

ROZDZIAŁ 7

Społeczna odpowiedzialność biznesu w jednostkach służby zdrowia na przykładzie Grupy Skanmed

Bartłomiej Wrona, Halina Rechul

Wprowadzenie

Zdrowie od najdawniejszych lat stanowiło zasadniczy przedmiot zainteresowania człowieka i najważniejszą wartość w życiu. Zainteresowanie to rosło zwłaszcza w obliczu wystąpienia choroby czy też śmierci kogoś z otoczenia. Podejście to jest oczywiste i naturalne, bowiem zdrowie jest traktowane jako wartość pozytywna, której brak jest dojmująco dotkliwy. Dobre zdrowie oraz życie w zdrowiu stanowią o sile społeczeństwa oraz mogą stać się istotnym czynnikiem powodującym wzrost ekonomiczny kraju oraz czynnik zapewniający trwały rozwój. Podkreślenie znaczenia zdrowia dla społeczeństwa widoczne jest w umiejscowieniu zapisów z nim związanych w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Zawarto w niej stwierdzenie, iż „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”¹.

Każda organizacja, w tym również jednostki organizacyjne działające w sferze ochrony zdrowia, w celu utrzymania przewagi konkurencyjnej nad innymi uczestnikami rynku, muszą ciągle się rozwijać. Wysoki standard świadczonych usług staje się w obecnych czasach wymogiem niezbędnym. Jednym z obszarów, który nabiera w ostatnich latach szczególnego znaczenia, jest społeczna odpowiedzialność biznesu (*Corporate Social Responsibility* – CSR), często połączona z polityką zintegrowanego systemu zarządzania i zrównoważonego rozwoju.

¹ Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

CSR propaguje bardzo ważną i potrzebną ideę. Zwraca się w niej uwagę na szerszy niż pierwotnie zakładano zakres odpowiedzialności biznesu. Podstawę koncepcji CSR stanowią relacje między przedsiębiorcami a społeczeństwem. W otoczeniu przedsiębiorstwa funkcjonują bowiem różnego rodzaju grupy interesu, które powinny zostać uwzględnione w procesach zarządzania. Wśród interesariuszy znajdują się zarówno grupy niezbędne do przetrwania i rozwoju przedsiębiorstwa, jak i te, które tylko w niewielkim stopniu wpływają na jego funkcjonowanie. Przedsiębiorstwa, oddziałując na otoczenie, w wymiarze zarówno społecznym, ekologicznym, jak i etycznym, powinny podejmować inicjatywy korzystne dla różnych grup.

Koncepcja CSR stanowi obecnie obszar badań wielu organizacji. Tworzy podstawę kreowania nowych oraz innowacyjnych obszarów działań podejmowanych przez organizacje, które mogą decydować o jej pozycji na rynku. Specyficzną grupą podmiotów występujących w gospodarce są jednostki służby zdrowia. Tworzą ją jednostki publiczne i prywatne realizujące proces udzielania świadczeń zdrowotnych. Podmioty te mają różną strukturę organizacyjną, finansową, właścicielską, natomiast ich cechą wspólną jest wykonywanie specyficznej usługi, jaką jest świadczenie usług medycznych. Sektor ochrony zdrowia jest rozbudowany i różnorodny. Tworzą go między innymi podmioty lecznicze (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej), firmy farmaceutyczne czy apteki.

Celem rozdziału jest przedstawienie podstawowych zagadnień związanych z systemem opieki zdrowotnej oraz przybliżenie problemu realizacji koncepcji CSR przez jednostki służby zdrowia. Dla jego realizacji dokonano przeglądu literatury oraz poddano analizie zakres informacji dotyczących CSR przedstawianych przez Grupę Scanmed.

