i znaczenie interesariuszy w procesie podejmowania decyzji w organizacjach publicznych*, [w:] Frączkiewicz-Wronka A. (red.) *Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną*, Wyd. „Śląsk”, Katowice 2012.
- Frączkiewicz-Wronka A., Saryusz-Wolska H., *Ochrona zdrowia w działaniach samorządu terytorialnego*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.) *Zarządzanie publiczne w lokalnej polityce społecznej*, Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2007.
- Frączkiewicz-Wronka A., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
- Galicki J., *Współczesne zarządzanie w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] Głowacka M. D. (red.) *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej konteksty i determinanty zmian*, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2011.
- Garbacz P., *Outsourcing usług sterylizacyjnych – wyzwanie dla nowoczesnych menedżerów czy konieczność rynkowa?*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 1/2002, t. 4.
- Gay Ch. L., Essinger J., *Outsourcing strategiczny koncepcja, modele i wdrażanie*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
- Gazda A., Peszko A., *Podstawy zarządzania*, Wydawnictwo WSiLiZ, Rzeszów 2000.
- Gągolewski M., *Programowanie w języku R. analiza danych, obliczenia, symulacje*, PWN, Warszawa 2014.

- Giermaziak W., Kamiński J., *Modele finansowania opieki zdrowotnej*, Ministerstwo Zdrowia, Medpress, pml.strefa.pl/ePUBLI/198/01.pdf.
- Gilewski D., *Jednородne Grupy Pacjentów Podstawy Systemu*, NFZ, Warszawa 2010.
- Głowacka M. D., Galicki J., Mojós E., *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
- Golinowska S. (red.) *Zarys Systemu Ochrony Zdrowia. Polska 2012*, NFZ, Warszawa 2012.
- Golińska-Pieszyńska M., *Polityka wiedzy a współczesne procesy innowacyjne*, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
- Górska A., *Kraków: jedna doba w szpitalu kosztuje jak dobry hotel*, „Gazeta Krakowska”, 26.02.2010.
- Graliński J., *Ranking szpitali, jako element społeczeństwa obywatelskiego*, [w:] Korporowicz V. (red.), *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2004.
- Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2007.
- Gruć K., *Outsourcing jako alternatywa dla tradycyjnych metod zarządzania*, Zeszyty naukowe Politechniki Śląskiej, „Organizacja i Zarządzanie” nr 18, 2004.
- Grudzewski W. M., Hejduk I. K., *Zarządzanie wiedzą w przedsiębiorstwach*, Difin, Warszawa 2004.
- Grudzewski W., Hejduk I. K., *Metody projektowania systemów zarządzania*, Difin, Warszawa 2004.
- Grzegorzczak W., *Wybrane problemy zarządzania i finansów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.
- Grzesik W., *Informatyczne usługi outsourcingowe – proste rozwiązania na trudne czasy*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 1/2002, tom IV.
- Haas Edersheim E., *Przesłanie Druckera*, Wyd. MT Biznes, Warszawa 2009.
- Hamrol A., Mantura W., *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2002.
- Harrington H. J., *The complete Benchmarking implementation Guide. Total Benchmarking Management*, McGraw-Hill, New York, 1996.
- Hass-Symotiuć M., *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Hayes D. K., Ninemeier J. D., *Human Resources Management in the Hospitality Industry*, John Wiley&Sons, New Jersey 2009.
- Hopej M., Kral Z. (red.) *Współczesne metody zarządzania w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2011.
- Horosć P. (red.) *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012;
- Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego za rok 2011*, Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie, Lublin 2012.
- Janik J., *Outsourcing usług niemedyycznych w szpitalach. Czyżby w odwrocie?*, „Rynek Zdrowia”, 2017.

- Jenster P., Pedersen H. S., Plackett P., Hussey D., *Outsourcing – insourcing Can vendors make money from the new relationship opportunities?*, John Wiley&Sons, England 2005.
- Jeruzalski T., *Efektywność i skuteczność wdrażania systemów IT w administracji publicznej. Wspomaganie procesów podejmowania decyzji*, CeDeWu, Warszawa 2009.
- John R. F., *How to use benchmarking in Business*, <http://management.about.com/cs/benchmarking/a/Benchmarking.htm>., data dostępu: 24.09.2010.
- Jones G., *Organizational Theory and Design*, Addison-Wesley, Reading, Mass. 1998.
- Kamande A. G., *Benchmarking of Performance Measure In UK Engine Plants*, Cranfield University, Cranfield 1997.
- Kaplan R.S., Norton D.P., *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działanie*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Karkowski T., *Restrukturyzacja szpitali*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Kautsch M., Ponikło W., Styło W., *Rozważania o Outsourcingu*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 1/2002, t. 4
- Kavosi Z., Rahimi H., Khanian S., Farhadi P., Kharazmi E., *Factors influencing decision making for healthcare services outsourcing: A review and Delphi study*, Medical Journal of The Islamic Republic of Iran, Iran University of Medical Sciences, Volume 32, 2018.
- Keehley P., Abercrombie N.N., *Benchmarking in the Public and Non-Profit Sectors. Best Practices for Achieving Performance Breakthroughs*, Jossey-bass, San Francisco 2008.
- Kieżun W., *Podstawy organizacji i zarządzania*, KiW, Warszawa 1977.
- Kisperska-Moroń D., *Benchmarking jako narzędzie zarządzania logistycznego*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2000.
- Kisperska-Moroń D., *Podstawy benchmarkingu (1)*, „Gospodarka Materiałowa i Logistyka” 2000 nr 2.
- Kister A., *Działania outsourcingowe szpitali – przegląd badań*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 471, Wrocław 2017.
- Kister A., *Koszty niezgodności w doskonaleniu jakości zarządzania szpitalem publicznym*, Wyd. UMCS, Lublin 2018.
- Kłak M., *Zarządzanie wiedzą we współczesnym przedsiębiorstwie*, Wyd. Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. prof. E.Lipińskiego w Kielcach, Kielce 2010.
- Kłós M., *Outsourcing w polskich przedsiębiorstwach*, CeDeWu, Warszawa, 2009.
- Kolwitz M., *Polski System Ochrony Zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych Państw Unii Europejskiej*, Roczniki pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2010, 56, 3.
- Kopczyński T., *Outsourcing w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, PWE, Warszawa 2010.
- Korporowicz V. (red.), *Zarządzanie systemem ochrony zdrowia. Aspekty ekonomiczno-społeczne*, Oficyna Wydawnicza Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2012.
- Korporowicz V. (red.), *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa 2004.
- Korzeniowska A., *Outsourcing w bankach komercyjnych*, Difin, Warszawa, 2009.

- Kostera M., *Nowe kierunki w zarządzaniu*. Podręcznik akademicki, Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
- Kotłęga D., Nowicki P., Lewiński D. i inni, *Outsourcing – teoria i zastosowanie w Szpitalu Klinicznym w Szczecinie, na przykładzie usług transportu i utylizacji odpadów medycznych*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, Szczecin 2011.
- Kowal J., *Metody statystyczne w badaniach sondażowych rynku*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Kowalczewski W., *Zarządzanie organizacjami w teorii i praktyce*, Difin, Warszawa 2008.
- Kowalczyk L., *Nowoczesne koncepcje w zarządzaniu organizacjami publicznymi*, [w:] Kozuch B. (red.) *Zarządzanie w sektorze publicznym*, Fundacja Współczesne Zarządzanie, Białystok 2003.
- Kowska I., *Odpowiedzialność publiczna oraz dostępne mechanizmy realizowania polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce*, „Zdrowie i Zarządzanie”, 2005.
- Kozina A., Wronka M. J., *Wykorzystanie analizy interesariuszy do zarządzania publiczną jednostką ochrony zdrowia*, [w:] Gołuchowski J., Frączkiewicz-Wronka A. (red.) *Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym '08 Konwersja wiedzy*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2008.
- Kozuch B., *Skuteczne współdziałanie organizacji publicznych i pozarządowych*, Monografie i Studia Instytutu Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
- Kozuch B., Tylek A., *Współczesne koncepcje w zarządzaniu publicznymi organizacjami ochrony zdrowia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 13, z. 5 2012.
- Kozuch B., *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji*, Wyd. Placet, Warszawa 2004.
- Krajewska A. M., *Outsourcing w placówkach medycznych*, www.emedyk.pl.
- Krawczyk-Sołtys A., *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych. Identyfikacja poziomu i kierunki doskonalenia*, Wyd. Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2013.
- Kuczeńska J., *Europejska procedura benchmarkingu, programy i działania*. www.parp.gov.pl/files/74/81/158/2007euprocbenchmarkingu.pdf.
- Kupczyk A., Korolewska-Mróż H., Czerwona M., *Radykalne zmiany w firmie od reengineeringu do organizacji uczącej się*, Wyd. INFOR, Warszawa 1998.
- Kwiatkowska A., *Outsourcing jako element strategii działalności naprawczej w przedsiębiorstwie*, [w:] Bendkowski J. (red.) *Wybrane elementy zarządzania logistyką w przedsiębiorstwie*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2008.
- Lasa U., Kautsch M., *Efekty wdrożenia planu strategicznego w pionie pielęgniarstwa w Zespole Opieki Zdrowotnej w Suchoj Beskidzkiej – studium przypadku*, [w:] Lewandowski R., Walkowiak R., Kautsch M. (red.) *Współczesne wyzwania menedżerskie w ochronie zdrowia*, Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania, Olsztyn 2009.
- Lendzion J. P., Stankiewicz-Mróż A., *Wprowadzenie do organizacji i zarządzania*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2011.

- Lewandowska H., *Outsourcing. Model zarządzania w podmiotach sektora ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2010.
- Lewandowska H., *Zamówienia publiczne w ochronie zdrowia*, Difin, Warszawa 2007.
- Lindenau-Stockfisch V., *Lean Management in Hospitals, Principles and Key Factors for Successful Implementation*, Diplomica Verlag, Hamburg 2011.
- Łuczak J., Wolniak R., *Ocena skuteczności zastosowania metody CAF w procesie doskonalenia administracji samorządowej*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej „Organizacja i Zarządzanie”, 2013, z. 67.
- Łysoń P. (red.), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2012.
- Machaczka J., *Podstawy zarządzania*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2001.
- Maciejewicz J., *Uwarunkowania ekonomiczne i organizacyjne zastosowania outsourcingu*, [w:] *Outsourcing. Usprawnienie funkcjonowania firmy poprzez obsługę zewnętrzną*, Institute for International Research, Warszawa 1999.
- Majchrzak-Kłokocka E., Olejarz A., *Outsourcing w zakładach opieki zdrowotnej – szanse czy zagrożenia?*, [w:] Lewandowski R., Walkowiak R., Kautsh M. (red.) *Współczesne wyzwania menadżerskie w ochronie zdrowia*, Wyd. Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn 2009.
- Majewska-Bator M., *Benchmarking jako narzędzie wspomagające rozwój wiedzy na poziomie organizacji i kraju*, [w:] Urbanowska-Sojkin E. (red.) *Wybory strategiczne w przedsiębiorstwach. Uwarunkowania*, Zeszyty Naukowe 169, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2011.
- Marcinkowska E., *Outsourcing w zarządzaniu szpitalem publicznym*, „Wolters Kluwer business”, Warszawa 2010.
- Marciszewska E., Pieriegud J., *Benchmarking and Best Practices In Transport Sector*, Warsaw School of Economics, Warsaw 2009.
- Martyniak Z., *Metody organizowania procesów pracy*, PWE, Warszawa 1996.
- Martyniak Z., *Nowe metody i koncepcje zarządzania*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2002.
- Matejun M., *Patologie outsourcingu w teorii i praktyce gospodarczej*, [w:] Kowalczewski W., Matwiejczuk W. (red.) *Aktualne problemy zarządzania organizacjami*, Wyd. Difin, Warszawa 2008.
- Mcdonnell J., Jones C., *Benchmarking best practice in mental health care services*, „Nursing Management”, Volume 16, Number 10/2010.
- Meek K.L., Williams P., Unterschuetz C.J., *Outsourcing an Effective Postdischarge Call Program A Collaborative Approach*, Nursing Administration Quarterly, 2018, Apr 42(2).
- Mielcarek P., *Metoda case study w rozwoju teorii naukowych*, „Organizacja i kierowanie”, nr 1 (161), 2014.
- Mikuła B., *Elementy współczesnego zarządzania. W kierunku organizacji inteligentnych*, Wyd. Antykwa, Kraków 2001.

