

Sebastian Susmarski

Uniwersytet Gdański
e-mail: sebastian.susmarski@ug.edu.pl

ANALIZA INTERESARIUSZY JAKO NARZĘDZIE WSPOMAGAJĄCE PODEJMOWANIE DECYZJI W SYSTEMIE IOWISZ

STAKEHOLDER ANALYSIS AS A DECISION SUPPORT TOOL IN THE IOWISZ SYSTEM

DOI: 10.15611/pn.2017.485.36

JEL Classification: C22, H51, I18

Streszczenie: 30 sierpnia 2016 r. weszła w życie Ustawa z 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Obecnie opinię o celowości utworzenia podmiotu leczniczego lub jednostek, lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą wydaje właściwy wojewoda, poddając analizie regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, dane z rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a także zasięga opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Celem artykułu jest rozpatrzenie analizy interesariuszy jako źródła informacji w procesie oceny celowości realizacji projektów inwestycyjnych realizowanych w sektorze ochrony zdrowia z wykorzystaniem narzędzia IOWISZ. W artykule przedstawione zostanie środowisko funkcjonowania narzędzia IOWISZ w kontekście wydatków majątkowych jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia.

Słowa kluczowe: teoria interesariuszy, wydatki majątkowe, ochrona zdrowia.

Summary: August 30, 2016 the Act on Healthcare Services Financed from Public Funds was changed. It radically changed the situation of medical entities engaged in the activities in the field of hospital treatment and outpatient specialist services. After changing the law, the opinion on the purpose of setting up a new medical entity, or new units or organizational units of an enterprise performing medical activity, is issued by the competent voivode. The aim of this article is to present stakeholder analysis as a source of information in the process of evaluation of the purpose of implementing investment projects introduced in the health sector using the IOWISZ tool. The paper will present IOWISZ tool environment functioning in the context of capital expenditure of local government units on health care. Stakeholder theory and its role in making objective decisions about investment projects will be also discussed.

Keywords: stakeholders' theory, capital expenditure, health care.

1. Wstęp

Pojawienie się na rynku usług zdrowotnych podmiotów niepublicznych spowodowało konieczność dokonania zmian w podmiotach leczniczych, których podmiotami tworzącymi były JST. Zmiany te dotyczyły zarówno sfery organizacji i zarządzania podmiotem, jak i finansów, a konkretniej nakładów inwestycyjnych pozwalających funkcjonować na konkurencyjnym rynku usług zdrowotnych, w odniesieniu do szpitali i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Nakłady te mogły obciążać spółkę w przypadku skomercjalizowanego podmiotu, natomiast JST w przypadku podmiotu prowadzonego w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Wraz z wejściem w życie systemu IOWISZ (Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia) nadrobienie dystansu do wysokospecjalistycznych, nowoczesnych podmiotów leczniczych o charakterze niepublicznym może zostać utrudnione.

2. Zadania jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia

Zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia są sprecyzowane w przepisach prawa, przede wszystkim w rozdziale 2 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Ustawa z 27 sierpnia 2004]. Dotyczą one przede wszystkim zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i obejmują głównie 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, a także finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej [Ustawa z 27 sierpnia 2004, art. 6]. Zadania JST w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zostały przedstawione w tabeli 1.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż oprócz znanych kategorii zadań własnych i zadań zleconych pojawiła się kategoria nowa, świadczenia gwarantowane. Przywołane w tabeli 1 pojęcie świadczenia gwarantowanego celowo zostało poprzedzone sformułowaniem „zadania uzupełniające”. Świadczenie takie ma bowiem stanowić uzupełnienie realizacji tych świadczeń, których nie obejmuje umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Jednostka samorządu terytorialnego będzie mogła samodzielnie finansować te świadczenia, które są istotne dla mieszkańców (co ma wynikać z polityki zdrowotnej samorządu) i w stosunku do których nastąpiło wyczerpanie kwoty finansowania w ramach umowy z NFZ. Warto zaznaczyć, że w przepisach prawa jakiegokolwiek dofinansowanie JST w tym zakresie nie jest przewidziane. Można dyskutować z takim rozwiązaniem, bowiem bogatsze samorządy będą w stanie sfinansować dodatkowe świadczenia dla mieszkańców, co może w efekcie prowadzić do potencjalnych dysproporcji w dostępie do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Tabela 1. Zadania JST w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

Samorząd gminny	Samorząd powiatowy	Samorząd wojewódzki
Zadania własne		
Opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.	Opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami.	Opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami.
Przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach polityki zdrowotnej.	Przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach polityki zdrowotnej.	Przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach polityki zdrowotnej.
Inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami.	Inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu.	Opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1, służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia.
Podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.	Pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia.	Inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia.
	Podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.	Podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.
Zadania zlecone		
Wydawanie decyzji, o których mowa w art. 54, w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, spełniających kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku których nie zachodzi okoliczność, o której mowa w art. 12 tej ustawy.		
Zadania uzupełniające		
W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.		