7.1. Zdrowie i jego znaczenie

Rozwiązania przyjęte w państwach Unii Europejskiej kładą nacisk na zdrowie i jego ochronę. Traktat z Maastricht ochronę zdrowia traktuje jako integralną część polityki Wspólnotowej. Postanowienia w nim zawarte mówią, iż „wszelkie opracowywane i wdrażane programy polityczne oraz działania Wspólnoty powinny mieć na celu zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia, poprawę stanu zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom oraz likwidowanie źródeł zagrożeń dla ludzkiego zdrowia”². Rada Ministrów Zdrowia sformułowała podstawowe cele zdrowotne Unii Europejskiej, którymi mają stać się działania

² Traktat z Maastricht, <http://www2.mz.gov.pl>, art. 129, data dostępu: 10.12.2016; Słowa te znalazły potwierdzenie w Traktacie z Amsterdamu podpisanym w 1997 r.

na rzecz przedłużenia oczekiwanego okresu życia, ograniczenia następstw chorób lub kalectwa, popieranie zdrowego trybu życia oraz poprawienie jakości życia³.

Pojmowanie zdrowia ewoluowało na przestrzeni wieków. Początkowo definiowano je jako „solidne, krzepkie ciało i duch”⁴ lub „stan dobrobytu organizmu lub jego części, charakteryzujący się normalnym funkcjonowaniem i brakiem dolegliwości”⁵. Jednak najczęściej zdrowie definiowane jest jako stan prawidłowo funkcjonującego, niedotkniętego chorobą, żywego organizmu⁶ bądź „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrego samopoczucia, przy całkowitym braku choroby lub kalectwa”⁷.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w swojej Konstytucji⁸ z 1948 r. zaproponowała następującą definicję: „zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”. Ta definicja stała się podstawą dla dalszego rozwoju problematyki zdrowotnej w naszym kraju i była poddawana dalszym modyfikacjom, m.in.: „zdrowie jest utożsamione z pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie z brakiem problemów medycznych”⁹. Według innego tłumaczenia definicja ta otrzymała brzmienie: „pojęcie zdrowia oznacza stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania”¹⁰. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia stała się przełomem w pojmowaniu tej kategorii, jednak została poddana szerokiej krytyce, zwłaszcza przez naukowców. Określa ona bowiem stan idealny, który nie każdy jest w stanie odczuwać. Jednak pomimo krytyki definicja sformułowana przez WHO jest nadal aktualna.

Na przeciwnym biegunie znajduje się choroba, najczęściej definiowana jako „proces, objawiający się zaburzeniami w prawidłowym funkcjonowaniu części lub całości organizmu”¹¹ bądź jako „dynamiczna reakcja ustroju na dzia-

³ S. Poździejch, A. Domagała, A. Romaszewski, R. Topór-Mądry, M. Zając, *Organizacja ochrony zdrowia w powiecie w obliczu integracji Polski z Unią Europejską*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2000, s. 52.

⁴ Conside Oxford Dictionary, Sykes, 1984, s. 460.

⁵ Churchill's Medical Dictionary, Churchill Livingstone, New York Inc, 1989, s. 831.

⁶ *Encyklopedia powszechna PWN*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1976, s. 778.

⁷ *Encyklopedia popularna PWN*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982, s. 890.

⁸ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienia zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., DzU 1948 nr 61, poz. 477.

⁹ I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 1997, s. 27.

¹⁰ J. Induski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1971, s. 39.

¹¹ *Encyklopedia powszechna PWN*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1976, s. 458.

łanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń naturalnego współdziałania narządów i tkanek, a w następstwie do zaburzeń czynnościowych i zmian organicznych w narządach i całym ustroju”¹². Pojęcie zdrowia stało się więc funkcją choroby, rozumianej jako stan patologiczny, objawiający się niewydolnością organu w organizmie człowieka. Pomimo ogromnego rozwoju nauk medycznych, przez stulecia choroba pojmowana była w kategoriach biologicznych. Dopiero w połowie XX w. nauki behawioralne na nowo zwróciły uwagę na społeczne aspekty stanu zdrowia i choroby, traktując chorobę jako stan, który ogranicza pełnienie przez jednostkę zwykłych, codziennych ról społecznych, natomiast zdrowie daje możliwość pełniejszego rozwijania wszelkiej aktywności człowieka¹³. Obecnie coraz częściej akcentuje się ekonomiczny i finansowy aspekt zdrowia i choroby. Rozwój medycyny spowodował nie tylko polepszenie jakości świadczonych usług medycznych, ale również lawinowy wzrost kosztów ich świadczenia. Nakłady ponoszone na leczenie chorób, czy to indywidualnie ponoszone przez pacjentów, czy opłacane poprzez budżet państwa stanowią kwoty wymierne finansowo.

Ochroną zdrowia, zapobieganiem chorobom, przedłużaniem i poprawianiem jakości życia zajmuje się nauka nazywana zdrowiem publicznym¹⁴. To „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarstwa, ukierunkowana na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualne i społeczne warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia”¹⁵. Zdrowie publiczne jest dyscypliną medyczną, która swoim zakresem obejmuje również działania pozamedyczne mające wpływ na zdrowie społeczeństwa¹⁶.

Opieka zdrowotna oznacza nie tylko opiekę nad chorymi i ich leczenie, ale również zapobieganie chorobom i kalectwu poprzez edukację zdrowotną i promocję zdrowia oraz prowadzenie badań przeglądowych i identyfikację chorych wymagających leczenia¹⁷. Definicja proponowana przez Komitet Ekspertów WHO określa opiekę zdrowotną jako program świadczeń zgodnych z wiedzą

¹² *Encyklopedia popularna PWN*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1982, s. 126–127.

¹³ G. Dolinska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 12.

¹⁴ B. Turnock, *Public Health. What It Is and How It Works*, Jones and Bartlet Publishers, Boston 2004, s. 8.

¹⁵ C.E.A. Winslow, *Untilled Field of Public Health*, [w:] *Modern Medicine*, t. 2, 1920, s. 183.

¹⁶ Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 11.

¹⁷ C. Włodarczyk, S. Sitko, *Zarządzanie ochroną zdrowia w powiecie. Poradnik dla samorządowców*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1999, s. 20.

medyczną, niezbędnych dla promocji i utrzymania zdrowia, które powinny być dostępne dla poszczególnych pacjentów jak również i dla całej populacji¹⁸.

Przytoczone wyżej definicje główny nacisk kładą na stronę medyczną. W związku z narastającymi kosztami opieki medycznej, ich ogromnym wpływem na finanse publiczne państwa zaistniała konieczność przekształcenia tych definicji i ujęcia również aspektów ekonomicznych. Opiekę zdrowotną zaczęto postrzegać również z perspektywy mechanizmów rynkowych i definiować jako działalność gospodarczą, w ramach której za pomocą ograniczonych środków zaspokajają się specyficzne potrzeby człowieka, jakimi są potrzeby zdrowotne¹⁹. To całościowy proces udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych, których celem jest ratowanie, przywrócenie, zachowanie lub poprawienie stanu zdrowia, jak również wykonywanie wszystkich pozostałych usług medycznych związanych z przebiegiem procesu leczenia.

Szerszym pojęciowo terminem jest ochrona zdrowia, która odnosi się do wszystkich zorganizowanych działań, bezpośrednio lub pośrednio związanych z zapobieganiem, utrzymaniem i polepszeniem stanu zdrowia człowieka²⁰. W ostatnich latach jedną z podstawowych składowych ochrony zdrowia stała się promocja zdrowia²¹, która definiowana jest jako proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem w celu jego poprawy oraz rozwijanie zachowań związanych ze zdrowym stylem życia, wyborami i decyzjami sprzyjającymi zdrowiu, a także kształtowanie innych społecznych, środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do poprawy zdrowia²². Podstawowym celem promocji zdrowia w ostatnich latach staje się utrzymanie i poprawa zdrowia całego społeczeństwa oraz wyrównanie różnic pomiędzy grupami populacji²³.

