

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 378

Zrównoważony rozwój organizacji – aspekty społeczne

Redaktorzy naukowi

Tadeusz Borys

Tomasz Brzozowski

Sabina Zaremba-Warnke



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja Wydawnicza: Aleksandra Śliwka

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korekta: Justyna Mroczkowska

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się

na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja dofinansowana ze środków Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska
i Gospodarki Wodnej we Wrocławiu



**Wojewódzki Fundusz Ochrony Środowiska
i Gospodarki Wodnej
we Wrocławiu**

Poglądy autorów i treści zawarte w publikacji

nie zawsze odzwierciedlają stanowisko WFOŚiGW we Wrocławiu

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie

wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Wrocław 2015

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-423-3

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk i oprawa:

EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.

ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

Spis treści

Wstęp	9
-------------	---

Część 1. Społeczna odpowiedzialność i zrównoważony rozwój a jakość życia

Jerzy Łańcucki: Poprawa jakości życia jako imperatyw zrównoważonego rozwoju	13
Justyna Maciąg: Zastosowanie koncepcji społecznej odpowiedzialności w tworzeniu sieciowego produktu turystycznego w regionie.....	30
Urszula Markowska-Przybyła: Odpowiedzialność sprzedawców jako wskaźnik kapitału społecznego regionów Polski.....	44
Piotr Rogala: Subiektywna jakość życia a cechy demograficzne badanej społeczności	59
Marian Woźniak: Jakość życia społeczeństwa jako główny cel rozwoju obszarów wiejskich woj. podkarpackiego	68

Część 2. Społeczna odpowiedzialność w przedsiębiorstwie

Marek Bugdol: Problem zaufania w koncepcji społecznej odpowiedzialności biznesu	79
Beata Domańska-Szaruga: Wybrane aspekty wykluczenia kredytowego w świetle założeń zrównoważonego rozwoju.....	91
Joanna Ejdys, Aleksandra Gulc: Koncepcja społecznej odpowiedzialności narzędziem poprawy innowacyjności przedsiębiorstw sektora MŚP	103
Justyna Górna: Społecznie odpowiedzialna organizacja w nadzorowaniu niezgodności na przykładzie przedsiębiorstw przetwórstwa mięsnego.....	116
Katarzyna Hys: Ocena zadań wewnętrznych realizowanych w ramach koncepcji CSR – wyniki badań naukowych	133
Magdalena Kaźmierczak: CSR a budowanie kapitału społecznego organizacji	146
Agata Lulewicz-Sas: Pomiar i ocena społecznie odpowiedzialnej działalności przedsiębiorstw – wyniki badań.....	158
Adam Płachciak: Znaczenie społecznej odpowiedzialności biznesu we wdrażaniu rozwoju zrównoważonego	168
Barbara Pytko: Model zintegrowanej odpowiedzialności organizacji w warunkach zrównoważonego jej rozwoju	178

Adam Skrzypek: CSR jako element strategii organizacji.....	191
Elżbieta Skrzypek: Społeczna odpowiedzialność – standardy i raportowanie	206
Wiesław Urban: Społeczna odpowiedzialność biznesu wspierana przez system ISO 9001	218
Maria Urbaniec: Raportowanie CSR jako narzędzie doskonalenia działalności biznesowej.....	228
Katarzyna Wróblewska: RESPECT Index jako bodziec do społecznie odpowiedzialnego inwestowania w Polsce.....	243

Część 3. Społeczna odpowiedzialność w organizacjach *non-profit*

Liliana Hawrysz: Rola organizacji sektora publicznego w kształtowaniu społecznej odpowiedzialności	255
Barbara Kryk, Anetta Zielińska: Dobre praktyki w kontekście odpowiedzialności za realizację polityki równościowej i pobudzania aktywności biznesowej kobiet	264
Elżbieta Krodkiewska-Skoczylas, Grażyna Żarlicka: Społeczna odpowiedzialność nie tylko biznesu.....	277
Krystyna Lisiecka: Społeczna odpowiedzialność w relacjach z interesariuszami w systemie ochrony zdrowia	296
Agnieszka Piasecka: Społeczna odpowiedzialność uczelni w kontekście wewnętrznego zapewnienia jakości.....	309
Janusz Reichel: Doskonalenie partnerstwa organizacji pozarządowych i biznesu. Wstępne wyniki badań	320
Agata Rudnicka: Budowanie relacji z dostawcami w organizacjach trzeciego sektora.....	332
Tadeusz Wawak: Zrównoważony rozwój uniwersytetów w warunkach permanentnej reformy szkolnictwa wyższego.....	340

Summaries

Part 1. Social responsibility and sustainable development vs. quality of life

Jerzy Łańcucki: Quality of life improvement as an imperative of sustainable development.....	29
Justyna Maciąg: The implementation of the CSR in the creation of a tourist network product in a region.....	43
Urszula Markowska-Przybyła: The responsibility of sellers as an index of social capital of Polish regions	58

Piotr Rogala: Subjective quality of life and demographic qualities of the sample community.....	67
Marian Woźniak: Quality of life as the main purpose of rural society development in the Podkarpackie Voivodeship.....	75

Part 2. Social responsibility in an enterprise

Marek Bugdol: The problem of trust in the concept of Corporate Social Responsibility.....	90
Beata Domańska-Szaruga: Selected problems of loan exclusion in the context of assumptions for sustainable development.....	102
Joanna Ejdys, Aleksandra Gulc: The concept of Corporate Social Responsibility as a tool for improving SMEs innovativeness.....	115
Justyna Górna: The organization of social responsibility in the supervision of nonconforming products on the example of meat company.....	132
Katarzyna Hys: Evaluation of internal tasks carried out in the framework of the CSR concept – results of scientific research.....	145
Magdalena Kaźmierczak: CSR and building of social capital for organization.....	157
Agata Lulewicz-Sas: Measurement and evaluation of socially responsible business activities – research results.....	167
Adam Płachciak: The role of Corporate Social Responsibility for the implementation of sustainable development.....	177
Barbara Pytko: An integrated model of social responsibility of an organization in its sustainable development.....	190
Adam Skrzypek: CSR as a part of organizational strategy.....	205
Elżbieta Skrzypek: Corporate Social Responsibility – standards and reporting.....	217
Wiesław Urban: Corporate Social Responsibility supported by ISO 9001 system.....	227
Maria Urbaniec: CSR reporting as a business improvement tool.....	242
Katarzyna Wróblewska: RESPECT Index as an incentive to socially responsible investing in Poland.....	251