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Ustawa z 27 sierpnia 2004].

Z realizacją zadań JST w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wiąże się konieczność dokonywania wydatków budżetowych, zarówno bieżących, jak i majątkowych. Warto, w kontekście nakładów inwestycyjnych (co jest istotne z punktu widzenia systemu IOWISZ), zwrócić uwagę na wysokość wydatków majątkowych JST w dziedzinie ochrony zdrowia. W latach 2014 i 2015 wysokość tych wydatków kształtowała się na poziomie odpowiednio 667,4 mln zł i 1043,1 mln zł [Informacja... 2015]. W związku z tym można stwierdzić, że od 27 września 2016 roku zasadność ponoszenia dużej części tych wydatków stała się przedmiotem decyzji wojewodów w związku z wejściem w życie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

3. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia i zasady jego funkcjonowania

U podstaw wprowadzenia systemu IOWISZ leży, zdaniem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, troska o uporządkowanie inwestycji w ochronie zdrowia, a także wypracowanie racjonalnego i efektywnego systemu wydatkowania środków publicznych. W związku z tym inwestycje w dziedzinie ochrony zdrowia, które wiążą się z finansowaniem ze środków publicznych (albo w zakresie dofinansowania ze środków pochodzących z budżetu UE, albo w zakresie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia) podlegają ocenie przez wojewodę lub właściwego ministra do spraw zdrowia. Przedmiotem oceny jest [Ustawa z 27 sierpnia 2004]:

- utworzenie podmiotu leczniczego, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie leczenia szpitalnego, lub nowych jednostek, lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie leczenia szpitalnego, lub innej inwestycji w tym zakresie o wartości przekraczającej 3 miliony złotych w okresie 2 lat, realizowanej przez podmiot wnioskujący;
- podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub nowych jednostek, lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lub innej inwestycji w tym zakresie o wartości przekraczającej 2 miliony zł w okresie 2 lat, realizowanej przez podmiot wnioskujący;
- podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który ma wykonywać działalność leczniczą w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej, lub nowych jednostek, lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub podstawowej opieki zdrowotnej, lub innej inwestycji w tym zakresie, na które podmiot wnioskujący zamierza uzyskać dofinansowanie ze środków europejskich.

Z katalogu przedmiotowego wyłączone zostały inwestycje w szpitalnych oddziałach ratunkowych, szpitalnych oddziałach ratunkowych dla dzieci, centrach urazowych oraz centrach urazowych dla dzieci.

Użyteczność systemu IOWISZ ma sprowadzać się do źródła informacji do wydania opinii o celowości inwestycji, co w przypadku oceny pozytywnej ma prowadzić do możliwości realizacji tylko tych projektów, które są zgodne z priorytetami zdrowotnymi. Opinia o celowości inwestycji jest wydawana wyłącznie na podstawie informacji zawartych we wniosku, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, regionalnej lub ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych, opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, informacji zawartych w innych złożonych wcześniej wnioskach oraz wydanych opiniach w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację map oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. Wobec krytycznych opinii na temat map potrzeb zdrowotnych, jak również subiektywizmu w ocenie dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, warto zastanowić się nad zastosowaniem narzędzia, które poprzez analizę różnych grup interesów pozwoli na ocenę ich wpływu na realizację projektów inwestycyjnych w dziedzinie ochrony zdrowia poprzez dokonanie ich klasyfikacji ze względu na ich siłę i kierunek oddziaływania. Takim narzędziem może być analiza interesariuszy.