¹⁸ Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania, praca zbiorowa pod red. A. Koronkiewicz, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1997, s. 24.

¹⁹ J. Sobiech, *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, seria II, Poznań 1990, s. 10.

²⁰ L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia*, PWE, Warszawa 1983, s. 17.

²¹ J.B. Karski, *Polityka zdrowotna samorządu terytorialnego a członkostwo Polski w Unii Europejskiej*, CeDeWu, Warszawa 2005, s. 11; J.B. Karski, *Postępy promocji zdrowia. Przegląd międzynarodowy*, CeDeWu, Warszawa 2006, s. 17–19.

²² Por. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (przyjęty Uchwałą nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015), na podstawie definicji Światowej Organizacji Zdrowia oraz Karty Ottawskiej Promocji Zdrowia.

²³ Kahan B., Goodstand M., Rajkumar E., *Best Practices in Health Promotion*, Centre For Health Promotion, University of Toronto, Toronto 1999, s. 14.

7.2. Racjonalne gospodarowanie i zarządzanie w systemie opieki zdrowotnej

Najczęściej stosowanym pojęciem związanym z szeroko rozumianą problematyką zdrowia jest system zdrowotny (system opieki zdrowotnej, system ochrony zdrowia, system służby zdrowia)²⁴. To instytucjonalny, ogólnokrajowy system, którego wielofunkcyjnym zadaniem jest zaspokajanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, zapewnienie opieki zdrowotnej poszczególnym jednostkom i całej populacji, w tym stosowanie odpowiednich metod zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Aby funkcjonować skutecznie i efektywnie system taki powinien wykorzystywać w maksymalnym stopniu potencjał posiadanej kadry, jej wiedzę i doświadczenie oraz posiadaną infrastrukturę²⁵. Systemem opieki zdrowotnej będzie więc każdy uporządkowany, spójny zespół czynników i warunków, stworzony w celu zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa²⁶.

Jednostki służby zdrowia prowadzą więc swoją działalność w sposób odmienny niż jednostki gospodarcze, których głównym celem jest takie pozyskiwanie źródeł finansowania działalności firmy oraz ich lokowanie, by spełnić podstawowy cel strategiczny, jakim jest maksymalizacja korzyści przypadających udziałowcom (właścicielom) jednostki²⁷. Finansową miarą efektów działalności firmy jest wielkość osiągniętego przez nią zysku (straty) za dany okres²⁸. W jednostkach służby zdrowia nacisk kładzie się na efekt zdrowotny. Wszystkie systemy ochrony zdrowia, nie tylko w Polsce, cierpią na brak środków finansowych, dlatego z ekonomicznego punktu widzenia istotnym problemem staje się racjonalne i efektywne gospodarowanie ograniczonymi środkami.

S. Owsiak²⁹ przez racjonalność gospodarowania w ochronie zdrowia rozumie działalność człowieka zgodną ze stanem wiedzy o otaczającej go rzeczywistości, pozwalającej osiągnąć najlepsze rezultaty społeczne i ekonomiczne. Narzędziem osiągnięcia racjonalności jest rachunek nakładów i wyników pozwa-

²⁴ Por. The World Health Report 2000. Health System: Improving Performance, WHO 2000; Reorienting Health Services. Application of a System Approach, Ch.O. Pannenberg, A. van der Werff, G.B. Hirsch, K. Barnard, Plenum Press, New York & London 1984.

²⁵ C. Włodarczyk, S. Poździej, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 13–19.

²⁶ M.D. Głowacka, *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia ogólne*, [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, praca zbiorowa pod red. M.D. Głowackiej, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2004, s. 12.

²⁷ W. Bień, *Zarządzanie finansami przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2008, s. 14.

²⁸ G.K. Świdarska, *ABC rachunkowości dla menedżera*, Poltext, Warszawa 1995, s. 113.