Part 3. Social responsibility in non-profit organizations

Liliana Hawrysz: The role of public sector's organisation in the creation of social responsibility.....	263
Barbara Kryk, Anetta Zielińska: The good practices in the context of responsibility for realization of equality policy and for stimulation of women's business activities.....	276

Elżbieta Krodkiewska-Skoczylas, Grażyna Żarlicka: Social responsibility not only in business	295
Krystyna Lisiecka: Social responsibility in relations with stakeholders in the health care system.....	308
Agnieszka Piasecka: Social responsibility of universities in the context of the internal quality assurance	319
Janusz Reichel: Improving of partnerships between NGOs and enterprises. Initial research results	331
Agata Rudnicka: Building the relationships with suppliers in social economy and nongovernmental organisations	339
Tadeusz Wawak: Sustainable development of universities in terms of permanent higher education reform.....	357

Krystyna Lisiecka

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

e-mail: krystyna.lisiecka@ue.katowice.pl

SPOŁECZNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ W RELACJACH Z INTERESARIUSZAMI W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Streszczenie: Celem opracowania było zaprezentowanie nowego kierunku zmian w strategicznym zarządzaniu organizacjami – społecznej odpowiedzialności na przykładzie sektora ochrony zdrowia. Na tle charakterystyki tej koncepcji spróbowano opisać relacje występujące w systemie ochrony zdrowia, realizującym cel publiczny – chronienie zdrowia, i spróbowano nakreślić mechanizmy kontraktowania świadczeń między najważniejszymi interesariuszami w tym systemie. Zwrócono uwagę na wybór mechanizmu koordynującego ramy kontraktowe głównych grup interesariuszy. Organizowanie transakcji zainteresowanych stron może przebiegać za pośrednictwem rynku, struktury hierarchicznej bądź zaufania. W opracowaniu wskazano, że formy organizacyjne mechanizmu alokacji w tym sektorze powinny być bliskie wartościom społecznej odpowiedzialności i oparte na zaufaniu.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność, odpowiedzialność społeczna, interesariusze, forma organizacyjna kontraktowania, racjonalność, zaufanie.

DOI: 10.15611/pn.2015.378.23

1. Wstęp

Tekst traktuje o społecznej odpowiedzialności organizacji, nowym kierunku zmian w strategicznym zarządzaniu organizacjami. Kierunek ten odwołuje do nowego paradygmatu nauk ekonomicznych, do zrównoważonego rozwoju organizacji (SD, *Sustainable Development*), który wymaga poszanowania zasad 4 E: ekonomii, ekologii, estetyki i etyki. Oznacza określoną wrażliwość organizacji na otoczenie zewnętrzne, na zdolność do równoważenia interesów zainteresowanych stron. Wyraża się w sposobie, w jaki organizacje reagują na zagadnienia społeczne na rzecz rozwoju społecznego organizacji. Cechować ją powinno przemyślane kształtowanie relacji ze wszystkimi interesariuszami w dążeniu do osiągnięcia trwałych korzyści, prowadzenie biznesu w zgodzie z ich oczekiwaniami, uczciwe wypełnianie zaciągniętych zobowiązań, stosowanie przejrzystych praktyk biznesu [Adamczyk 2001; Laszlo 2008].

2. Wolność i odpowiedzialność w działalności gospodarczej

Odpowiedzialność to podstawowa kategoria prakseologii działania. Wyznaczona jest przez stosunek między sprawcą, którym jest podmiot działający, zachowujący się celowo i świadomie, wynikiem jego działania – zamierzonym lub niezamierzonym skutkiem podjętych decyzji, a podmiotem oceniającym, który dysponuje nagrodą lub karą. Obejmuje: podejmowanie odpowiedzialności za działanie, odpowiedzialne działanie, ponoszenie odpowiedzialności za działanie, pociąganie do odpowiedzialności za działanie [Ingarden 1987].

Na tle kategorii odpowiedzialności za działania zauważa się wzrastające zainteresowanie odpowiedzialności organizacji wobec społeczeństwa. Odpowiedzialność społeczna przejawia się w: rzetelności, uczciwości, szacunku, zaufaniu, moralnej integralności jednostki i racjonalności, czyli najogólniej mówiąc – roztropności postępowania, spolegliwego postępowania [Kotarbiński 1965]. Ten nowy nurt zmian w zarządzaniu organizacjami kształtuje środowisko polityczne, ekonomiczne i etyczne. Rysunek 1 prezentuje wymagania nowoczesnej, społecznie odpowiedzialnej organizacji.

Odpowiedzialność społeczna organizacji ma swoje korzenie w kulturze społeczeństw. Kultura społeczeństwa poprzez zasady moralne, normy i wartości etyczne oraz ściśle z tym korespondujące regulacje prawne wpływa na zasady kultury organizacyjnej.