- Modern management methods and the organization of health services*, World Health Organization, Geneva 1974.
- Mokrzycka A., Kowalska I., *Podmioty lecznicze w Polsce w perspektywie reform zdrowotnych*, Wyd. Difin, Warszawa 2012.
- Moroz G., Orzeł Z., *Prowadzenie działalności leczniczej. Zakłady opieki zdrowotnej, praktyki lekarskie i pielęgniarskie oraz inne podmioty w świetle ustawy o działalności leczniczej*, Wyd.C.H.Beck, Warszawa 2012.
- Murkowski M., Koronkiewicz A. (red.) *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania*, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1997.
- Niemczyk J., *Outsourcing*, [w:] Perechuda K. (red.) *Zarządzanie przedsiębiorstwem przyszłości*, Placet, Warszawa 2000.
- Nogalski B., Walentynowicz P., *Nowoczesne koncepcje zarządzania w przedsiębiorstwach produkcyjnych regionu pomorskiego – próba oceny*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu w Gdyni, Nr 7, 2004.
- Nutt P. C., *Comparing public and Private sector Decision-Making Practices*, „Journal of Public Administration Research and Theory”, no.16 (2) 2005.
- Oblój K., *Strategia sukcesu firmy*, PWE, Warszawa, 1998.
- Opolski K., Dykowska G., Moździoń M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Warszawa 2003.
- Orzeł Z., *Benchmarking – metoda oceny efektywności działalności szpitala*, [w:] Moroz G., Orzeł Z. (red.) *Prowadzenie działalności leczniczej. Zakłady opieki zdrowotnej, praktyki lekarskie i pielęgniarskie oraz inne podmioty w świetle ustawy o działalności leczniczej*, Wyd. C.H.Beck, Warszawa 2012.
- Orzeł Z., *Zastosowanie benchmarkingu kosztów jako metody oceny efektywności funkcjonowania szpitali*, Instytut Medycyny Wsi im. W. Oczki w Lublinie, Lublin 2012, rozprawa doktorska.
- Owen J., *Zarządzanie, Czego nie uczą w szkołach biznesu*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003.
- Pałucha K., *Nowoczesne metody w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, „Organizacja i Zarządzanie”, z. 60, 2012.
- Paszkowska M., *Zarys finansowania systemu zdrowotnego w Polsce*, <http://www.e-finance.com>, data dostępu: 22.03.2013.
- Pawłowska E., Sitko-Lutek A., *Jakość usług medycznych na przykładzie publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej*, „Problemy jakości”, 2011/9.
- Peltier J., Dahl A., *The relationship between employee satisfaction and hospital patient experiences*, Forum For People Performance Management and Measurement, Wisconsin 2009.
- Penc J., *Menedżer w działaniu. Sekrety prowadzenia biznesu*, C.H.Beck, Warszawa 2003.
- Perechuda K., Kowalewski M., *Zarządzanie komercyjną firmą medyczną*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.

- Perechuda K., *Zarządzanie wiedzą w organizacji*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Peters A., Otter J., Moldovan A., Parneix P., Voss A., Pittet D., *Keeping hospitals clean and safe without breaking the bank; summary of the Healthcare Cleaning Forum 2018*, "Antimicrobial Resistance & Infection Control", 2018 (7).
- Pihowicz N., Augustynowicz A., Łukasik A., Tarkowski K., Kister A., Zdybała M., Wdowiak A., *National Health Fund control activities over the provision of dental services*, "European Journal of Medical Technologies", 1 (22) 2019.
- Power M. J., Desouza K. C., Bonifazi C., *Outsourcing. Podręcznik sprawdzonych praktyk*, MT Biznes, Warszawa 2008.
- Probst G., Raub S., Romhardt K., *Zarządzanie wiedzą w organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
- Radło M. J., *Outsourcing w strategiach przedsiębiorstw*, [w:] Ciesielska D., Radło M. J. (red.) *Outsourcing w praktyce*, Poltext, Warszawa 2011.
- Rigby D., Bilodeau B., *Management Tools and Trends 2009*, Bain & Company, Boston.
- Rosiek A., Leksowski K., *Infrastruktura szpitala, a satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego*, Materiały XVI Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej”, Kraków 2012.
- Rószkiewicz M. (i inni), *Projektowanie badań społeczno-ekonomicznych. Rekomendacje i praktyka badawcza*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Różański J., *Outsourcing a możliwości rozwojowe małego przedsiębiorstwa*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstw”, nr specjalny 2008.
- Rybiński K., *Outsourcing i offshoring usług. Siatka pojęć, trendy i bariery rozwojowe*, [w:] Szymaniak A. (red.) *Globalizacja usług. Outsourcing, offshoring i shared services centers*, Wyd. Naukowe INPiD UAM, Poznań 2007.
- Rybiński M., *Krótkie wprowadzenie do R dla programistów, z elementami statystyki opisowej*, WMiM UW, 2011.
- Rydlewska-Liszowska I., *Lean Management – doskonalenie zarządzania w podmiotach leczniczych*, [w:] Lewandowski R., Kautsch M., Sułkowski Ł. (red.) *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 14, z. 10, część I, Łódź 2013.
- Schermerhorn J. R., *Zarządzanie*, PWE, Warszawa 2008.
- Schulz R., Johnson A.C., *Management of Hospitals and Health services. Strategic Issues and Performance*, Beard Books, Washington 2003.
- Shirdeli M., Zare S., Kharazmi E., Rezaee R., Maher M.H., *Presenting a Model to Evaluate Factors Affecting Outsourcing of Health Information Technology Services*, "Acta Informatica Medica Journal", 2018 Oct, 26(3).
- Shortell S. M., Kaluzny A. D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001.
- Sitko-Lutek A., *Kształtowanie kompetencji menedżerskich i kultury organizacyjnej w gospodarce sieciowej*, [w:] Karbownik A. (red.) *Paradygmat sieciowy. Wyzwania dla teorii i praktyki zarządzania*, Wyd. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2013.

- Sitko-Lutek A., *Nowy paradygmat doskonalenia menedżerów*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, 2006, nr 3–4.
- Sitko-Lutek A., Pawłowska E., *Zarządzanie kompetencjami publicznych zakładów opieki zdrowotnej poprzez doskonalenie kapitału społecznego*, „Organizacja i Zarządzanie” Gliwice 2011, nr 3(15).
- Sitko-Lutek A., Cholewa-Wiktor M., *Benchmarking for public hospitals – research findings*, „International journal of Contemporary Management”, 14(2), 2016.
- Siwińska V. (i inni), *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i w wybranych państwach europejskich*, „Zdrowie Publiczne”, 2008, 118(3).
- Skrzypek E., *Jakość i efektywność*, Wyd. UMCS, Lublin 2000.
- Skrzypek E., *Nowoczesne trendy w zarządzaniu a doskonalenie zarządzania*, [w:] E. Czernyszewicz, E. Kołodziej (red.), *Jakość i zarządzanie w agrobiznesie. Wybrane aspekty*, Wyd. UP, Lublin 2018.
- Sobolewski K., *O pojęciu skuteczności i pojęciach związanych*, Wyd. Uczelniane Politechniki Koszalińskiej, Koszalin 1998.
- Sower V. E., *Benchmarking In Hospitals: More Than a Scorecard*, „Quality Progress”, August 2007.
- 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.
- Stabryła A., *Zarządzanie projektami ekonomicznymi i organizacyjnymi*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Stapenhurst T., *The benchmarking book :A how-to-guide to best practice for menagers and practitioners*, Butterworth-Heinemann, Oxford 2009.
- Stasik M., Badińska E., *Outsourcing w budowaniu konkurencyjności*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa”, 2010, nr 7.
- Stępniewski J., *Zarządzanie szpitalem. Kompendium menedżera*, Wyd. Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2005.
- Stępniewski J., Bugdol M., *Costs Organization and Management of Hospitals*, Jagiellonian University Press, Kraków 2010.
- Stępniewski J., Karnej P., Kęsy M. (red.), *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Stoner J., Freeman E., Gilbert D., *Kierowanie*, PWE, Warszawa, 1997.
- Suchecka J., *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków 2010.
- Sułkowski Ł., Seliga R. (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012.
- Swanton M., *The truth about benchmarking*, <http://www.insidecounsel.com>.
- Swayne L. E., Duncan W. J., Ginter P. M., *Strategic Management of Health Care Organizations*, Jossey-Bass A Willey Imprint, Chichester England 2008.
- Szczęsny J., *Szpital jak salami*, Menedżer Zdrowia, 2/2006.