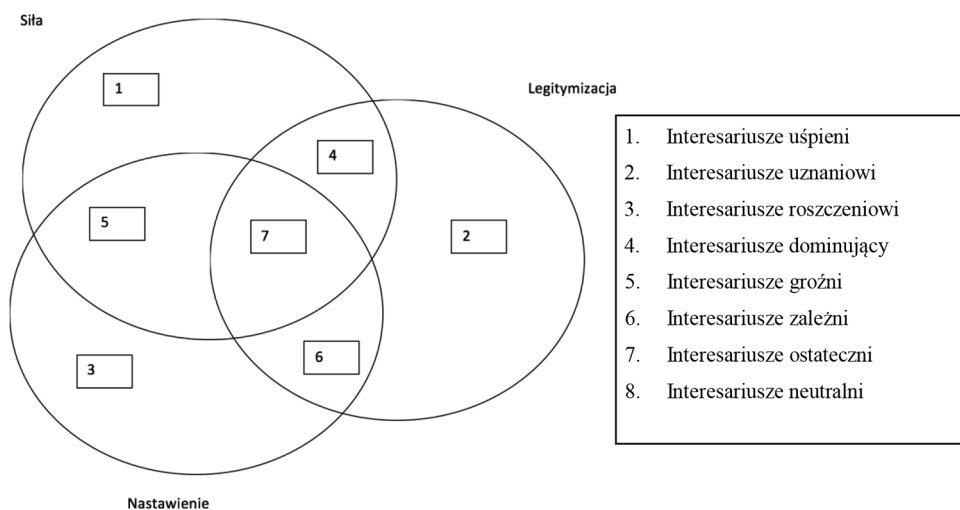
4. Analiza interesariuszy i jej zastosowanie do oceny projektów inwestycyjnych w dziedzinie ochrony zdrowia

Jedną z najwcześniejszych definicji pojęcia interesariuszy wprowadził E.R. Freeman uważany za twórcę teorii interesariuszy. Scharakteryzował ich jako podmioty, które mogą wywierać wpływ i mogą być dotknięte skutkami realizacji celów organizacji [Freeman 1984, s. 46]. W związku z realizacją projektów infrastrukturalnych (takie podlegają ocenie wojewodów) w dziedzinie ochrony zdrowia pojęcie interesariuszy nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ ta sfera należy do sfer wrażliwych społecznie. W związku z tym można zaobserwować wszystkie typy postaw charakterystycznych dla interesariuszy, tj. wspierającą, neutralną oraz antagonistyczną [Chinyio, Olomolaiye 2010, s. 32]. Należy też podkreślić, że w przypadkach skrajnych, interesariusze mogą przyczynić się do znaczącego opóźnienia lub nawet przerwania realizacji projektu [Ward, Chapman 2008, s. 565]. Jeśli więc ich rola jest tak ważna, warto dokonać klasyfikacji interesariuszy, aby określić ich możliwości wpływu na realizację projektu [Goodijk 2003, s. 225–241].

W literaturze można spotkać wiele rodzajów klasyfikacji interesariuszy. Najprostsze z nich identyfikują dwa rodzaje interesariuszy: pierwszorzędných i drugorzędnych [Freeman i in. 2007, s. 24]. Prace Freemana zostały rozwinięte i szerzej upowszechnione przez Mitchella, proponującego uwzględnienie trzech atrybutów określających ważność interesariuszy dla organizacji, tj. siłę, legitymizację oraz

pilność [Mitchell i in. 1997, s. 853–886]. Wraz z rozpowszechnieniem teorii interesariuszy liczba atrybutów ulegała rozszerzeniu o takie, jak nastawienie, wpływ, zaangażowanie [Bourne 2009, s. 73]. Dokonując klasyfikacji w oparciu o najpowszechniej występujący podział, uwzględniający trzy atrybuty, można określić zarówno typ interesariusza, jak i rodzaj jego potencjalnego wpływu na realizację projektu.

Sposób podziału uwzględniający możliwe kombinacje atrybutów interesariuszy został przedstawiony na rysunku 1.



Rys. 1. Klasyfikacja interesariuszy ze względu na posiadane atrybuty

Źródło: [Hester i in. 2012, s. 229].

W oparciu o liczbę posiadanych przez poszczególnych interesariuszy atrybutów, a także ich rodzaje, można dokonać następującej klasyfikacji [Mitchell i in. 1997, s. 874]:

1. Interesariusze uśpieni – posiadają uprawnienia skutkujące możliwością narzucenia swojej woli, ale nie posiadają uzasadnionych związków ani pilnych roszczeń.

2. Interesariusze uznaniowi – posiadają tytuł prawny, ale nie są wyposażeni w odpowiednią siłę, aby wpływać na projekt oraz nie mają pilnych roszczeń.

3. Interesariusze roszczeniowi – eksponują roszczenia w sposób natarczywy, ale nie mają odpowiedniej siły oddziaływania ani uzasadnionych związków z projektem.