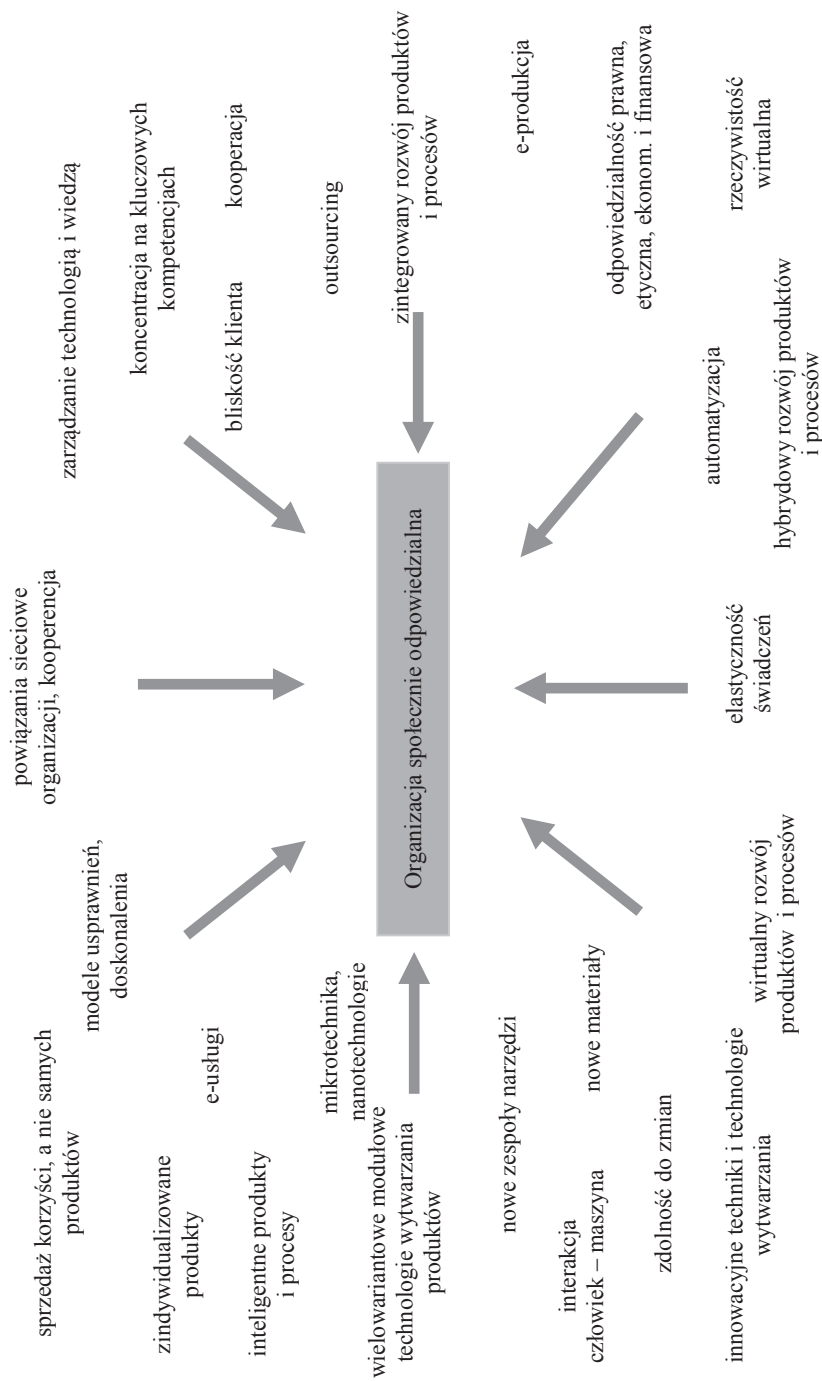
Etyka żyje w społeczeństwie, stąd normy etyczne ewoluują, ulegają zmianom.

Znaczenie przestrzegania zasad etyki zawodowej w życiu gospodarczym naszego kraju nasiliło się wraz z rynkową wolnością działania. Społeczeństwo jest coraz bardziej „żądne” ugruntowanego, przejrzystego etycznego myślenia i etycznego postępowania. Wywiera wręcz presję, aby w sposób bardziej dojrzały rozumieć i przestrzegać etyki prowadzonej działalności.

Towarzyszy temu zjawisku świadomość, iż wolność uprawiania działalności gospodarczej połączona być powinna z odpowiedzialnością. Każdemu bowiem poszerzeniu wolności działania towarzyszyć powinno z natury rzeczy pogłębienie odpowiedzialności. Dotyczy to odpowiedzialności zarówno prawnej, jak i moralnej. Chodzi o odpowiedzialność wobec systemu prawnego i decyzyjnego danej społeczności, jak i o odpowiedzialność moralną wobec własnego sumienia i wobec humanistycznego, społecznego porządku moralnego [Majka 1993]. W opinii przedstawiciela nauk socjologicznych odpowiedzialność jest logicznie związana z uporządkowanym środowiskiem społeczeństwa, w którym obowiązuje określony, spójny system norm i wartości prawa pisanego lub zwyczajowego [Lipski 2013]¹.

Wolność uprawiania działalności gospodarczej połączona być powinna z odpowiedzialnością społeczną. Przyjęcie odpowiedzialności za siebie i za własne działa-

¹ Wolność i związana z nią odpowiedzialność to kategorie, które balansują między biegunami totalnej regulacji i kontroli z jednej strony oraz anomii i permisywizmu z drugiej [Lipski 2013].



Rys. 1. Wymagania, jakim sprostać powinny społecznie odpowiedzialne organizacje

Źródło: opracowanie własne.

nia jest czymś naturalnym i oczywistym; przyjęcie natomiast odpowiedzialności za kogoś, za świat przez pojedynczą osobę jawi się jako nierealne. Jednym z podmiotów sprostania takiej odpowiedzialności – ze względu na kompetencje oraz zakres działania – może być organizacja, instytucja. Społeczna odpowiedzialność organizacji to koncepcja, wedle której organizacja dobrowolnie uwzględnia aspekty społeczne i ekologiczne w swoich działaniach i w kontaktach ze swoimi interesariuszami [Paper Green 2001].

Orientowanie na społecznie odpowiedzialne organizacje generują takie fakty, jak:

- globalizacja gospodarki i wzrost konkurencji na rynkach światowych,
- wolny rynek i swoboda prowadzenia działalności gospodarczej,
- rosnące oczekiwania społeczne wobec organizacji,
- rosnące oczekiwania pracowników,
- wzrost potrzeby dbania o przejrzystość w działalności gospodarczej i o lepszy dostęp do informacji,
- wzrost znaczenia partnerstwa publiczno-prywatnego.

Dotychczasowe modele zarządzania organizacjami wyczerpały swój potencjał orientacji na sprawy społeczne. Trzeba szukać nowych horyzontów, nowych modeli zarządzania organizacjami. Pora najwyższa, pisał w *Ekonomii dobra i zła* T. Sedlaczek, bo już zbyt długo balansujemy na krawędzi. Twierdził on, że w czasach globalnego kryzysu „wszystko sprowadza się do zasad moralnych, do ludzkich motywacji”. „Zbyt łatwo – pisał – porzuciliśmy zasady moralne, których ekonomia powinna bronić. Wydaje mi się, napisał, że [...] zamieniamy człowieczeństwo na matematyzację” [Sedlaczek 2012].