²⁹ S. Owsiak, *Metody budżetowania sfery nieprodukcyjnej*, Monografie nr 60, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 1983, s. 13–14.

lający ocenić efektywność gospodarowania, nierozzerwalnie związaną z racjonalnością. Efektywność gospodarowania jest pojęciem węższym od racjonalności gospodarowania, gdyż decyzje w ochronie zdrowia powinny być podejmowane nie tylko na podstawie kryteriów ekonomicznych, ale również społecznych. Racjonalność nie może być sprowadzona wyłącznie do kategorii rachunkowej ponoszonych nakładów do otrzymywanych efektów. Należy uwzględnić bowiem trudności w mierzeniu niektórych efektów ponoszonych nakładów, jak również wielorakość celów i środków ich realizacji.

Aby jednostka mogła racjonalnie gospodarować musi gromadzić i analizować wszystkie informacje niezbędne do podjęcia właściwej decyzji o alokacji zasobów. Oznacza to, że postulat racjonalności wymaga od podmiotu znajomości wszystkich tych informacji oraz zdolności do ich właściwego przetworzenia i zanalizowania. W praktyce takie warunki są spełnione rzadko, ze względu na ograniczoną dostępną w danym momencie wiedzę i informację. Dostarczane w odpowiedni sposób informacje są wykorzystywane w szerokim zakresie. Po pierwsze, stanowią podstawę do określenia zakresu działalności jednostki gospodarczej oraz poszczególnych komórek (wydziałów, oddziałów). Podstawę tej oceny stanowią zarówno informacje o przebiegu poszczególnych procesów, jak i o ich efektach. Niedoskonała informacja obniża rzeczywisty poziom konkurencji³⁰.

Celem tworzenia systemu informacyjnego w zakładzie opieki zdrowotnej jest usprawnienie procesu zarządzania przez instrukcje, zlecenie i nakazy stosowania obowiązujących w jednostce procedur, jak również określenie zasad gospodarowania zasobami poprzez stworzenie narzędzi szybkiego dostępu do informacji, usprawniającego procesy lecznicze, organizacyjne, merytoryczne i archiwizacyjne. Uznaje się, iż technologia pozyskiwania, gromadzenia, przechowywania informacji nie ma specjalnego znaczenia, gdy pozwala na wykorzystywanie posiadanych informacji w podejmowaniu decyzji³¹.

Zachodzące na świecie zmiany gospodarcze, poprawa jakości życia, pojawianie się nowych produktów i usług oraz rosnące oczekiwania społeczeństwa wpływają na zachowania konsumentów oraz podejmowane przez nich decyzje związane z nabywaniem dóbr oraz przeznaczeniem posiadanych środków finansowych³². Termin „zachowanie konsumenta” oznacza ogół działań związanych z uzyskaniem, użytkowaniem i dysponowaniem produktem lub usługą wraz

³⁰ S. Salop, *Information and Monopolistic Competition*, „American Economic Review” 1976, nr 5, s. 240–245.

³¹ M.D. Głowacka, op. cit., s. 134–136.

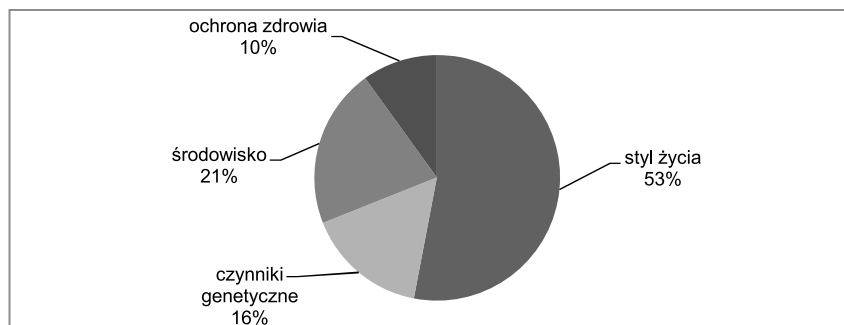
³² M. Janoś-Kresło, *Zachowania konsumentów na rynku usług opieki zdrowotnej w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej (w świetle wyników badań empirycznych)*, Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów SGH 2007, nr 85, s. 28.

