

Benchmarking – przyszłość polskich szpitali



Prowadzenie profesjonalnych analiz porównawczych w celu poprawienia jakości zarządzania szpitalem powoli próbuje się wpisać w system polskiej ochrony zdrowia. Dzieje się tak za przyczyną innowacyjnego projektu „Portrety szpitali – mapy możliwości”.

Analizy porównawcze stanowią narzędzie wsparcia dla kadry zarządzającej w ochronie zdrowia. Umożliwiają dyskretne porównywanie się z innymi, najlepszymi placówkami i wyciąganie odpowiednich wniosków. Konstrukttywne analizy i raporty są dla dyrekcji podstawą do wprowadzania zmian w swojej placówce i stanowią merytoryczny argument w negocjacjach w tym zakresie, chociażby z jednostkami nadzorującymi. Projekt „Portrety szpitali – mapy możliwości” oferuje to narzędzie zupełnie bezpłatnie, dodatkowo wspierając placówkę w zakresie obsługi technicznej. Warto dodać, że według ekspertów, platforma IT, na której dyrektorzy bądź osoby upoważnione wprowadzają niezbędne dane, jest prosta w obsłudze i nie wymaga fachowej wiedzy informatycznej.

Projekt „Portrety szpitali – mapy możliwości” jest wieloaspektową analizą, która uwzględnia m.in. liczbę personelu medycznego, liczbę łóżek czy liczbę procedur. Jak dodaje kierownik projektu Dariusz Wasilewski, szpitale prosiły o zagwarantowanie pełnej anonimowości, co też zapewnia bogata wyszukiwarka *benchmarkingowa*. Otrzymując raporty i porównania, placówki nie wiedzą, z jakiego konkretnie szpitala pochodzą dane. Umożliwia to dokonanie obiektywnego porównania bez tworzenia negatywnej atmosfery wokół słabszych jednostek. To wszystko tworzy obiektywny obraz stanu naszego szpitala. Ponadto uczestnictwo w projekcie gwarantuje uzyskanie bardzo przydatnego porównania własnej placówki z innymi, dostęp do analitycznych raportów o najwyższym poziomie me-

rytorycznym, usprawnienie jakości funkcjonowania szpitala.

„Portrety szpitali – mapy możliwości” to również fachowe konferencje dla uczestników badań. Pod koniec listopada 2014 r. w ramach projektu odbyła się konferencja w Szklarskiej Porębie poświęcona efektywności funkcjonowania szpitali. Efektywność ta stanowi istotny element prawidłowego funkcjonowania społeczności lokalnych. Podczas konferencji przedstawiono m.in. zalety *benchmarkingu*, wyniki porównań wielowymiarowych w ramach projektu za rok 2013, analizowano nową perspektywę finansową UE w kontekście ochrony zdrowia oraz zagadnienie dalszej współpracy na linii NFZ – szpitale. W grudniu ubiegłego roku Polska Federacja Szpitali zorganizowała wraz z biurem projektu „Portrety szpitali – mapy możliwości” konferencję w Nieporęcie poświęconą najważniejszym problemom, z którymi borykają się na co dzień kadry zarządzające placówkami. Poruszono m.in. zagadnienie praw pacjenta, lekarza oraz podmiotu leczniczego.

Przypomnijmy, że projekt został poparty przez wszystkie konwenty starostów oraz przez 13 województw. Oficjalnego poparcia udzieliły największe organizacje w polskiej ochronie zdrowia, takie jak STOMOZ czy Polska Federacja Szpitali. Badania prowadzone są w ok. 150 polskich szpitalach i będzie to solidny fundament zauważalnej w skali kraju zmiany jakości za-

rządzenia. Zainteresowane udziałem w badaniu szpitale informujemy, że istnieje jeszcze możliwość akcesu do projektu poprzez indywidualną zgodę. Szczegółowych informacji udziela biuro projektu „Portrety szpitali – mapy możliwości” pod numerem 85 663 70 30.

Benchmarking realizowany w ramach projektu w 2013 r. objął szpitale z całej Polski. Zgodnie z założeniami placówki medyczne biorące udział w badaniu otrzymały klasę jakości i rentowności, np. K = B3, przypisaną na podstawie przyjętej metodologii *benchmarkingowej*. Szpitale zostały zaklasyfikowane do jednej z pięciu grup klasy jakości oraz do jednej z sześciu grup klasy rentowności.

Wyniki badań wskazują, że tylko 4 z 132 szpitali biorących udział w badaniu znalazły się w pierwszej, najwyższej klasie jakości – A. Zadowolający jest fakt, że 68 badanych placówek uzyskało wynik dobry i zakwalifikowało się do klasy B. Średnią klasę jakości C uzyskało 56 jednostek, a 4 słabą klasę jakości D. Żadna z badanych placówek nie zakwalifikowała się do najniższej klasy E.

Tabela 3. Liczba szpitali zakwalifikowanych do poszczególnych klas jakości w podziale na województwa

Województwo	Klasa szpitala				
	A	B	C	D	E
dolnośląskie	2	10	3	2	0
kujawsko-pomorskie	0	1	2	0	0
lubelskie	0	6	7	0	0
lubuskie	0	2	1	0	0
łódzkie	0	5	10	0	0
małopolskie	0	3	2	0	0
mazowieckie	0	5	5	0	0
opolskie	1	6	1	0	0
podkarpackie	0	4	2	0	0
podlaskie	0	0	2	2	0
pomorskie	0	5	1	0	0
śląskie	0	13	9	0	0
świętokrzyskie	0	3	0	0	0
warmińsko-mazurskie	1	2	4	0	0
wielkopolskie	0	3	5	0	0
zachodniopomorskie	0	0	2	0	0
Całość	4	68	56	4	0

Tabela 1. Założone w projekcie klasy jakości szpitali

Klasa jakości	Znaczenie	% punktów możliwych do uzyskania
A	bardzo dobry	(100,90)
B	dobry	(90,65)
C	średni	(65,40)
D	słaby	(40,15)
E	zły	(15,0)

Tabela 2. Założone w projekcie klasy rentowności

Klasa rentowności	Znaczenie	Rentowność majątku (%)
I	bardzo dobry	10 i więcej
II	dobry	(5,10)
III	zadowolający	(0,5)
IV	niezadowolający	(-10,0)
V	słaby	(-20, -10)
VI	bardzo słaby	poniżej -20