Społeczna odpowiedzialność organizacji oznacza, że jest ona świadoma przestrzegania zarówno zasad moralnych, jak i zobowiązań zaciągniętych do rozliczenia się ze swej działalności w rygorach prawnych przed społeczeństwem oraz pracownikami. W szczególności organizacja odpowiedzialna jest przed:

- grupami wewnętrznymi, którymi są/mogą być: właściciele lub współwłaściciele, zarząd, czyli nadzór właścicielski wewnętrzny/*corporate governance*, pracownicy,
- grupami zewnętrznymi, którymi są: akcjonariusze, klienci, dostawcy, kooperanci, nadzór korporacyjny zewnętrzny (*supervisory board*),
- władzą państwową i regionalną/lokalną oraz grupami nacisku, tj. urzędami administracji, wierzycielami, bankami, mediami,
- organizacjami ruchów ekologicznych, ruchów konsumenckich oraz innych, wyższej użyteczności.

Kierownictwo przedsiębiorstwa jest odpowiedzialne co najmniej za:

- 1) wypracowanie zysku (odpowiedzialność ekonomiczna),
- 2) pracowników (odpowiedzialność socjalna),
- 3) warunki pracy (odpowiedzialność za bezpieczeństwo i higienę pracy, za ekologię),

4) produkt (odpowiedzialność za produkt),

5) społeczność lokalną (odpowiedzialność za środowisko lokalne, w tym za **public relations**).

Członkostwo Polski w Unii Europejskiej w coraz większym stopniu potęguje wymóg dostosowania praktyki polskiej gospodarki do standardów europejskich, również w zakresie społecznej odpowiedzialności za podejmowane działania, o czym traktuje koncepcja CSR – *Corporate Social Responsibility*². Ukazało się sporo „produktów” normalizacyjnych promujących problematykę odpowiedzialności społecznej, na przykład SA 8000 (Social Accountability 8000) [Lisiecka 2004]. Również pozarządowa organizacja International Organisation for Standardisation (Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna), znana pod akronimem ISO, w 2012 roku opracowała i wydała wytyczne dotyczące społecznej odpowiedzialności [PN-ISO 26 000], które to wytyczne organizacje mogą wykorzystać i włączyć do projektowanych lub już wdrożonych systemów zarządzania jakością [PN-EN ISO 9001].

Reasumując, należy stwierdzić, że odpowiedzialną działalność gospodarczą cechuje budowanie trwałych i przejrzystych relacji ze wszystkimi zainteresowanymi stronami. Charakteryzuje ją:

- mądre kształtowanie relacji ze wszystkimi interesariuszami w dążeniu do osiągnięcia trwałych korzyści, uczciwe wypełnianie zobowiązań, prowadzenie działalności w zgodzie z ich oczekiwaniami,
- dostarczanie produktów w sposób niedegradujący środowiska przyrodniczego i społecznego,
- uwzględnianie wartości etycznych i prawa, szacunek dla pracowników, społeczeństwa i środowiska naturalnego,
- dobrowolne uwzględnianie społecznych, etycznych i ekologicznych aspektów w działalności gospodarczej i w kontaktach z interesariuszami,
- stosowanie przejrzystych praktyk biznesu.

Przez wyartykułowanie głównych wartości organizacji oraz ich przejrzystość wytwarza się poczucie porządku, przewidywania, regularności i bezpieczeństwa. To często wystarcza, aby w organizacji zaistniała i krzepła wartość zaufania. Świadomość dającej się zidentyfikować wartości zaufania jest cechą charakteryzującą dynamicznie rozwijające się nowoczesne przedsiębiorstwo XXI wieku.

3. Interesariusze i ich relacje w systemie ochrony zdrowia

Na tle wywodów o społecznej odpowiedzialności organizacji autorka niniejszego tekstu podjęła się próby przybliżenia tej strategicznej orientacji zarządzania placówkami w systemie ochrony zdrowia. System ochrony zdrowia rozumie się jako: „Ze-

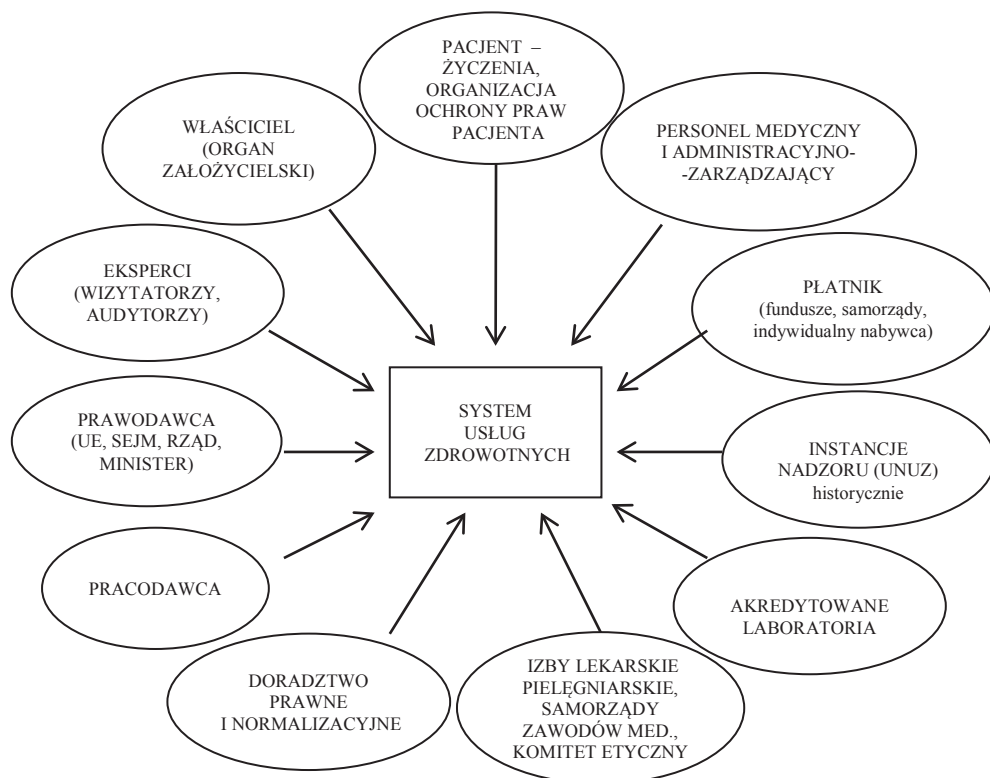
² Koncepcję, zgodnie z którą przedsiębiorstwa dobrowolnie uwzględniają problematykę społeczną i ekologiczną w swojej działalności komercyjnej i relacjach z zainteresowanymi stronami (Zielona Księga Komisji Europejskiej 2001).