- Śzewczuk A., M. Ziolo, *Zarys ekonomiki sektora publicznego*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2008.
- Szynkiewicz P., *Nowoczesne metody zarządzania a specyfika sektora ochrony zdrowia*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t.13, z. 5, 2012.
- Świdarska G. K., *Jak czytać sprawozdanie finansowe*, Difin, Warszawa 2013.
- Świdarska G. K. (red.), *Rachunek kosztów w Zakładzie Opieki Zdrowotnej. Podręcznik*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2013.
- Świdarska G. K., W. Więclaw (red.), *Sprawozdanie finansowe według polskich i międzynarodowych standardów rachunkowości*, Wyd. 2, Difin, Warszawa 2012.
- Targalski J., *Podjęmowanie decyzji*, [w:] Stabryła A, Trzcieniecki J. (red) *Organizacja i Zarządzanie*, PWN, Warszawa 1986.
- Tas S., Aygen Zetter S., Caylak M., *The motivation of hospital Staff members: an implementation in Antalya province*, „The International Journal of Social Sciences”, vol. 8 no. 1, 2013.
- Thompson J. M., *Health services administration*, [in:] Chisolm S. (ed.) *The health professions: Trends and opportunities in U.S. health care*, Johns and Barlett Publishers, Sudbury 2007.
- Thonon F., Watson J., Saghatchian M., *Benchmarking facilities providing care: An international overview of initiatives*, SAGE Open Medicine, vol. 3, First Published September 23, 2015, p.2.
- Toffolutti V., Reeves A., McKee M., Stuckler D., *Outsourcing cleaning services increases MRSA incidence: Evidence from 126 english acute trusts*, „Social Science & Medicine (1982)”, 2017 Feb; 174.
- Tompkins J. A., Simonson S. W., Tompkins B. W., Upchurch B. E., *Logistics and Manufacturing Outsourcing*, Tompkins Press, North Carolina 2005.
- Trocki M., *Nowoczesne zarządzanie projektami*, PWE, Warszawa 2012.
- Trocki M., *Outsourcing Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2001.
- Tsasis P., Harber B., *Using the balanced scorecard to mobilize human resources in organizational transformation*, Health Services Manage Research, 2008 May, 21(2).
- Tylek A., *Zastosowanie nowych koncepcji zarządzania a sprawność publicznych szpitali*, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Kraków 2011, rozprawa doktorska.
- Van Lent W A. M., De Beer R. D., Van Harten W. H., *International Benchmarking of Specialty Hospitals. A Series of Case Studies on Comprehensive Cancer Centers*, BMC Health Services Reaearch 2010, no. 10.
- Vollmuth H. J., *Controlling*, Placet, Warszawa 2000.
- Vaughan E., *Key Strategy Tools: The 80+ Tools for Every Manager to Build a Winning Strategy*, FT Publishing, UK 2013.
- Wasilewski L., *Do czego służy TQM?*, „Problemy jakości”, nr 3, 1998.
- Waśniewski J., *Wykorzystanie outsourcingu w wybranych systemach ochrony zdrowia*, „Ekonomia i prawo w ochronie zdrowia”, 2016 nr 1.

- Watson G. H., *Strategic benchmarking*, John Wiley&Sons Inc., New York 1993.
- Węgrzyn A., *Benchmarking. Nowoczesna metoda doskonalenia przedsiębiorstwa*, Wyd. Antykwa, Kluczbork-Wrocław 2000.
- Wijers G., Verhoef D., *IT Outsourcing Part 1: Contracting the partner – A Management Guide*, Van Haren Publishing, Amersfoort 2009.
- Wiercińska, A., *Luki w metodyce benchmarkingu szpitali na przykładzie województwa pomorskiego*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Rachunkowość a controlling, Nr 440, Wrocław, 2016.
- Wind A., Harten W. H. van, *Benchmarking specialty hospitals, a scoping review on theory and practice*, BMC Health Service Research, 2017.
- Witczak I., *Ekonomika szpitala uwarunkowania, elementy, zasady*, CeDeWu, Warszawa 2009.
- Włodarczyk C., Paździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys Problematyki*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Wojciechowski J., *Outsourcing – nowe narzędzie w procesie restrukturyzacji przedsiębiorstwa*, Zeszyty naukowe nr 878, Łódź 2000.
- Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- Zabawa J., Krawczyk R., *Benchmarking procesów biznesowych w bankowości*, „Bankowość Komercyjna”, styczeń 2006.
- Zacharski B., *Błąd systemowy przyczyną zadłużenia szpitali*, [w:] Ryć K., Skrzypczak Z. (red.) *Ochrona zdrowia i gospodarka. Dylematy zarządzania*, Wyd. Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2006.
- Zairi M., Leonard P., *Practical Benchmarking: The Complete Guide*, Chapman&Chall, London 1996.
- Zieleniewski J., *Organizacja i zarządzanie*, PWN, Warszawa 1969.
- Ziębicki B., *Benchmarking w doskonaleniu organizacji usług użyteczności publicznej*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2007.
- Ziębicki B., *Wykorzystanie benchmarkingu w doskonaleniu działalności instytucji użyteczności publicznej*, Zeszyty Naukowe nr 3, Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Bochni, Bochnia 2005.
- Zimniewicz K., *Współczesne koncepcje i metody zarządzania*, Polskie Wyd. Ekonomiczne, Warszawa 2003.
- Zymonik Z., Fiałkowska M., *Integracja w zarządzaniu opieką zdrowotną*, „Problemy jakości”, nr 7–8/2013.
- Zymonik Z., Hamrol A., Grudowski P., *Zarządzanie jakością i bezpieczeństwem*, PWE, Warszawa 2013.
- Zymonik J., Zymonik Z. (red.), *Zarządzanie jakością w procesie integracji europejskiej*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 2006.
- Żyra M. (red.), *Zdrowie i Ochrona zdrowia w 2013 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.

Akty prawne

Konstytucja RP.

PN-EN ISO 9000:2005.

Prawo zamówień publicznych Dz. U. z 2010, Nr 113, poz. 759.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych z dn. 22 grudnia 1998 r.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2008.164.1027.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2019 r.

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. Dz.U.07.14.89.

Ustawa z dnia 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz.U. z 2020 poz. 266 ze zm.

Ustawa z dnia 17 września 2020 r.o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2020 poz. 1639.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U.2020.0.1398

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2020 poz. 295

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dn. 30 sierpnia 2012 w sprawie zakresu czynności Sekretarza Stanu oraz Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, §2 DZ.URZ.Min. Zdr.2012.67.

Zarządzenie Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 29 listopada 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

Zarządzenie Nr 128/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 30 września 2019 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych.

Zarządzenie Nr 45/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dn. 11 kwietnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Zarządzenie nr 140/2020/dsoz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 września 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem covid-19.

Rozporządzenie Ministra zdrowia z dn. 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2017 poz 832.

Źródła internetowe

<http://www.businessdictionary.com/definition/benchmark.html>.
<http://www.egospodarka.pl/60613,Outsourcing-w-Polsce-2010-i-prognozy-2011,10,39,1.html>, 26 luty 2012.
http://www.emedyk.pl/artukul.php?idartukul_rodzaj=31&idartukul=408.
<http://www.lubelskie.pl/index.php?pid=830>.
<http://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/dzial5.pdf>.
http://www.marketing.org/files/Hospital%20Study%20Relationship%20Btwn%20Emp_%20Satisfaction%20and%20Pt_%20Experiences.pdf.
http://www.plan.lubelskie.pl/Tom_2/Roz2_05.htm.
<http://www.portretyszpitali.pl>.
<http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Lubelskie-szpitala-wysoko-w-rankingu-Forbesa,136957,1.html>.
<http://www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artukul/konwent-szpitali-powiatowych-wojewodztwa-lubelskiego-wybral-zarzad>.
<http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=998&ml=pl&mi=998&mx=0&mt=&my=936&ma=07986>.
Ministerstwo Zdrowia: Rozporządzenia, zadania i funkcje Ministerstwa Zdrowia, <http://www.ministerstwo-zdrowia.6th.pl/>.
<http://www.outsourcing-faq.com>.
<http://www.r-project.org>.
http://www.who.int/topics/health_systems/en/.
<http://www.parp.gov.pl/files/74/81/158/2007euprocbenchmarkingu.pdf>
<http://www.zus.pl/pracujacy/ubezpieczenie-zdrowotne-w-polsce/wyskosc-skladki-na-ubezpieczenie-zdrowotne>
<http://www.politykazdrowotna.com/51172,oecd-w-polsce-wydatki-na-zdrowie-to-63-proc-pkb-ile-stanowia-wydatki-publiczne>.
http://www.szpitala.org/wp-content/uploads/2017/10/Zeszyt_statystyczny.pdf
<http://www.bain.com/publications/articles/management-tools-and-trends-2015.aspx>.
<http://www.zus.pl/pracujacy/ubezpieczenie-zdrowotne-w-polsce/wysokosc-skladki-na-ubezpieczenie-zdrowotne>,
<https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/obwieszczenie-w-sprawie-narodowego-rachunku-zdrowia-za-2018-rok,283,7.html>
<https://pulsmedycyny.pl/lista-19-szpitali-przekształcanych-na-zakazne-do-walki-z-covid-19-985029>
<https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/nik-o-korzystaniu-z-uslug-zewnetrznych-przez-szpitala.html>

Załączniki

Załącznik 1. Kwestionariusz ankiety

KWESTIONARIUSZ ANKIETY

Szanowni Państwo,

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety. Uzyskane z niej informacje posłużą wyłącznie do celów naukowych. Bardzo proszę o udzielenie szczerzej odpowiedzi na wszystkie pytania.

Z góry dziękuję za poświęcony czas.

BENCHMARKING

1. Czy szpital korzysta z benchmarkingu (rozumianego jako usprawnienie szpitala poprzez porównywanie swoich działań do najlepszych wyników lub działań: własnych oddziałów, szpitali lub innych organizacji)?

☐ Tak ☐ Nie

2. Czy stosowanie benchmarkingu ma charakter działań:

- ☐ Stałych (stałe monitorowanie najlepszych)
- ☐ Cyklicznych (powtarzanych w pewnych odstępach czasu)
- ☐ Sporadycznych (od problemu do problemu)

3. Jakie rodzaje benchmarkingu są stosowane przez szpital?

- ☐ Wewnętrzny (porównywanie wewnątrz własnej organizacji)
- ☐ Zewnętrzny (porównywanie do innych organizacji)

4. Jeśli szpital korzysta z benchmarkingu zewnętrznego to jaki jego rodzaj jest stosowany?

- ☐ Konkurencyjny (porównywanie do konkurencji)
- ☐ Ogólny (porównywanie do organizacji działających w innej branży)

5. Które z obszarów benchmarkingu są przedmiotem zainteresowania szpitala?

- | | |
|--|---------------------------------|
| ☐ Strategia | ☐ Wyniki |
| ☐ Procesy | ☐ Inne, |
| ☐ Produkty (oferowane usługi) | jakie?..... |
| ☐ Metody zarządzania | |

6. Które formy benchmarkingu są najczęściej stosowane? Proszę zaznaczyć częstotliwość zgodnie z następującą skalą, gdzie 1 – oznacza nigdy, a 5 – bardzo często:

Częstość stosowania	1	2	3	4	5
Porównywanie analogicznych procesów pomiędzy jednostkami tego samego szpitala (benchmarking wewnętrzny)					
Porównywanie szpitala do najlepszych zakładów opieki zdrowotnej (benchmarking zewnętrzny)					
Porównywanie podobnych funkcji, czy procedur do przedsiębiorstw spoza sektora służby zdrowia (benchmarking funkcjonalny)					

7. W jaki sposób szpital uzyskuje informacje o najlepszych?

- ☐ Samodzielne zbieranie informacji ze źródeł ogólnodostępnych
- ☐ Dostarczenie niezbędnych informacji od porównywanego szpitala
- ☐ Dostarczenie niezbędnych informacji od porównywanych organizacji z innych branż
- ☐ Inne, jakie?.....