4. Interesariusze dominujący – są skuteczni i posiadają odpowiednie umocowanie prawne, aby wpływać na losy projektu.

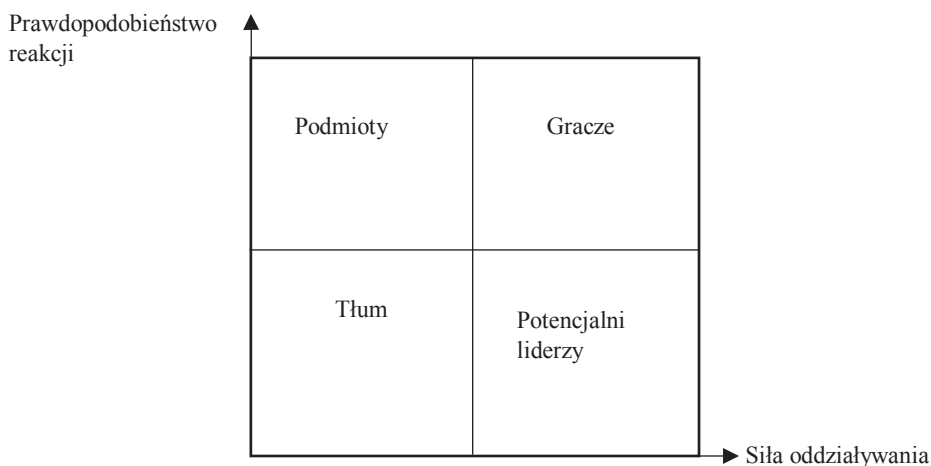
5. Interesariusze groźni – nie mają żadnego tytułu prawnego, ale posiadają odpowiednią władzę i są natarczywi.

6. Interesariusze zależni – mają pilne i uzasadnione roszczenia, ale nie posiadają odpowiedniej siły oddziaływania.

7. Interesariusze ostateczni – mają zarówno tytuł prawny, jak i władzę. Są członkami dominujących koalicji w organizacjach.

8. Interesariusze neutralni – nie wykazują zaangażowania, nie posiadają wpływu ani umocowania prawnego.

Warto zaznaczyć, że zdaniem autorów klasyfikacji atrybuty, w które wyposażeni są interesariusze, mają charakter płynny. Mogą oni jedno stracić, inne zyskać. Nie zawsze też interesariusze są świadomi posiadanych atrybutów, ale także często ich wyobrażenie o rzeczywistej ich sile różni się z rzeczywistością [Mitchell i in. 1997, s. 876]. W związku z tym konieczne wydaje się pogłębienie zaprezentowanego podziału, uwzględniające siłę mierzoną liczbą posiadanych atrybutów oraz prawdopodobieństwem reakcji [Ackermann, Eden 2011, s. 183], co zostało przedstawione na rysunku 2.



Rys. 2. Pogłębiona klasyfikacja interesariuszy

Źródło: [Ackermann, Eden 2011, s. 183].

Zaprezentowana na rysunku 2 pogłębiona klasyfikacja interesariuszy ma na celu dobór odpowiednich strategii komunikacji z interesariuszami. Wyróżnić tu można następujące strategie [Szwajca 2016, s. 332]:

- bierną – polegającą na ignorowaniu sygnałów płynących od interesariuszy i braku jakiegokolwiek reakcji na ich żądania i naciski;
- reaktywną – zakładającą odpowiadanie i reagowanie na oczekiwania oraz naciski interesariuszy dopiero wtedy, gdy jest to uznane za niezbędne;
- proaktywną – zgodnie z którą monitoruje się potrzeby i oczekiwania interesariuszy po to, aby przewidywać i możliwie wcześniej wykrywać problemy oraz przygotować odpowiednie programy działania, umożliwiające skuteczną i natychmiastową reakcję;

- interaktywną – polegającą na ciągłym komunikowaniu się z interesariuszami, prowadzeniu dialogu i rozwijaniu bliskiej współpracy w celu identyfikowania ich oczekiwań, preferencji oraz ewentualnych problemów w taki sposób, aby można je było wspólnie i bezkonfliktowo rozwiązać.

Analiza interesariuszy nabiera szczególnego znaczenia w momencie oceny projektu inwestycyjnego z wykorzystaniem narzędzia IOWISZ. Wskazuje bowiem interesariuszy, siłę i kierunek ich oddziaływania, ale także wyposaża w wiedzę dotyczącą strategii komunikacji. Znaczenie analizy interesariuszy potęgują dodatkowo komentarze wskazujące na niedoskonałości narzędzia IOWISZ, takie jak [Komentarz... 2016]:

- brak ekonomicznych kryteriów oceny opłacalności inwestycji (jedynym, przypominającym kryterium ekonomiczne jest „uzasadnienie kosztu realizacji inwestycji w porównaniu do podobnych realizowanych inwestycji albo podobnych zrealizowanych inwestycji” bez próby zbadania, czy te projekty miały jakiegokolwiek racjonalne uzasadnienie);
- dopuszczenie uznaniowości w ocenie inwestycji (28 kryteriów na 34), co może stwarzać możliwość manipulacji ocenami inwestycji i z całej procedury IOWISZ;
- podstawowymi parametrami oceny inwestycji oprócz kryteriów ekonomicznych powinno być dobro pacjenta i wysoka jakość świadczonych usług w wyniku realizacji inwestycji – a te kryteria otrzymały w projekcie najniższe wagi.