spół osób i instytucji mający za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną ludności” [Nojszewska 2011]. Tworzą go grupy interesariuszy:

- świadczeniodawców – są to publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, apteki, punkty diagnostyczne i rehabilitacyjne,
- płatników – to instytucje ubezpieczenia zdrowotnego, publiczne i prywatne,
- świadczeniobiorców – pacjentów.

Interesariusze to grupy mogące oddziaływać na realizację przyjętych celów organizacji lub mogące podlegać oddziaływaniu w związku z realizacją tych celów.

W systemie ochrony zdrowia wyróżnić można wielu interesariuszy. Interesariuszami są/mogą być m.in. [Raport 2012]: Ministerstwo (Zdrowia, Pracy i Polityki Społecznej), Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), organa kontrolne (np. Sanepid, PIP, PIS, GIS, GIW, GIF), związki zawodowe, media, ośrodki pomocy społecznej, konkurenci, instytucje finansowe, w tym banki i ubezpieczyciele, zarząd organizacji, kadra kierownicza, personel (lekarze na etacie i na kontrakcie, pielęgniarki, pracownicy administracyjni), organ założycielski, rada społeczna szpitala, rada nadzorcza,



Rys. 2. Główni uczestnicy systemu usług zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne.

inwestorzy, sponsorzy, rodziny pacjentów, stowarzyszenia i fundacje, lokalni politycy, społeczność lokalna, władze samorządowe, banki, kościoły, firmy farmaceutyczne, apteki, dostawcy usług, sprzętu medycznego, instytucje doradcze, instytucje akredytujące i certyfikujące, firmy transportu medycznego i pozamedycznego. Rysunek 2 prezentuje głównych uczestników tworzenia relacji w systemie ochrony zdrowia.

Pochodną przemian świadomości ważności zdrowia jest zmieniające się podejście do roli, jaką odgrywać powinien zarówno świadczeniodawca, jak i świadczeniobiorca, czyli pacjent, w łączącej te dwa podmioty relacji. Kto jest świadczeniodawcą?

System polski jest złożony pod względem zarówno własnościowym, jak i sposobów finansowania świadczeń. Świadczeniodawcy są podmiotami państwowymi, spółdzielczymi oraz prywatnymi (tzw. podmioty publiczne i niepubliczne). System jest finansowany zarówno przez ubezpieczenia zdrowotne³, z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego, przez przedsiębiorstwa, jak i gospodarstwa domowe (tzw. źródła publiczne i prywatne).

Wypadkową negocjacji tych podmiotów jest usługa o określonym poziomie jakości. Usługa ta to szeroko pojmowany produkt, w znaczeniu ekonomicznym i społecznym, którego podstawowym składnikiem jest odpowiednie świadczenie zdrowotne według przyjętych standardów, uzyskiwane w związku z zaistniałą potrzebą zdrowotną, bez względu na tytuł uprawnienia do tego świadczenia (bezpośredni zakup, prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej, umowa ubezpieczenia) [Szumlicz 2004].

Przyjęte standardy określać powinny skuteczność terapeutyczną oraz efektywność kosztową usługi.

4. Pacjenci w roli interesariuszy

Relacje pomiędzy świadczeniodawcą a pacjentem są najważniejszymi relacjami zachodzącymi w opiece zdrowotnej [Getzen 2000]. Dostrzeżenie i traktowanie klientów, w tym pacjentów, w roli interesariuszy dokonało się pod wpływem dorobku P. Druckera, E. Deminga, M. Portera i innych apologetów filozofii TQM. Uaktywnienie ukrytej potęgi, jaką stanowią klienci, przysłuży się każdej organizacji. Zostało bowiem udowodnione, że poziom satysfakcji klienta wpływa korzystnie na wyniki finansowe organizacji.

Ma miejsce konkurowanie o pacjenta, a obszary występowania konkurencji związane są z występowaniem i konfiguracją uczestników sektora opieki zdrowotnej.

³ Ubezpieczenie społeczne to forma realizacji idei zabezpieczenia społecznego (obok zaopatrzenia społecznego i pomocy społecznej), obowiązku względem społeczeństwa poprzez organizację państwa dla zapewnienia środków utrzymania, w tym zdrowia, wszystkim potrzebującym, którzy własną pracą nie są w stanie ich uzyskać.

Konkurowanie o pacjenta występuje w przypadku nieskomplikowanych rodzajów usług, w przypadku których pacjent jest w stanie sam podjąć decyzję o zasięgnięciu porady ambulatoryjnej lub hospitalizacji (związanej np. z porodem). Przy tego typu usługach placówki/szpitala konkurują ze sobą bezpośrednio, starając się pozyskać możliwie dużą liczbę pacjentów. Czym konkurują?

Instrumentami konkurowania są/mogą być: jakość usługi, i to w warstwie zarówno diagnostyczno-leczniczej, zgodnej z przepisami dobrego prawa, dalej w funkcjonalnej, jak i psychosocjologicznej [Lisiecka 2003]; instrumentami konkurowania mogą być także wartości niematerialne (bezpieczeństwo, reputacja, wizerunek, marka, wiarygodność) i ogólnoprawne (patenty, licencje, konstrukcja umowy).

Pacjenci są zainteresowani usługami zdrowotnymi o wysokiej jakości i szerokiej dostępności, dostawcy zaś są zainteresowani maksymalizowaniem swego udziału w wewnętrznym rynku opieki zdrowotnej, a płatnicy – dysponenci środków finansowych – „inteligentnym” zakupem, grą pieniądzem, zakontraktowaniem usług o korzystnej relacji: koszt-efekt.