8. Proszę wskazać 3 najważniejsze motywy stosowania przez szpital benchmarkingu, (proszę je oznaczyć od 1 do 3, gdzie 1 – oznacza najważniejszą):

- ☐ Zdobycie nowej wiedzy
- ☐ Zwiększenie zadowolenia pacjenta
- ☐ Obniżenie kosztów
- ☐ Podniesienie pozycji konkurencyjnej
- ☐ Przeprojektowanie struktury, czy procesów, czy działań
- ☐ Poprawa efektywności działania

9. Proszę wskazać 3 najważniejsze przeszkody w stosowaniu benchmarkingu (proszę je oznaczyć od 1 do 3, gdzie 1 – oznacza najważniejszą):

- ☐ Brak jednoznacznej identyfikacji szpitali-liderów
- ☐ Brak przedsiębiorstw (innych niż szpitale), które można porównywać
- ☐ Brak chęci współpracy w wymianie informacji z liderami
- ☐ Brak wymiany informacji pomiędzy szpitalami
- ☐ Brak dostępu do informacji
- ☐ Wysokie koszty metody
- ☐ Brak czasu
- ☐ Niechęć ze strony pracowników
- ☐ Przeszkody prawne i etyczne

10. Proszę wskazać, które etapy wprowadzania benchmarkingu są realizowane przez szpital?

- ☐ Określenie obszaru benchmarkingu
- ☐ Analiza własnej organizacji
- ☐ Gromadzenie danych i informacji
- ☐ Wybór partnera benchmarkingu
- ☐ Opracowanie usprawnień
- ☐ Wdrożenie nowych rozwiązań
- ☐ Monitorowanie efektów

11. Czy w przyszłości szpital zamierza korzystać z benchmarkingu?

- ☐ Nie
- ☐ Tak (w jakich obszarach?).....

12. Czy zastosowanie benchmarkingu w zarządzaniu placówką wpłynęło na:

- ☐ Poprawę wyniku finansowego szpitala
- ☐ Wzrost poziomu satysfakcji pacjentów korzystających z usług szpitala
- ☐ Wzrost poziomu satysfakcji pracowników szpitala
- ☐ Skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do specjalisty/lub szpitala
- ☐ Wzrost poziomu jakości oferowanych przez szpital usług
- ☐ Wzmocnienie pozycji konkurencyjnej na rynku

II.OUTSOURCING

13. Czy szpital korzysta z usług firm zewnętrznych?

- ☐ Tak ☐ Nie

14. Z jakiego rodzaju outsourcingu korzysta szpital?

- ☐ Kontraktowego (polegającego na wydzieleniu funkcji z działań organizacji i przekazaniu jej wykonawcy zewnętrznemu)
- ☐ Kapitałowego (polegającego na wydzieleniu ze struktury organizacyjnej danej funkcji, która będzie realizowana przez tzw. spółkę córkę)

**15. Jaki jest główny powód zlecenia wykonywania usług firmom zewnętrznym,
(proszę wybrać 3 odpowiedzi, oznaczające je 1,2,3 gdzie 1– oznacza najważniejszy)?**

- | | |
|---|--|
| ☐ Ograniczenie wydatków | ☐ Dostęp do wiedzy i umiejętności |
| ☐ Chęć skupienia się na podstawowej działalności | ☐ Dostęp do nowych technologii |
| ☐ Chęć podniesienia jakości świadczonych usług | ☐ Uproszczenie struktury organizacyjnej |
| ☐ Możliwość dokładnego zaplanowania kosztów prowadzenia szpitala | ☐ Poprawa pozycji konkurencyjnej |
| | ☐ Inne (jakie?) |

16. Które z usług wykonywane są przez firmy outsourcingowe?

- | | |
|--|---|
| ☐ Sprzątanie | ☐ Żywienie |
| ☐ Transport | ☐ Pranie |
| ☐ Obsługa techniczna (konserwacja i naprawa sprzętu medycznego) | ☐ Prace remontowo-budowlane |
| ☐ Obsługa informatyczna | ☐ Diagnostyka laboratoryjna |
| ☐ Sterylizacja | ☐ Diagnostyka obrazowa |
| ☐ Ochrona mienia | ☐ Rehabilitacja |
| ☐ Obsługa prawna | ☐ Obsługa parkingu |
| ☐ Obsługa finansowa | ☐ Obsługa terenów zielonych wokół szpitala |
| ☐ Utylizacja odpadów | ☐ Inne (jakie?) |

17. Pracownicy dotychczas zatrudnieni w sektorze zleconym firmie outsourcingowej zostali:

- ☐ Zwolnieni
- ☐ Przeniesieni do innych działów
- ☐ Zatrudnieni przez firmę outsourcingową (zastrzeżono w umowie takie rozwiązanie)
- ☐ Inne rozwiązanie (jakie?).....

18. Obiekty, pomieszczenia i sprzęt wykorzystywany przez szpital do usług, które zlecono firmie zewnętrznej:

- | | |
|---|--|
| ☐ Wynajęto firmie outsourcingowej (partnerskiej) | ☐ Zmieniono przeznaczenie |
| ☐ Wynajęto innej firmie | ☐ Nic – pozostają niewykorzystane |
| ☐ Sprzedano | ☐ Inne (jakie?) |

19. Jakie korzyści przyniosło zastosowanie outsourcingu? (proszę zaznaczyć maksymalnie 3 odpowiedzi)

- ☐ Obniżenie kosztów działalności
- ☐ Podniesienie jakości usług pozamedycznych
- ☐ Skoncentrowanie się Zarządu na podstawowej działalności szpitala
- ☐ Terminowość wykonywanych usług
- ☐ Możliwość dokładnego planowania kosztów funkcjonowania szpitala
- ☐ Poprawa wizerunku szpitala
- ☐ Ekonomizacja wykorzystania eksploatowanego sprzętu
- ☐ Usprawnienie organizacji
- ☐ Zmniejszenie frustracji pracowników medycznych wynikającej z przekonania, że utrzymują finansowo nadmiernie rozbudowaną obsługę
- ☐ Redukcja zatrudnienia
- ☐ Korzystanie ze specjalistycznej wiedzy
- ☐ Poprawa warunków pracy
- ☐ Inne (jakie?).....

20. Z jakimi problemami wiąże się zastosowanie outsourcingu? (proszę zaznaczyć maksymalnie 3 odpowiedzi)

- ☐ Uzależnienie się od zewnętrznych wykonawców
- ☐ Możliwość nieoczekiwanego podniesienia cen usług
- ☐ Niewielki wpływ Zarządu na pracowników firm świadczących usługi
- ☐ Możliwość odmowy przez zewnętrzne firmy wykonywania usługi w momencie zaistnienia trudności płatniczych szpitala
- ☐ Niewywiązywanie się firmy outsourcingowej z umowy (niesolidny wykonawca)
- ☐ Utrata tożsamości
- ☐ Wystąpienie nieprzewidzianych kosztów np. transakcyjnych
- ☐ Spadek motywacji wśród personelu
- ☐ Inne (jakie?).....

21. Wdrażając outsourcing do zarządzania placówką, które etapy tej metody są realizowane przez szpital?

- | | |
|--|--|
| ☐ Ocena sytuacji strategicznej szpitala | ☐ Inicjacja projektu i przeniesienie pracy na |
| ☐ Analiza potrzeb | zewnątrz |
| ☐ Ocena dostawców | ☐ Zarządzanie relacjami z firmą |
| ☐ Negocjowanie kontraktu | outsourcingową |

22. Czy w przyszłości planowana jest kontynuacja usług powierzonych firmom outsourcingowym?

- ☐ Tak, wszystkich
- ☐ Tak, ale nie wszystkich (jakich nie?).....
- ☐ Nie

23. Czy w przyszłości planowane jest zlecenie firmom outsourcingowych nowych usług?

- ☐ Nie
- ☐ Tak (jakich?).....

24. Czy zastosowanie outsourcingu w zarządzaniu placówką wpłynęło na:

- ☐ Poprawę wyniku finansowego szpitala
- ☐ Wzrost poziomu satysfakcji pacjentów korzystających z usług szpitala
- ☐ Wzrost poziomu satysfakcji pracowników szpitala
- ☐ Skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie do specjalisty/lub szpitala
- ☐ Wzrost poziomu jakości oferowanych przez szpital usług
- ☐ Wzmocnienie pozycji konkurencyjnej na rynku

METRYCZKA

25. Proszę podać do jakiego poziomu referencyjnego należy szpital?

- ☐ Szpital udziela świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, anestezjologii, intensywnej terapii
- ☐ Szpital wojewódzki udziela, obok świadczeń zdrowotnych w wymienionych wyżej specjalnościach, świadczenia z co najmniej czterech następujących specjalności: kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej
- ☐ Szpital kliniczny lub jednostki badawczo rozwojowe Ministerstwa Zdrowia

26. Proszę wskazać najważniejsze grupy interesu szpitala, zaznaczając krzyżyk we właściwym polu, gdzie 1 – oznacza grupę najważniejszą, zaś 5 – grupę najmniej ważną.

Waga Grupa	1 Najważniejsza	2 Bardzo ważna	3 Ważna	4 Mało ważna	5 Najmniej ważna
Pacjenci					
Pracownicy					
NFZ					
Dostawcy					
Inne organizacje np. banki					

27. Jaka jest kondycja finansowa placówki?

- ☐ Szpital nie ma długów → proszę przejść do pyt. 5.
- ☐ Długi szpitala maleją w stosunku do roku poprzedniego
- ☐ Długi szpitala narastają w stosunku do roku poprzedniego

28. Jakie są przyczyny zadłużenia?

- ☐ Zobowiązania względem firm farmaceutycznych
- ☐ Przestarzała infrastruktura
- ☐ Mały kontrakt z NFZ
- ☐ Inne (jakie?).....

**29. W jaki sposób obniżane są koszty funkcjonowania szpitala?
(proszę zaznaczyć maksymalnie 3 odpowiedzi)**

- ☐ Zwolnienia pracowników
- ☐ Zmniejszenie wynagrodzeń
- ☐ Ograniczenia w środkach i materiałach medycznych
- ☐ Stosowanie nowych metod zarządzania
- ☐ Inne (jakie?).....