Wymienione wady narzędzia, jakim jest IOWISZ, wskazują wręcz na konieczność zastosowania dodatkowych elementów analizy projektów inwestycyjnych stanowiących źródło informacji w procesie decyzyjnym dotyczącym ich celowości.

5. Zakończenie

Celem wprowadzenia narzędzia IOWISZ było osiągnięcie wyższej efektywności wydatków inwestycyjnych w ochronie zdrowia. Dążenie do na przykład zapobieżenia dublowaniu się podmiotów leczniczych konkurujących o środki publiczne, w przypadku gdy ilość tych środków w budżecie NFZ wystarczy tylko dla jednego, należy ocenić pozytywnie. Trzeba jednak podkreślić, że proces podejmowania decyzji o celowości inwestycji w ochronie zdrowia powinien być zarówno obiektywny, jak i skorelowany z aktualizowanymi mapami potrzeb zdrowotnych.

Wydatki majątkowe jednostek samorządu terytorialnego w dziedzinie ochrony zdrowia w 2015 r. wzrosły w stosunku do roku 2014 o 56,29% i osiągnęły poziom przekraczający 1 mld złotych. Narzędzie funkcjonujące w obecnym kształcie może spowodować istotne ryzyko związane z dysponowaniem i przeznaczeniem tych środków. Może więc postawić pod znakiem zapytania wiele istotnych dla społeczności lokalnych projektów inwestycyjnych.

Uwzględnienie w procesie oceny projektów inwestycyjnych w dziedzinie ochrony zdrowia analizy interesariuszy prowadzi do uniknięcia subiektywizmu w ich

ocenie, gwarantuje podjęcie decyzji uwzględniającej głosy wszystkich zainteresowanych projektem. Dodatkowo wskazuje sposób prowadzenia komunikacji z otoczeniem, co jest niezwykle istotne dla społeczności lokalnej w tak wrażliwej sferze jak ochrona zdrowia.

Literatura

- Ackermann F., Eden C., 2011, *Strategic Management of Stakeholders: Theory and Practice*, Long Range Planning, vol. 44, doi:10.1016/j.lrp.2010.08.001.
- Bourne L., 2009, *Stakeholder Relationship Management, A Maturity Model for Organisational Implementation*, Gower, Farnham.
- Chinyio E., Olomolaiye P., 2010, *Introducing Stakeholder Management. In Construction Stakeholder Management*, <http://onlinelibrary.wiley.com/>, doi:10.1002/9781444315349 (12.03.2017).
- Freeman R.E., 1984, *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Pitman, Boston.
- Freeman R.E., Harrison J.S., Wicks A.C., 2007, *Managing for stakeholders: Survival, reputation, and success*, Yale University Press, New Haven, CT.
- Goodijk R., 2003, *Partnership at corporate level: The meaning of the stakeholder model*, Journal of Change Management, no. 3 (3).
- Hester P.T., Bradley J.M., Mac Gregor Adams K., 2012, *Stakeholders in systems problems*, <https://www.researchgate.net/publication/264818485> (7.04.2017).
- Informacja o wykonaniu budżetów jednostek samorządu terytorialnego w 2015 roku, <http://www.mf.gov.pl/ministerstwo-finansow/dzialalnosc/finanse-publiczne/budzet-panstwa/wykonanie-budzetu-panstwa/sprawozdanie-z-wykonania-budzetu-panstwa-roczne/> (7.04.2017).
- Komentarz do projektu rozporządzenia w sprawie IOWISZ, <http://formedis.pl/o-nas/aktualnosci/piotr-magdziarz-dla-menedzera-zdrowia-komentarz-do-projektu-rozporzadzenia-w-sprawie-formularza-iowisz.html> (15.03.2017).
- Mitchell R.K., Agle B.R., Wood D.J., 1997, *Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts*, The Academy of Management Review, no. 22(4).
- Szwajca D., 2016, *Strategie zarządzania relacjami z interesariuszami w kontekście ograniczania ryzyka pogorszenia lub utraty reputacji przedsiębiorstwa. Strategie. Procesy i praktyki*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 420.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2016, poz. 1793.
- Ward S., Chapman C., 2008, *Stakeholders and uncertainty management in projects*, Construction Management and Economics, no. 26.