Procesy ekonomiki podmiotów funkcjonujących na rynku opisać można poprzez kategorię efektywności. Miara ta zależy od wykorzystania zasobów, jakimi dysponuje podmiot leczniczy, oraz od umiejętności dostosowania się do warunków zewnętrznych, wymagań rynku, preferencji Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ-u), układów konkurencyjnych i zdolności przewidywania przez kierownictwo organizacji przyszłych warunków świadczenia usług zdrowotnych i podjęcia na tej podstawie trafnych decyzji. Uzasadnione jest poszukiwanie oraz ciągle dostosowywanie mechanizmów zarządzających, ekonomicznych, kształtujących określoną liczbę świadczonych usług zdrowotnych przy akceptowalnej jakości. Racjonalność jest definiowana jako „dokonywanie najlepszych możliwych wyborów pozwalających osiągnąć cele przy danych ograniczeniach zasobów. Miara racjonalności, czyli efektywność ekonomiczna, rośnie przy maksymalizowaniu efektów przy danych nakładach oraz przy minimalizowaniu nakładów przy danych efektach [Folland, Goodman, Stano 2011]. Ale – jak podkreślają przywołani autorzy – tak zwane irracjonalne zachowanie często ma sens, jeśli tylko właściwie rozumie się korzyści, jakie dana osoba może osiągnąć ze swojego zachowania względem interesariusza. Rzecz idzie o optymalny mechanizm kształtowania tych relacji.

W skali regionalnej w bliskiej przyszłości narzędziem racjonalizowania potrzeb usług zdrowotnych mają być tzw. mapy potrzeb zdrowotnych. Sporządzane raz na pięć lat będą podstawą w planowaniu polityki zdrowotnej⁴. Czy mapy wyeliminują ułomności systemu planowania? Na dzień dzisiejszy bankiem cennych informacji w tym zakresie jest NFZ w regionie.

⁴ Mapy mają być właściwą podstawą zagwarantowania godnej dostępności do świadczeń w oparciu o zebrane dane i informacje. Mają je opracowywać wojewodowie przy udziale wojewódzkich rad ds. potrzeb zdrowotnych. Wiceminister zdrowia – S. Neumann – uważa: „dziś mamy do czynienia z sytuacją, w której różne podmioty – publiczne i prywatne – inwestują w ochronę zdrowia, a dopiero potem starają się uzyskać kontrakt z NFZ”. Rynek Zdrowia, 2014.

W skali mikro więź dotyczy indywidualnej relacji agencji, jaka powstaje między usługodawcą, reprezentowanym przez lekarza, a jego pacjentem. Relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem jest bezsprzecznie najważniejszą relacją, jaka ma miejsce w systemie opieki zdrowotnej.

Na rynku opieki zdrowotnej ma miejsce asymetria informacji, czyli nierównowaga dostępu do informacji przez wymienione strony. Pacjent zazwyczaj nie wie, jakiego rodzaju usług wymaga, jest niekompetentny. To jest powodem, dla którego nie jest w stanie podjąć dobrych decyzji. Stan emocjonalny powiększa tę niekompetencję. Brak informacji o stanie zdrowia oraz wynikająca z tego obawa zmuszają pacjenta do szukania kontaktu z osobami, które takie informacje oraz taką wiedzę posiadają. Asymetria informacji powoduje, że pacjent przekazuje prawo do podejmowania decyzji świadczeniodawcy, lekarzowi. Pacjent staje się mocodawcą, a lekarz – jego agentem w kwestii diagnozowania i sposobu leczenia [Sobiech 2008].

Lekarz – „agent” pacjenta, z zasady reprezentuje interesy świadczeniodawcy. Występując w tej roli, czasami generuje wewnętrzny konflikt interesów. Posiada wiedzę medyczną, więc swą przewagę nad pacjentem może wykorzystywać dla zwiększenia prestiżu zawodowego, swego wynagrodzenia lub dla interesów kolegów – lekarzy (preferencje osobiste). Towarzyszyć temu może pokusa nadużycia, czego konsekwencją mogą być: większa liczba świadczeń, a tym samym i wyższe koszty opieki – hazard moralny [Getzen 2000].

Układem nastawczym współpracy są korzyści postrzegane przez świadczeniodawcę i świadczeniobiorcę. Kluczową rolę w tym sektorze odgrywa wybór mechanizmu koordynującego ramy kontraktowe grup interesariuszy z pacjentem w roli głównej. Organizowanie transakcji zainteresowanych stron może przebiegać za pośrednictwem rynku, struktury hierarchicznej bądź zaufania [Rudawska 2014]. Podstawowa różnica między tymi formami organizowania transakcji polega na mechanizmie adaptacyjnym. I tak: w transakcji rynkowej mechanizmem adaptacyjnym jest cena. Charakter relacji między stroną popytową a stroną reprezentującą podaż usług w systemie opieki zdrowotnej odbiega od modelu rynkowego. Ze względu na występowanie relacji agencji mechanizmy rynkowe mają w tym sektorze ograniczone zastosowanie; nie jest spełnione założenie o swobodzie zachowań klienta pacjenta i równości podmiotów własnościowych. Potencjalne lub faktyczne zniekształcenie relacji agenta bywa spotęgowane przez system pośrednich (strona trzecia) płatności za usługi opieki zdrowotnej.

Brak przeto warunków, w tym rzetelnej, pełnej informacji, aby usługi świadczone w systemie ochrony zdrowia stały się przedmiotem wymiany dokonującej się za pośrednictwem zwykłych transakcji rynkowych. Najważniejszy interesariusz pełni bierną funkcję w procesie kontraktowania usług. Rynkowy mechanizm alokacji nie działa, a to oznacza, że ceny usług nie odzwierciedlają w pełni kosztów społecznych, co wynika z niepełnych lub zniekształconych informacji, nieuzasadnionych społecznie i ekonomicznie preferencji, czasami wysoce nieetycznych zachowań do-

konywanych na tym rynku. Brak warunków dla rygorów efektywności ekonomicznej każe szukać innych mechanizmów alokacji.