30. Ilu pracowników zatrudnia szpital?

- ☐ Mniej niż 100
- ☐ 101-300
- ☐ 301-500
- ☐ Więcej niż 501

31. Ilość łóżek dla chorych dysponuje szpital?

- ☐ Mniej niż 50
- ☐ 51-150
- ☐ 151-250
- ☐ 251-500
- ☐ Powyżej 501

Załącznik 2. Program obliczeń wyników

```
library(nortest)
setwd("D:/CholewaWiktor")
daner=read.table("dane0.csv", sep=";", header=T)
daner=daner[1:35,]
# Testowanie normalnosci ->> dwyn
dwyn=data.frame(Naz=c(names(daner)[8],names(daner)[10],names(daner)[11]), m1=c(0), m1p=c(0),
m2=c(0), m2p=c(0), m3=c(0), m3p=c(0), m4=c(0), m4p=c(0))
for (j in c(8,10,11)){
daner[,j]=as.double(daner[,j])
m1=shapiro.test(daner[,j])
m2=ad.test(daner[,j])
m3=lillie.test(daner[,j])
m4=sf.test(daner[,j])
dwyn[dwyn$Naz==names(daner)[j],]=c(names(daner)[j],m1$statistic[[1]],          m1$p.value,
m2$statistic[[1]], m2$p.value,
m3$statistic[[1]], m3$p.value, m4$statistic[[1]], m4$p.value)
}
# Testy ->> dwyn1ANOVA
dwyn1=data.frame("Naz"=names(daner)[21:229], "an8"=c(0.0), "an8p"=c(0.0),
"kw8"=c(0.0), "kw8p"=c(0.0), "an10"=c(0.0), "an10p"=c(0.0),
"kw10"=c(0.0), "kw10p"=c(0.0), "an11"=c(0.0), "an11p"=c(0.0),
"kw11"=c(0.0), "kw11p"=c(0.0), "an15"=c(0.0), "an15p"=c(0.0),
"kw15"=c(0.0), "kw15p"=c(0.0), "an20"=c(0.0), "an20p"=c(0.0),
"kw20"=c(0.0), "kw20p"=c(0.0))
for (i in dtest) { print(names(daner)[i]) }
dtest=c(8,10,11,15,20)
for (i in 21:229) {
if (length(grep("com",names(daner)[i]))+length(grep("wazn",names(daner)[i]))==0) {
vec=c(names(daner)[i])
```

```

        for (j in dtest) {
          ramka=na.omit(data.frame("n1"=daner[,j], "n2"=daner[,i]))
          ramka$n2=as.factor(ramka$n2)
if (length(levels(ramka$n2))>1)
          m=anova(lm(n1~n2, data=ramka))
          vec=c(vec, m$"F value"[[1]], m$"Pr(>F)"[[1]])
          m1=kruskal.test(n1~n2, data=ramka)
          vec=c(vec, m1$statistic[[1]], m1$p.value[[1]])
        } else { vec=c(vec, NA, NA, NA, NA) }
      }
      dwyn1[dwyn1$Naz==vec[1,]]=vec
    }}
    dwyn2=data.frame("n1"=c("0"), "n2"=c("0"), "chi"=c(0.0), "chip"=c(0.0),
"phi"=c(0.0), "C"=c(0.0), "T"=c(0.0), "V"=c(0.0))
    dwyn2$n1=as.character(dwyn2$n1)
    dwyn2$n2=as.character(dwyn2$n2)
    # Korelacje
    for (i in 21:229) {
if (length(grep("com",names(daner)[i]))+length(grep("wazn",names(daner)[i]))==0) {
      for (j in (i+1):228) {
if (length(grep("com",names(daner)[j]))+length(grep("wazn",names(daner)[j]))==0) {
        ramka=na.omit(data.frame("n1"=daner[,i], "n2"=daner[,j]))
        if (length(levels(as.factor(ramka$n1)))>1 && length(levels(as.factor(ramka$n2)))>1){
          m=chisq.test(ramka$n1, ramka$n2)
          mst=m$statistic[[1]]
          pdp=m$p.value
          H=length(levels(as.factor(ramka$n1)))
          J=length(levels(as.factor(ramka$n2)))
          N=length(ramka$n1)
          phi=(mst/N)^0.5
          C=(mst/(N+mst))^0.5

```

```

T=(mst/(N*((H-1)*(J-1))^0.5))^0.5
V=(mst/(N*min(H-1,J-1)))^0.5
dwyn2=rbind(dwyn2, c(names(daner)[i],names(daner)[j],mst, pdp, phi, C, T, V))
} }
}} }

write.table(dwyn2, file="corr1.csv", sep=";")

write.table(dwyn, file="normal1.csv", sep=";")
write.table(dwyn1, file="anova1.csv", sep=";")

# Podzia≥ i statystyka chi^2
daner=data.frame(daner,"spol"=c(0), "ekon"=c(0))
daner$spol=as.integer(daner[,15]+daner[,20]>4)
daner$ekon=as.integer(as.integer(daner[,8]<80)+as.integer(daner[,10]>0.6)+as.integer(daner[,11]>0)
==3)
danek=data.frame(names(daner)[21:228], "ekon00"=c(0),"ekon01"=c(0), "ekon10"=c(0),"ekon11"=c(0),
"spol00"=c(0),
"spol01"=c(0), "spol10"=c(0), "spol11"=c(0), "chiekon"=c(0.0), "chiekonp"=c(0.0), "chispol"=c(0.0),
"chispolp"=c(0.0))
dtab=data.frame("p1"=c(0,0), "p2"=c(0,0))
for (i in 21:228) {
de0=as.numeric(daner[daner$ekon==0,i])
de1=as.numeric(daner[daner$ekon==1,i])
ds0=as.numeric(daner[daner$spol==0,i])
ds1=as.numeric(daner[daner$spol==1,i])
danek[i-20,2]=length(de0)-sum(de0)
danek[i-20,3]=sum(de0)
danek[i-20,4]=length(de1)-sum(de1)
danek[i-20,5]=sum(de1)
danek[i-20,6]=length(ds0)-sum(ds0)
danek[i-20,7]=sum(ds0)
danek[i-20,8]=length(ds1)-sum(ds1)

```



```

danek[i-20,9]=sum(ds1)
dtab[1,1]=danek[i-20,2]
dtab[1,2]=danek[i-20,3]
dtab[2,1]=danek[i-20,4]
dtab[2,2]=danek[i-20,5]
if ((!is.na(dtab[1,1])) && (!is.na(dtab[1,2])) && (!is.na(dtab[2,1])) && (!is.na(dtab[2,2]))
&& dtab[1,1]>0 && dtab[1,2]>0 && dtab[2,1]>0 && dtab[2,2]>0) {
d1=chisq.test(dtab, simulate.p.value = TRUE, B = 2000)
danek[i-20,10]=d1$statistic
danek[i-20,11]=d1$p.value
}
dtab[1,1]=danek[i-20,6]
dtab[1,2]=danek[i-20,7]
dtab[2,1]=danek[i-20,8]
dtab[2,2]=danek[i-20,9]
if ((!is.na(dtab[1,1])) && (!is.na(dtab[1,2])) && (!is.na(dtab[2,1])) && (!is.na(dtab[2,2]))
&& dtab[1,1]>0 && dtab[1,2]>0 && dtab[2,1]>0 && dtab[2,2]>0){
d1=chisq.test(dtab, simulate.p.value = FALSE, B = 2000)
danek[i-20,12]=d1$statistic
danek[i-20,13]=d1$p.value }
}
write.table(danek, file="chisq1.csv", sep=";")
# Statystyki opisowe
library(e1071)
danew=data.frame("pole"=c(""), "value"=c(""), "pole1"=c(""),
"pmax"=c(0.0), "pmin"=c(0.0),
"pmean"=c(0.0), "pmedian"=c(0.0), "pIQR"=c(0.0), "psd"=c(0.0),
"pmad"=c(0.0), "plen"=c(0), "pkurt"=c(0.0), "pskew"=c(0.0))
danew$pole=as.character(danew$pole)
danew$value=as.character(danew$value)
danew$pole1=as.character(danew$pole1)

```

```

pc=c(8,10,11,15,20)
for (i in 21:228) {
dt=as.factor(daner[,i])
j=1
while (!is.na(levels(dt)[j])){
for (k in pc) {
w0=daner[dt==levels(dt)[j],k]
w0=w0[!is.na(w0)]

ww1=c(as.character(names(daner)[i]), as.character(levels(dt)[j]), as.character(names(daner)[k]),
max(w0), min(w0),
mean(w0), median(w0), IQR(w0), sd(w0),
mad(w0), length(w0), kurtosis(w0), skewness(w0))
danew=rbind(danew,ww1)
}
j=j+1}
}
danew=danew[2:length(danew[,1]),]
write.table(danew, file="opisowe1.csv", sep=";")
write.table(daner, file="dane2.csv", sep=";")
write.table(data.frame("nr"=seq(1,length(names(daner))), "nazw"=names(daner)), file="nazwy1.csv",
sep=";")

```

Załącznik 3. Zależności pomiędzy odpowiedziami na poszczególne pytania z ankiety

Lp.	Odpowiedź		chi	chip	ϕ	C	T	V
1	1a	3a	23,24533046	1,43E-06	0,814955397	0,631738443	0,814955397	0,814955397
2	1a	3b	19,44467726	1,04E-05	0,745360455	0,597616605	0,745360455	0,745360455
3	1a	4a	16,4893101	4,89E-05	0,686384109	0,565903925	0,686384109	0,686384109
4	1a	5e	23,24533046	1,43E-06	0,814955397	0,631738443	0,814955397	0,814955397
5	1a	8c	12,1925886	0,000479798	0,590220022	0,508289409	0,590220022	0,590220022
6	1a	10b	19,44467726	1,04E-05	0,745360455	0,597616605	0,745360455	0,745360455
7	2b	6c	12,39859533	0,000429657	0,595185333	0,511450382	0,595185333	0,595185333
8	3a	5e	18,76116071	1,48E-05	0,732142857	0,59073885	0,732142857	0,732142857
9	3a	10b	15,40364583	8,68E-05	0,663403472	0,552816232	0,663403472	0,663403472
10	3b	4a	16,74400028	4,28E-05	0,691664664	0,568852421	0,691664664	0,691664664
11	3b	5e	15,40364583	8,68E-05	0,663403472	0,552816232	0,663403472	0,663403472
12	3b	10b	12,38701882	0,000432329	0,594907407	0,511273996	0,594907407	0,594907407
13	4a	5e	12,79780983	0,000347025	0,604691417	0,517444563	0,604691417	0,604691417
14	4a	8e	12,93600195	0,000322323	0,607947412	0,519480358	0,607947412	0,607947412
15	5a	6e	12,77560764	0,000351169	0,604166667	0,51711564	0,604166667	0,604166667
16	5a	13a	16,75980763	4,24E-05	0,691991074	0,569033963	0,691991074	0,691991074
17	5a	15g	12,77560764	0,000351169	0,604166667	0,51711564	0,604166667	0,604166667
18	5a	24f	12,77560764	0,000351169	0,604166667	0,51711564	0,604166667	0,604166667
19	5c	8e	12,84812107	0,000337818	0,605878844	0,518188017	0,605878844	0,605878844
20	5e	8c	15,32078598	9,07E-05	0,661616764	0,551781093	0,661616764	0,661616764
21	5e	10b	15,40364583	8,68E-05	0,663403472	0,552816232	0,663403472	0,663403472
22	6d	9f	11,94424716	0,000548164	0,58417823	0,504415242	0,58417823	0,58417823
23	6e	8f	12,77560764	0,000351169	0,604166667	0,51711564	0,604166667	0,604166667
24	6e	10a	14,7875	0,00012033	0,65	0,544988351	0,65	0,65
25	6e	10g	17,86458333	2,37E-05	0,714434508	0,581318359	0,714434508	0,714434508
26	6j	10g	12,86038306	0,000335612	0,606167894	0,518368816	0,606167894	0,606167894
27	6l	10a	12,77560764	0,000351169	0,604166667	0,51711564	0,604166667	0,604166667
28	6l	15f	12,77560764	0,000351169	0,604166667	0,51711564	0,604166667	0,604166667
29	6l	15h	11,94424716	0,000548164	0,58417823	0,504415242	0,58417823	0,58417823
30	8f	9i	11,94424716	0,000548164	0,58417823	0,504415242	0,58417823	0,58417823
31	8f	10a	12,77560764	0,000351169	0,604166667	0,51711564	0,604166667	0,604166667
32	8f	15h	11,94424716	0,000548164	0,58417823	0,504415242	0,58417823	0,58417823
33	10g	13a	12,86038306	0,000335612	0,606167894	0,518368816	0,606167894	0,606167894
34	12d	15h	11,94424716	0,000548164	0,58417823	0,504415242	0,58417823	0,58417823
35	15f	26f	12,77560764	0,000351169	0,604166667	0,51711564	0,604166667	0,604166667
36	30d	31e	12,62019231	0,000381602	0,600480577	0,514798667	0,600480577	0,600480577