W drugiej formie koordynowania ram kontraktu mechanizm adaptacyjny opiera się na decyzjach organizacyjnych wykorzystujących relacje hierarchiczne. Mechanizm ten obciążony jest wysokimi kosztami administracyjnymi. Negocjacje przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych na podstawie spełnienia wymagań sformułowanych przez centralnego płatnika, przez NFZ (często niewłaściwie, nieadekwatnie do stanu rzeczywistego punktowo wycenionych⁵), nie spełniają zasad konkurencji i mechanizmów rynkowych przy zakupie świadczeń ze środków publicznych. Tym samym nie sprzyjają, a wręcz je ignorują, jakość usług zdrowotnych jako kryterium wyboru świadczeniodawców⁶. Występująca centralizacja na poziomie płatnika (NFZ) nie sprzyja efektywności pracy w tym sektorze.

Gdy ceny i władza zawodzą, należy się odwołać do innego nośnika formy transakcji, do zaufania, wartości, która wymaga odpowiedniej kultury organizacyjnej, odpowiedniego uwolnienia energii. Zaufanie to jeden ze składników wspólnoty moralnej, obok lojalności, czyli powinności nienaruszania zaufania, jakim obdarzają nas inni, i wywiązywania się z podjętych zobowiązań, oraz solidarności, czyli troski o interesy innych i gotowości podjęcia działań na ich rzecz, nawet gdy narusza to własne interesy [Sztompka 2007]. Wartości biorą swój początek w najgłębszych porządkach człowieczeństwa. Spajają wspólnoty i kultury [Laszlo 2008]. Kategoria „zaufania” może być reakcją na asymetrię wiedzy pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą. A więc obok rynku i hierarchii mechanizmem koordynującym formę organizowania transakcji między zainteresowanymi stronami w systemie ochrony zdrowia może/powinno być zaufanie. Ta forma wykorzystuje kategorię bazującą na podzieleniu tych samych norm i wartości. Wartości te są – o czym pisaliśmy w części pierwszej – wypadkową uwarunkowań kulturowych kraju, regionu oraz predyspozycji osobistych. Podnoszeniu jakości koordynacji sprzyjają więzi społeczne oraz tożsamość organizacyjna opierająca się na wspólnych celach, dzieleniu się wiedzą oraz na wzajemnym szacunku. Te cechy są wyróżnikiem interesariuszy: stron społecznie odpowiedzialnych.

Zaufanie odnosi się do relacji interpersonalnych: pacjent–lekarz, i do relacji międzyorganizacyjnych. Wsparciem tego typu mechanizmu koordynacji kontraktów jest mechaniczna obiektywizacja danych i informacji, generowana m.in. przez controlling oraz towarzyszący mu monitoring danych i informacji, a także audyt, co stanowi wsparcie, substytut zaufania. Gdy relacja pacjent–świadczeniodawca bazuje na wartości zaufania podmiotu leczniczego do wybranego lekarza, tworzy się koor-

⁵ Punkt – jednostkowa miara służąca do określenia wartości świadczeń zawartych w katalogu zakresów świadczeń.

⁶ Plan rzeczowo-finansowy, który jest częścią każdego kontraktu, zawiera informacje o przedmiocie kontraktu, jednostce będącej podstawą rozliczeń oraz jednostkowej cenie. W lecznictwie szpitalnym NFZ kontraktuje na podstawie punktów, w jakich zostały wycenione świadczenia (procedury). Każdej procedurze przypisana jest odpowiednia liczba punktów, a każdemu punktowi określona kwota.

dynacja relacyjna, tworzy się kapitał relacji, bazujący na kapitale ludzkim. Stosowane mechanizmy finansowania świadczeń zdrowotnych mogą skłaniać do zachowań, które będą miały bezpośredni wpływ na dostępność i wysoką jakość świadczonych usług zdrowotnych.

Dojrzewa i pogłębia się świadomość interesariuszy w badanym sektorze: pacjent powinien być traktowany podmiotowo. Należy uszanować przede wszystkim człowieczeństwo, dalej podatnika, któremu należy się prawo godnej dostępności do świadczeń wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Zauważalna jest tendencja odchodzenia od państwowego modelu scentralizowanego do modelu zarządzania opartego na konkurencji i współpracy, zarówno z organizacjami sektora, jak i spoza nich. Projekty według partnerstwa publiczno-prywatnego (PPP) „naruszyły” skostniałe mechanizmy zarządzania, a w ślad za tym i struktury świadczonych usług publicznych. Idą w kierunku wprowadzania rynkowych mechanizmów zarządzania, także humanizmu organizacyjnego, partnerstwa i przyjaznego nastawienia do pacjenta. Przejawia się to w zasadach doskonalenia jakości myślenia i działania, nacisku na restrukturyzację, tworzeniu sprawnych systemów informacji, wspartych programami informatycznymi, nacisku na kontraktowanie usług zdrowotnych opartych na zaufaniu, tworzeniu mechanizmów rynkowych oraz na pomiarze wyników [Freemman 2011]. Naprzeciw tej idei wyszła również ustawa o działalności leczniczej, regulująca procesy przekształceń SPZOZ-ów w spółki prawa handlowego [Ustawa 2011].

Przewaga konkurencyjna placówek ochrony zdrowia coraz częściej zależy od wartości niematerialnych, takich jak: marka, reputacja, wizerunek, lojalność, a więc od kapitału relacyjnego, szerzej od odpowiedzialności społecznej tych placówek, który bazuje na rzetelnych, nieprzekłamanych danych i informacjach. Ta charakterystyka oznacza odchodzenie od sprawowania władzy, której źródłem jest autorytet formalny, na rzecz dowartościowania procesów zarządzania opartych na właściwych bodźcach i wartościach. Nastaje czas wysokiej rangi imponderabiliów sukcesu podmiotów leczniczych. Formy organizacyjne mechanizmu alokacji w tym sektorze powinny być bliskie wartościom społecznej odpowiedzialności – powinny opierać się na zaufaniu.