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Załącznik 4. Wyniki testu Kruskala-Wallisa

Lp.	Odpowiedź	kw wskaźnik zadłużenia	kw wskaznik zadłużenia	kw bieżąca płynność	kwp bieżąca płynność	kw zysk/strata netto	kwp zysk/strata netto	kw NFZ	kwp NFZ	kw certyfikaty	kwp certyfikaty
1	A1	2,214559387	0,136714089	0,766283525	0,381369235	0,04789272	0,826771528	0,373182109	0,541274835	0,710479674	0,399284618
2	A2a	1,209876543	0,271356574	1,297839506	0,25460824	0,098765432	0,753316224	2,071452255	0,150078553	3,461995441	0,062794492
3	A2b	0,01	0,920344325	0,01	0,920344325	0,017777778	0,893929767	0,063505747	0,801038384	0,347963778	0,555268055
4	A2c	0,347222222	0,55568979	0,00154321	0,968664194	0,098765432	0,753316224	0,252603399	0,61524788	1,9331321	0,164416184
5	A3a	3	0,083264517	0,899659864	0,34287293	0,491496599	0,483260465	0,304261625	0,581223017	0,630731956	0,427086955
6	A3b	4,839506173	0,027814859	2,112654321	0,146085736	0,888888889	0,345778586	1,357482317	0,243974295	1,455283919	0,227681992
7	A4a	2,279202279	0,131119299	0,689458689	0,406348562	0,115384615	0,734095182	1,20440273	0,272443487	0,964765155	0,325989213
8	A4b	0,409090909	0,522431285	0,247474747	0,618858825	0,181818182	0,669815358	1,537255848	0,215026729	3,558720457	0,059233382
9	A5a	1,53125	0,215924939	0,5	0,479500122	1,253472222	0,262890336	4,087712754	0,043196059	1,505033642	0,219898475
10	A5b	0,72	0,396143909	0,008888889	0,924886019	0,5	0,479500122	2,796507515	0,094469881	6,263348004	0,012326105
11	A5c	0,280701754	0,596241631	0,246710526	0,619400881	1,843201754	0,174576145	0,094932291	0,757997992	0,549238264	0,458629106
12	A5d	0,628205128	0,42801445	3,282051282	0,070041337	1,745014245	0,186504741	2,035440613	0,153669648	0,557248354	0,455371052
13	A5e	3,756802721	0,052593055	1,852040816	0,173546222	0,382653061	0,536186772	1,555242787	0,212363129	0,133149405	0,715188719
14	A5f	2,227272727	0,135593001	1,292929293	0,25550882	2,909090909	0,088081512	0,006832248	0,934123947	0,547284961	0,459429185
15	A6a	2,833333333	0,092326546	0,794117647	0,372857936	0,009803922	0,921126555	2,599469496	0,106899492	1,285475793	0,256883381
16	A6b	0,012	0,912770619	0,161333333	0,687931904	1,452	0,228207307	2,743448276	0,097655385	2,369886174	0,12369607
17	A6c	0,045454545	0,83117041	0,247474747	0,618858825	0,011363636	0,915106034	0,138353026	0,709923848	0,00547285	0,941027325
18	A6d	1,136363636	0,286422023	0,02020202	0,886974312	0,126262626	0,722238992	0,006832248	0,934123947	1,314852118	0,251518029
19	A6e	2,88	0,089686022	0,802222222	0,370429791	3,208888889	0,073239203	5,953006189	0,01469221	2,167248444	0,140978283
20	A6f	4,253472222	0,039170166	2,722222222	0,098960154	0,03125	0,859683795	3,552235301	0,059465292	1,821090707	0,177183502
21	A6g	1,18627451	0,276082322	1,921568627	0,165683839	1,921568627	0,165683839	0,619289714	0,431311355	1,171270299	0,279140382
22	A6h	0,5	0,479500122	2,170138889	0,140713525	6,125	0,013328329	0,004697171	0,945359037	2,446620314	0,117778211

Ip.	Odpowiedź	kw wskaźnik zadłużenia	kw wskaznik zadłużenia	kw bieżąca płynność	kw bieżąca płynność	kwp bieżąca płynność	kw zysk/strata netto	kwp zysk/strata netto	kw NFZ	kwp NFZ	kw certyfikaty	kwp certyfikaty
23	A6i	0,6111111111	0,434369764	0,045454545	0,83117041	0,83117041	0,181818182	0,669815358	1,537255848	0,215026729	3,558720457	0,059233382
24	A6j	1,075268817	0,29975837	0,970430108	0,324572935	0,324572935	0,024193548	0,876393451	3,272867288	0,070434418	0,291296834	0,589390685
25	A6k	0,019323671	0,889442556	0,236714976	0,626588865	0,626588865	0,004830918	0,944587808	3,686257833	0,054862576	3,015302183	0,082482081
26	A6l	0,28125	0,595883091	0,03125	0,859683795	0,859683795	0,086805556	0,768278204	1,128495248	0,288096533	1,505033642	0,219898475
27	A6m	0,009803922	0,921126555	0,352941176	0,552452905	0,552452905	0,794117647	0,372857936	2,788461538	0,094945341	1,062376688	0,302673743
28	A6n	0,156862745	0,692061491	0	1	1	0,62745098	0,428291855	2,788461538	0,094945341	2,552359994	0,11012964
29	A7a	0,041958042	0,837699773	0,057109557	0,811124147	0,811124147	0,004662005	0,945563641	0,039416817	0,842625183	2,175141977	0,140256572
30	A7b	7,634353741	0,00572669	1,333333333	0,248213079	0,248213079	0,027210884	0,868977654	0,664889298	0,414839125	0,022575505	0,880566219
31	A7c	0,039215686	0,843021976	0,62745098	0,428291855	0,428291855	1,18627451	0,276082322	2,788461538	0,094945341	1,062376688	0,302673743
32	A7d	0,102272727	0,749119133	0,409090909	0,522431285	0,522431285	0,611111111	0,434369764	0,034588257	0,852461086	0,123481169	0,725289126
33	A8a	0,375478927	0,540032825	0,030651341	0,86102051	0,86102051	0,553639847	0,456834257	0,705547425	0,400925934	9,180186239	0,002446491
34	A8b	0,953514739	0,328826261	0,327664399	0,567037622	0,567037622	0,01814059	0,892859347	0,776471066	0,378222591	1,505033642	0,219898475
35	A8c	1,375	0,240954669	0,853535354	0,3555554124	0,3555554124	0,080808081	0,776205297	0,983843742	0,321251687	0,123481169	0,725289126
36	A8d	0,816358025	0,36624715	2,594135802	0,10725993	0,10725993	2,112654321	0,146085736	2,137734552	0,143713983	7,395150026	0,006539997
37	A8e	1,015700483	0,313541042	0,097826087	0,754454177	0,754454177	0,946859903	0,330519872	0,941067928	0,332003349	0,144286921	0,704055887
38	A8f	0,586805556	0,443657056	0,003472222	0,953011395	0,953011395	0,222222222	0,637351888	4,087712754	0,043196059	1,505033642	0,219898475
39	A9a	1,046840959	0,306235766	0,480392157	0,488244739	0,488244739	0,527233115	0,467772444	0,072207486	0,788149388	0,925448137	0,336048524
40	A9b	2,504535147	0,113518977	1,089569161	0,296566689	0,296566689	1,089569161	0,296566689	0,110814883	0,739218304	0,767874307	0,380875457
41	A9c	0,120772947	0,728197674	0,010869565	0,916965237	0,916965237	0,097826087	0,754454177	0,033084419	0,855668088	0,094555374	0,758463906
42	A9d	0,035612536	0,850317888	1,282051282	0,257517982	0,257517982	1,282051282	0,257517982	1,2040273	0,272443487	0,111526852	0,738412488
43	A9e	1,754385965	0,185326304	0,631578947	0,426776737	0,426776737	2,220394737	0,136198233	1,869350307	0,171549508	0,157137394	0,691805841
44	A9f	0,086805556	0,768278204	0,03125	0,859683795	0,859683795	0,003472222	0,953011395	0,010568634	0,91811864	0,903960831	0,341721882

Lp.	Odpowiedź	kw wskaźnik zadłużenia	kwp wskaźnik zadłużenia	kw bieżąca płynność	kwp bieżąca płynność	kw zysk/strata netto	kwp zysk/strata netto	kw NFZ	kwp NFZ	kw certyfikaty	kwp certyfikaty
45	A9g	0,387096774	0,533829422	0,024193548	0,876393451	4,301075269	0,038088284	0,008182168	0,927925383	0,058987609	0,80810328
46	A9h	1,656862745	0,198027443	0,62745098	0,428291855	1,18627451	0,276082322	2,599469496	0,106899492	1,285475793	0,256883381
47	A9i	1,136363636	0,286422023	0,247474747	0,618858825	1,823232323	0,176929006	1,537255848	0,215026729	0,547284961	0,459429185
48	A10a	1,502222222	0,220329753	0,435555556	0,509275437	2	0,157299207	5,953006189	0,01469221	2,167248444	0,140978283
49	A10b	3,125	0,077099872	2,112654321	0,146085736	1,125	0,288844366	0,276089252	0,599275991	0,327762882	0,566979363
50	A10c	3,059912854	0,080245973	0,794117647	0,372857936	0,131808279	0,716564472	0,072207486	0,788149388	1,704524376	0,191697349
51	A10d	0,680555556	0,409395486	1,53125	0,215924939	0,003472222	0,953011395	4,087712754	0,043196059	2,446620314	0,117778211
52	A10e	0,018648019	0,891380375	0,336829837	0,561664841	0,094405594	0,758649335	0,127710486	0,720817797	0,061885299	0,803540585
53	A10f	1,452	0,228207307	2,465333333	0,11638301	0,901333333	0,342424447	1,905172414	0,167500502	0,521584459	0,470166578
54	A10g	0,75	0,386476231	0,491496599	0,483260465	3,144557823	0,076180647	4,762931034	0,029078989	3,815260282	0,050787714
55	A11a	5,555555556	0,018422125	7,075963719	0,007812479	6,548752834	0,01049577	6,681102149	0,009744036	0,8305332851	0,362118495
56	A10	2,260752688	0,132689555	0,688172043	0,406786833	1,548387097	0,213737307	7,040301189	0,007969563	1,165187336	0,280392325
57	A12a	4,48018648	0,034289979	2,155011655	0,142105365	1,12004662	0,289908416	1,769420897	0,183453764	0,000315741	0,985823046
58	A12b	2,133333333	0,144127035	2,465333333	0,11638301	0,385333333	0,534762657	0,198859416	0,655643072	0,070796783	0,790180179
59	A12c	0,480392157	0,488244739	0,009803922	0,921126555	2,833333333	0,092326546	0,00331565	0,954081843	2,552359994	0,11012964
60	A12d	0,888888889	0,345778586	0,08605556	0,768278204	0,28125	0,595883091	4,087712754	0,043196059	2,446620314	0,117778211
61	A12e	5,137777778	0,023410596	3,004444444	0,083036439	4	0,045500264	3,60893015	0,057470079	3,57626094	0,058610935
62	A12f	3,293010753	0,069575335	1,680107527	0,194910165	2,260752688	0,132689555	3,272867288	0,070434418	1,165187336	0,280392325
63	A15a	0,03125	0,859683795	0,125	0,72367361	2,347222222	0,125506471	1,128495248	0,288096533	1,505033642	0,219898475
64	A15b	0,420745921	0,516565079	0,074592075	0,784764435	0,336829837	0,561664841	3,632653818	0,056656407	4,546675058	0,032982736
65	A15c	2,444444444	0,117941635	1,292929293	0,25550882	0,061868687	0,803566416	0,034588257	0,852461086	4,762747371	0,029082092
66	A15d	0,05372807	0,816698668	0,631578947	0,426776737	0,922149123	0,336911315	0,094932291	0,757997992	0,30417522	0,581276695

Ip.	Odpowiedź	kw wskaźnik zadłużenia	kw wskaźnik zadłużenia	kw wskaznik zadłużenia	kw bieżąca płynność	kw bieżąca płynność	kw bieżąca płynność	kw zysk/strata netto	kw zysk/strata netto	kw NFZ	kw NFZ	kw certyfikaty	kw certyfikaty
67	A15e	0,08	0,777297411	0,568888889	0,002222222	0,568888889	0,45070078	0,72	0,396143909	2,111096375	0,146234515	0,009632215	0,921818068
68	A15f	0,268888889	0,604078091	0,002222222	0,002222222	0,568888889	0,962401287	2,135555556	0,143918314	0,769584439	0,38034564	0,869307432	0,351147112
69	A15g	0,5	0,479500122	0,802222222	0,802222222	0,568888889	0,370429791	1,28	0,257899035	5,953006189	0,01469221	1,44543431	0,229261971
70	A15h	0,727272727	0,393768635	0,126262626	0,126262626	0,568888889	0,722338992	0,005050505	0,9433444507	1,537255848	0,215026729	0,547284961	0,459429185
71	A16a	0,420745921	0,516565079	0,262237762	0,262237762	0,568888889	0,608586934	2,256410256	0,133062187	0,047694348	0,827124978	0,002841672	0,957487036
72	A16b	2,220394737	0,136198233	0,685307018	0,685307018	0,568888889	0,40776524	3,197368421	0,073756862	0,053399414	0,81725022	0,499334517	0,479792676
73	A16c	0,125	0,72367361	1,580246914	1,580246914	0,568888889	0,208725131	0,964506173	0,326054156	1,304769624	0,253343831	0,240805383	0,623625029
74	A16d	1,185483871	0,276242409	0,52688172	0,52688172	0,568888889	0,467920807	0,172043011	0,678302466	0,014546077	0,904002231	0,352469169	0,55271871
75	A16e	0,287414966	0,591881863	0,244897959	0,244897959	0,568888889	0,620690717	0,108843537	0,741464613	0,278379256	0,597765482	0,265377361	0,606449672
76	A16f	0,008888889	0,924886019	0,5	0,5	0,568888889	0,479500122	0,222222222	0,637351888	5,953006189	0,01469221	3,034749836	0,081499111
77	A16g	2,757834758	0,096779142	2,056980057	2,056980057	0,568888889	0,151510183	0,001424501	0,969892936	0,03083271	0,860614131	0,065218124	0,798430856
78	A16i	0,059178744	0,807798709	0,236714976	0,236714976	0,568888889	0,626588865	0,059178744	0,807798709	0,049422404	0,824071398	1,990570582	0,158281233
79	A16j	2,782608696	0,095292838	2,130434783	2,130434783	0,568888889	0,144399792	0,019323671	0,889442556	1,83353035	0,175711127	0,722743329	0,395245519
80	A16k	3,947368421	0,046944727	2,526315789	2,526315789	0,568888889	0,111961354	0,185307018	0,666851591	1,976149134	0,159796676	1,178976025	0,277564555
81	A16l	0,051282051	0,820847239	0,005698006	0,005698006	0,568888889	0,939828724	0,753561254	0,385351054	0,624362375	0,429430804	1,343339002	0,246445986
82	A16m	0,989898999	0,319767063	0,455808081	0,455808081	0,568888889	0,499589616	3,414141414	0,064640031	0,584584238	0,444521035	0,520262766	0,470729615
83	A16n	0,007662835	0,930244182	0,431034483	0,431034483	0,568888889	0,511481779	0,553639847	0,456834257	0,748955761	0,386807045	0,168148586	0,681762487
84	A16p	1,388888889	0,238592829	0,347222222	0,347222222	0,568888889	0,55568979	2,170138889	0,140713525	1,128495248	0,288096533	0,903960831	0,341721882
85	A16q	0,013888889	0,906185616	0,680555556	0,680555556	0,568888889	0,409395486	4,753472222	0,029239238	4,087712754	0,043196059	3,615843325	0,057231698
86	A16r	0,5	0,479500122	0,28125	0,28125	0,568888889	0,595883091	0,5	0,479500122	1,128495248	0,288096533	4,741796618	0,029438313
87	A16	0,247474747	0,618858825	0,505050505	0,505050505	0,568888889	0,47728934	0,181818182	0,669815358	1,537255848	0,215026729	0,110825205	0,739206601
88	A17a	0,74691358	0,387455172	0,395061728	0,395061728	0,568888889	0,52965067	1,890432099	0,169153193	0,252603399	0,61524788	0,107024615	0,743557335

Ip.	Odpowiedź	kw wskaźnik zadłużenia	kw wskaźnik zadłużenia	kw bieżąca płynność	kw bieżąca płynność	kwp bieżąca płynność	kw zysk/strata netto	kwp zysk/strata netto	kw NFZ	kwp NFZ	kw certyfikaty	kwp certyfikaty
89	A17b	1,836956522	0,175308081	0,816425121	0,366227454	0,906185616	0,27173913	0,602167528	3,76427171	0,052358655	3,271812265	0,070479725
90	A17c	0,680555556	0,409395486	0,013888889	0,906185616	0,692061491	0,00617284	0,937376702	0,639337116	0,423950939	1,003773826	0,316399072
91	A17d	1,411764706	0,234763663	0,156862745	0,692061491	0,62745098	0,62745098	0,428291855	0,00331565	0,954081843	0	1
92	A18a	1,637188209	0,200711694	1,160997732	0,281258716	1,089569161	1,089569161	0,296566689	2,099731139	0,147325042	2,830691846	0,092478512
93	A18b	1,239795918	0,265510389	0,382653061	0,536186772	0,536186772	0	1	3,681048016	0,055034248	2,87538213	0,089943623
94	A18c	1,301075269	0,254016907	1,680107527	0,194910165	5,938172043	5,938172043	0,014816378	0,008182168	0,927925383	0,612451593	0,433866232
95	A18d	1,501096491	0,220502726	0,027412281	0,868498077	1,26754386	1,26754386	0,260227956	0,083436584	0,772693172	0,343385307	0,557881646
96	A18e	1,388888889	0,238592829	0,003472222	0,953011395	0,953011395	0,003472222	0,953011395	0,793821839	0,372946981	0,791083308	0,373772758
97	A18f	1,292929293	0,25550882	0,045454545	0,83117041	0	0	1	0,006832248	0,934123947	0,00547285	0,941027325
98	A19a	0,962962963	0,326441489	3,561253561	0,059143059	0,240740741	0,240740741	0,623671624	0,233172368	0,629181477	0,302550353	0,58287979
99	A19b	1,020408163	0,312422211	1,234693878	0,266496129	0,953514739	0,953514739	0,328826261	4,0679415	0,043704504	2,713974951	0,099472851
100	A19c	4,790249433	0,028621282	3,946712018	0,046963044	0,5	0,5	0,479500122	0,613508003	0,433470034	0,963221531	0,326376548
101	A19d	0,086805556	0,768278204	0,03125	0,859683795	0,680555556	0,680555556	0,409395486	1,128495248	0,288096533	0,791083308	0,373772758
102	A19e	0,094405594	0,758649335	0,787878788	0,374742305	0,116550117	0,116550117	0,732806712	1,8226336	0,177000112	0,002841672	0,957487036
103	A19f	0,5	0,479500122	2	0,157299207	0,78125	0,78125	0,376759118	3,552235301	0,059465292	5,577090289	0,018196931
104	A19g	0,60483871	0,436737772	1,185483871	0,276242409	3,293010753	3,293010753	0,069575335	7,040301189	0,007969563	1,894157663	0,168733723
105	A19h	0,043010753	0,835705027	0,096774194	0,755735618	0,217741935	0,217741935	0,640765863	3,272867288	0,070434418	0,291296834	0,589390685
106	A19j	0,435555556	0,509275437	0,888888889	0,345778586	0,568888889	0,45070078	0,45070078	5,953006189	0,01469221	2,167248444	0,140978283
107	A20a	0,053376906	0,817288057	0,039215686	0,843021976	0,680827887	0,680827887	0,40930179	0,072207486	0,788149388	0,106532773	0,744126589
108	A20b	5,917874396	0,01498803	4,493961353	0,034014771	1,015700483	1,015700483	0,313541042	0,980687541	0,322029122	0,954060456	0,328687892
109	A20c	0,245098039	0,620548047	0,156862745	0,692061491	0,131808279	0,131808279	0,716564472	0,713233127	0,398372577	0,860525118	0,353591783
110	A20d	1,020408163	0,312422211	2,096371882	0,147649128	0,766439909	0,766439909	0,381320653	1,82556975	0,176651722	0,191968577	0,661283214