5. Zakończenie

Opracowanie traktuje o społecznej odpowiedzialności w organizacjach. Na tle dorobku o nowej strategicznej orientacji zarządzania organizacjami w klasycznym biznesie autorka podjęła wysiłek zidentyfikowania stopnia respektowania wartości idei społecznej odpowiedzialności w sektorze ochrony zdrowia, realizującej cel publiczny naczelnej wartości – chronienie zdrowia. Kluczową decyzją w tym sektorze jest wybór mechanizmu koordynującego ramy kontraktowe głównych grup interesariuszy. Dokonała identyfikacji grup interesariuszy i stwierdziła, że najważniejszymi

relacjami zachodzącymi w sektorze ochrony zdrowia są relacje pomiędzy świadczeniodawcą a pacjentem.

Organizowanie transakcji zainteresowanych stron może przebiegać za pośrednictwem rynku, struktury hierarchicznej oraz zaufania. Z przeprowadzonej analizy mechanizmów koordynujących formę organizowania transakcji między zainteresowanymi stronami wyprowadza wniosek, że dobrym mechanizmem koordynacji transakcji między najważniejszymi stronami w tym sektorze jest zaufanie. Ta forma wykorzystuje kategorię bazującą na podzieleniu tych samych norm i wartości. Autorka konstatuje, że przewaga konkurencyjna placówek ochrony zdrowia coraz częściej zależeć będzie od wartości niematerialnych, od odpowiedzialności społecznej tych placówek. Ta charakterystyka oznacza odchodzenie od sprawowania władzy, której źródłem jest autorytet formalny, na rzecz dowartościowania procesów zarządzania opartych na właściwych bodźcach i wartościach. Nastaje czas wysokiej rangi imponderabiliów sukcesu podmiotów leczniczych. Autorka wskazała, że podstawą nowego modelu organizacyjnego musi być rozwijanie wartości organizacyjnych, że formy organizacyjne mechanizmu alokacji w tym sektorze powinny być bliskie wartościom społecznej odpowiedzialności – powinny opierać się na zaufaniu.

Literatura

- Adamczyk J., 2001, *Koncepcja zrównoważonego rozwoju w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, AE, Kraków.
- Bauman Z., 2006, *Płynna nowoczesność*, Wyd. Literackie, Kraków.
- Chmielecka E., 2000, *Czy etyka biznesu jest etyką?*, Master of Business Administration. Pismo WPS i Z im. L. Koźmińskiego i Międzynarodowej Szkoły Zarządzania, nr 2.
- Commission of the European Communities. COM(2001), Brussels.
- Folland S., Goodman A.C., Stano A., 2011, *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Freemman T., 2011, *Pomiar wyników i wdrażanie ulepszeń*, [w:] *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. K. Walshe i J. Smith, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Gasparski W., 2000, *Centrum Etyki Biznesu*, [w:] Master of Business Administration, Pismo WPS i Z im. L. Koźmińskiego i Międzynarodowej Szkoły Zarządzania, nr 2.
- Getzen T., 2000, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa.
- Green Paper for Promoting a European Framework for Corporate Social Responsibility.
- Ingarden R., 1987, *Książeczka o człowieku*, KiW, Kraków.
- Kotarbiński T., 1965, *Traktat o dobrej robocie*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- Laszlo Ch., 2008, *Firma zrównoważonego rozwoju*, Studio Emka, Warszawa.
- Lipski A., 2013, *Problem odpowiedzialności w warunkach wielowymiarowej deregulacji. Na marginesie etyki radykalnego racjonalizmu Leszka Kołakowskiego*, [w:] *Odpowiedzialność w przestrzeni społeczno-pastoralnej*, red. ks. I. Celary i ks. G. Polok, UE, Katowice.
- Lisiecka K., S.A., 8000 and Ethics in Business, 2003, *Marketing Firiem Krajim V4 Na Prohu Vstupu Do Europskej Unie*, Banska Bystrica. Słowacja.
- Lisiecka K. (red.), 2003, *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, IPIŚ, Warszawa.
- Majka J. ks., 1993, *Etyka społeczna i polityczna*, Seria: *Chrześcijańska myśl społeczna*, Ośrodek Dokumentacji i Studiów Społecznych. Warszawa.

- Nojszewska E., 2011, *System ochrony zdrowia w Polsce*, LEX, Warszawa.
- PN-EN ISO 9001:2008: Systemy zarządzania jakością. Wymagania, PKN, Warszawa 2009.
- PN-ISO 2012, Wytyczne dotyczące społecznej odpowiedzialności, PKN, Warszawa.
- Raport z badań statutowych „Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją publiczną”, kierownictwo A. Frąckiewicz-Wronka, 2012, UE, Katowice.
- Rudawska I., 2014, *Zintegrowana opieka zdrowotna. Podejście relacyjne do obsługi pacjenta jako klienta*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Sedlaczek T., 2012, *Ekonomia dobra i zła. W poszukiwaniu istoty ekonomii od Gilgamesza do Wall Street*, Studio Emka.
- Sobiech J., 2008, *Ekonomiczne aspekty zarządzania opieką zdrowotną*, [w:] *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa.
- Sztompka P., 2007, *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Wyd. Znak, Kraków.
- Szumlicz T., 2004, *Finansowanie zdrowia społecznego*, [w:] *Kapitał społeczny*, red. L. Frąckiewicz i A. Rączaszek, AE, Katowice.
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011, Dziennik Ustaw, nr 112, poz. 654.
- Zbiegień-Maciąg L., 1996, *Etyka w zarządzaniu*, CIM, Warszawa.

SOCIAL RESPONSIBILITY IN RELATIONS WITH STAKEHOLDERS IN THE HEALTH CARE SYSTEM

Summary: The aim of the study was to present social responsibility which is a new direction of changes in the strategic management of organizations. In comparison with the characteristics of this concept we attempted to describe the relations in the health care system and attempted to describe the mechanism of contracting the benefits between key stakeholders. The attention was paid to the selection of mechanism coordinating contractual framework of the stakeholder groups. Organizing of the stakeholder groups transactions can take place through the market, hierarchical structure or through trust. The paper shows that the organizational forms of allocation mechanism in the sector should be close to the values of social responsibility and should be based on trust.

Keywords: responsibility, social responsibility, stakeholders, organizational form of contracting, rationality, trust.