Lp.	Odpowiedź	kw wskaznik zadłużenia	kw wskaznik zadłużenia	kw bieżąca płynność	kw bieżąca płynność	kw zysk/strata netto	kw zysk/strata netto	kw NFZ	kw NFZ	kw zysk/strata netto	kw zysk/strata netto	kw NFZ	kw NFZ	kw certyfikaty	kw certyfikaty
111	A20e	1,297839506	0,25460824	0,964506173	0,326054156	0,208725131	1,580246914	2,006213773	0,156655861	0,208725131	0,208725131	0,156655861	0,156655861	0,068797001	0,068797001
112	A20f	0,039215686	0,843021976	1,18627451	0,276082322	0,0923326546	2,833333333	2,788461538	0,094945341	0,0923326546	0,0923326546	0,094945341	0,094945341	0,11012964	0,11012964
113	A20g	0,009803922	0,921126555	0,352941176	0,552452905	0,372857936	0,794117647	2,788461538	0,094945341	0,372857936	0,372857936	0,094945341	0,094945341	0,302673743	0,302673743
114	A21a	0,001089325	0,973670666	0,527233115	0,467772444	0,574740542	0,314814815	3,610742706	0,057407477	0,574740542	0,574740542	0,057407477	0,057407477	0,718285741	0,718285741
115	A21b	2,722222222	0,098960154	1,075555556	0,29969394	0,29969394	1,075555556	0,769584439	0,38034564	0,29969394	0,29969394	0,38034564	0,38034564	0,326376548	0,326376548
116	A21c	0,261333333	0,609205613	0,645333333	0,421786093	0,134365074	2,241333333	0,036525199	0,848434972	0,134365074	0,134365074	0,036525199	0,036525199	0,183392034	0,183392034
117	A21d	2,347222222	0,125506471	1,297839506	0,25460824	0,694439801	0,154320988	2,071452255	0,150078553	0,694439801	0,694439801	0,150078553	0,150078553	0,580907824	0,580907824
118	A21e	3,38	0,065992055	0,98	0,322198806	0,257899035	1,28	0,818435013	0,365638129	0,257899035	0,257899035	0,365638129	0,365638129	0,081499111	0,081499111
119	A21f	1,422043011	0,233067426	0,52688172	0,467920807	0,324572935	0,970430108	0,930948918	0,334616471	0,324572935	0,324572935	0,334616471	0,334616471	0,055364685	0,055364685
120	A22a	0,142222222	0,706081741	0,002222222	0,962401287	0,637351888	0,222222222	0,818435013	0,365638129	0,637351888	0,637351888	0,365638129	0,365638129	0,081499111	0,081499111
121	A22b	0,024193548	0,876393451	0,067204301	0,795451672	0,795451672	0,067204301	0,930948918	0,334616471	0,795451672	0,795451672	0,334616471	0,334616471	0,055364685	0,055364685
122	A22c	1,18627451	0,276082322	0,352941176	0,552452905	0,620548047	0,245098039	0,00331565	0,954081843	0,620548047	0,620548047	0,954081843	0,954081843	1	1
123	A21	0,631578947	0,426776737	0,922149123	0,336911315	0,947197405	0,004385965	3,634497592	0,056593683	0,947197405	0,947197405	0,056593683	0,056593683	0,065161609	0,065161609
124	A23a	0,588	0,44319355	2,241333333	0,134365074	0,079651423	3,072	0,617320955	0,432044582	0,079651423	0,079651423	0,432044582	0,432044582	0,594619827	0,594619827
125	A24a	0,491496599	0,483260465	0,551020408	0,457901055	0,483260465	0,491496599	0,020705895	0,885583044	0,483260465	0,483260465	0,885583044	0,885583044	0,144403966	0,144403966
126	A24b	0,962962963	0,326441489	1,198005698	0,27372064	0,212946275	1,551282051	5,51568274	0,018846716	0,212946275	0,212946275	0,018846716	0,018846716	0,017454868	0,017454868
127	A24c	2,260752688	0,132689555	0,970430108	0,324572935	0,876393451	0,024193548	0,008182168	0,927925383	0,876393451	0,876393451	0,927925383	0,927925383	0,80810328	0,80810328
128	A24d	1,18627451	0,276082322	0,352941176	0,552452905	0,620548047	0,245098039	0,00331565	0,954081843	0,620548047	0,620548047	0,954081843	0,954081843	1	1
129	A24e	0,085333333	0,770195871	0,385333333	0,534762657	0,044609718	4,033333333	3,984403183	0,045923367	0,044609718	0,044609718	0,045923367	0,045923367	0,37171939	0,37171939
130	A24f	1,175555556	0,278262657	0,222222222	0,637351888	0,033894854	04,05,2015	2,705570292	0,099998317	0,033894854	0,033894854	0,099998317	0,099998317	0,351147112	0,351147112

Ip.	Odpowiedź	kw wskaźnik zadłużenia	kw wskaźnik zadłużenia	kw bieżąca płynność	kw bieżąca płynność	kwp bieżąca płynność	kw zysk/strata netto	kw zysk/strata netto	kwp zysk/strata netto	kw NFZ	kwp NFZ	kw certyfikaty	kwp certyfikaty
131	A25a	0,098814229	0,753257272	0,812033377	0,367519764	0,490909091	1,42687747	0,2322274714	0,001579151	9,98389694	0,001579151	6,27446583	0,0122249004
132	A25b	0,733333333	0,391804855	0,113804714	0,735853417	0,490909091	0,48552206	0,48552206	0,018896039	5,511111111	0,018896039	3,837678823	0,050112852
133	A25c	1,87012987	0,171460206	2,545454545	0,110612074	0,730519481	0,392714856	0,392714856	0,085751137	2,952380952	0,085751137	1,574047955	0,209620125
134	A26a	0,62745098	0,428291855	0,088235294	0,766432716	1,411764706	0,234763663	0,234763663	0,954081843	0,00331565	0,954081843	0	1
135	A26c	0,62745098	0,428291855	0,088235294	0,766432716	1,411764706	0,234763663	0,234763663	0,954081843	0,00331565	0,954081843	0	1
136	A26f	0,888888889	0,345778586	1,388888889	0,238592829	0,347222222	0,55568979	0,55568979	0,043196059	4,087712754	0,043196059	3,386325694	0,065739293
137	A26g	3,655011655	0,055900764	4,336829837	0,037296306	1,193473193	0,27463009	0,27463009	0,720817797	0,127710486	0,720817797	0,920701699	0,337290796
138	A26h	3,146723647	0,076079579	2,757834758	0,096779142	4,467236467	0,034550831	0,034550831	0,086891799	2,931034483	0,086891799	0,260872498	0,60952137
139	A26j	0,480392157	0,488244739	0,088235294	0,766432716	1,921568627	0,165683839	0,165683839	0,954081843	0,00331565	0,954081843	1,062376688	0,302673743
140	A26k	0,067204301	0,795451672	0,77688172	0,37809652	1,301075269	0,254016907	0,254016907	0,007969563	7,040301189	0,007969563	3,671068349	0,055364685
141	A26l	4,336829837	0,037296306	3,151515152	0,075856497	0,018648019	0,891380375	0,891380375	0,361101205	0,834059839	0,361101205	1,334007092	0,248093601
142	A26m	4,745098039	0,029381879	5,18627451	0,022765969	0,736383442	0,390821859	0,390821859	0,420160101	0,649867374	0,420160101	5,458255341	0,019476084
143	A26q	0,247474747	0,618858825	0,505050505	0,47728934	0,247474747	0,618858825	0,618858825	0,01652699	5,745920746	0,01652699	3,558720457	0,059233382
144	A26r	1,075268817	0,29975837	2,260752688	0,132689555	0,52688172	0,467920807	0,467920807	0,070434418	3,272867288	0,070434418	3,671068349	0,055364685
145	A26s	1,396551724	0,237301779	2,913793103	0,087825096	0,844827586	0,358019719	0,358019719	0,002668721	9,021159182	0,002668721	7,724455423	0,005447779
146	A26w	0,156862745	0,692061491	0	1	0,62745098	0,428291855	0,428291855	0,094945341	2,788461538	0,094945341	2,552359994	0,11012964
147	A26x	1,103448276	0,293510595	2,482758621	0,115100216	3,542145594	0,312422211	0,312422211	0,02197361	5,247873411	0,02197361	6,39431707	0,011448626
148	A26y	0,086805556	0,768278204	0,003472222	0,953011395	1,125	0,288844366	0,288844366	0,372946981	0,793821839	0,372946981	2,845454229	0,091632694
149	A26z	1,388888889	0,238592829	0,01814059	0,892859347	1,020408163	0,312422211	0,312422211	0,043704504	4,0679415	0,043704504	2,015209332	0,155729791
150	A27a	7,846743295	0,005091234	6,896551724	0,008636217	1,501915709	0,220376834	0,220376834	0,541274835	0,373182109	0,541274835	0,749402958	0,386665324
151	A27b	4,987777778	0,025526971	4	0,045500264	0,321111111	0,570940672	0,570940672	0,438106122	0,601237843	0,438106122	1,271753427	0,259437996
152	A27c	0,075617284	0,783327017	0	1	4,334876543	0,037339124	0,037339124	0,423950939	0,639337116	0,423950939	0,006689038	0,934816458

Ip.	Odpowiedź	kw wskaźnik zadłużenia	kw wskaźnik zadłużenia	kw wskaznik zadłużenia	kw bieżąca płynność	kw bieżąca płynność	kwp zysk/strata netto	kw zysk/strata netto	kwp zysk/strata netto	kw NFZ	kwp NFZ	kw certyfikaty	kwp certyfikaty
153	A28a	3,681818182	0,055008834	0,055008834	0,02020202	0,02020202	0,886974312	0,98989899	0,319767063	1,245177237	0,264475602	2,64885921	0,103624236
154	A28b	1,06292517	0,302548968	0,302548968	0,137755102	0,137755102	0,710523023	0,333333333	0,563702862	1,555242787	0,212363129	3,731869133	0,053383624
155	A28c	0,576252723	0,447784894	0,447784894	0,009803922	0,009803922	0,921126555	2,406318083	0,1208463	3,684055408	0,05493508	0,545648471	0,460101198
156	A28d	0,631578947	0,426776737	0,426776737	0,685307018	0,685307018	0,40776524	0,070175439	0,791081513	0,71792545	0,396825243	0,267341502	0,605120716
157	A29a	7,880050505	0,004998308	0,004998308	4,698232323	4,698232323	0,030193656	1,292929293	0,25550882	0,034588257	0,852461086	0,076961948	0,7814575
158	A29b	0,06980057	0,791627372	0,791627372	1,368945869	1,368945869	0,241993081	0,240740741	0,623671624	0,023606294	0,877890917	0,241191289	0,623347024
159	A29c	0,041958042	0,837699773	0,837699773	0,513986014	0,513986014	0,473418414	0,466200466	0,494740345	1,769420897	0,183453764	0,002841672	0,957487036
160	A29d	0,880434783	0,348082624	0,348082624	2,030193237	2,030193237	0,154201	0,236714976	0,626588865	0,941067928	0,332003349	0,604958088	0,43669252
161	A29e	0,691570881	0,405630579	0,405630579	1,501915709	1,501915709	0,220376834	0,001915709	0,965088689	0,705547425	0,400925934	6,39431707	0,011448626
162	A30a	0,98989899	0,319767063	0,319767063	0,005050505	0,005050505	0,943344507	0,045454545	0,83117041	1,245177237	0,264475602	2,64885921	0,103624236
163	A30b	0,115384615	0,734095182	0,734095182	0,091168091	0,091168091	0,762697389	2,279202279	0,131119299	5,51568274	0,018846716	4,840805642	0,027793907
164	A30c	0,537777778	0,463355149	0,463355149	2,054444444	2,054444444	0,1517626	0,934444444	0,333710696	0,694805482	0,404534652	0,002709061	0,95848994
165	A30d	0,411680912	0,5211117572	0,5211117572	1,846153846	1,846153846	0,174231388	0,091168091	0,762697389	15,09309325	0,000102337	9,033675006	0,002650511
166	A31b	0,142222222	0,706081741	0,706081741	0,008888889	0,008888889	0,924886019	0,888888889	0,345778586	5,053404067	0,024577607	1,955941721	0,16194801
167	A31c	0,010869565	0,916965237	0,916965237	0,001207729	0,001207729	0,972277175	0,120772947	0,728197674	4,417791104	0,035566049	1,512885991	0,218699237
168	A31d	0,228438228	0,632684284	0,632684284	0,029137529	0,029137529	0,864461876	0,298368298	0,584907164	1,876634639	0,170717136	0,36499697	0,545744059
169	A31e	0,02	0,887537084	0,887537084	0,08	0,08	0,777297411	4,702222222	0,030123644	10,28793103	0,001339031	4,985273436	0,025563945

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.