z wszystkimi decyzjami poprzedzającymi i warunkującymi te działania. To proces ciągły, obejmujący wszystkie reakcje konsumenta przed, w trakcie oraz po dokonanym zakupie. Zachowania konsumenta odnoszone są najczęściej do finalnych konsumentów (osób lub grup osób), którzy wybierają, kupują, używają bądź nie produkty oraz usługi oferowane im przez rynek, w celu zaspokojenia swoich potrzeb³³.

Specyficzną grupą, która korzysta z usług systemu zdrowotnego, są konsumenci usług medycznych. Potrzeby te widoczne są w sytuacji braku zdrowia, który wymaga postępowania zapobiegawczego, kontrolnego, leczniczego lub usuwającego. Dokładniejsze klasyfikacje potrzeb zdrowotnych koncentrują się na tym, kto i w jaki sposób je postrzega. Często inaczej odczuwają je pacjenci, a inaczej przedstawiciele opieki zdrowotnej³⁴.

Zdrowie to dobro specyficzne, mające wartość użytkową, ale niepodlegającą wymianię. Nie istnieje rynek, na którym to dobro mogłoby zostać nabyte. Nabyciu podlegają jedynie te dobra i usługi, które umożliwiają poprawę zdrowia. Stan zdrowia człowieka tylko w niewielkim stopniu zależy od działania służby zdrowia³⁵ (rys. 7.1.).

Rysunek 7.1. Czynniki warunkujące zdrowie



Źródło: J. Łuczak, A. Roślewski, T. Tomasiak, *Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego – raport dla Ministerstwa Zdrowia*, „Służba Zdrowia” 1998, nr 65–66.

Rządy prawie wszystkich państw stoją w obliczu problemów z zabezpieczeniem dostępności usług zdrowotnych, na które wciąż rośnie zapotrzebowa-

³³ M.R. Salomon, *Zachowania i zwyczaje konsumentów*, Helion, Gliwice 2006, s. 26.

³⁴ M. Janoś-Kresło, op. cit., s. 29.

³⁵ T. Hancoch, *The Mandala od Health. A model of human ecosystem. Health promotion*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1990, s. 129–130.

nie. Rosnący popyt i możliwość jego zaspokojenia powodować mogą kolejne trudności, związane z poprawą jakości życia pacjentów i wydłużeniem wieku życia. Im starsze przecież społeczeństwo, tym koszty ponoszone na świadczenie usług zdrowotnych zdecydowanie wyższe. Wymuszać to może zwiększanie nakładów na system opieki zdrowotnej bądź reglamentację świadczeń, bądź zwiększenie efektywności³⁶, które wydaje się rozwiązaniem najlepszym z możliwych. W związku z powyższym zmienia się podejście do zarządzania zakładami opieki zdrowotnej. Zarządzanie to działalność kierownictwa jednostki, która polega na ustalaniu celów oraz powoduje ich późniejsze realizacje dzięki wykorzystaniu przez jednostkę posiadanych zasobów, procesów i informacji w sposób skuteczny oraz racjonalny³⁷. Obecnie można uznać, iż zarządzanie powinno się koncentrować na całościowym uwzględnieniu wszystkich czynników, których zadaniem stanie się podniesienie sprawności, skuteczności, kompletności działań diagnostyczno-leczniczo-terapeutyczno-rehabilitacyjnych oraz ciągłego doskonalenia ich jakości w celu zwiększenia zadowolenia pacjenta. Zaprezentowana definicja nie odbiega istotnie od klasycznych definicji zarządzania jednostką gospodarczą, uszczegóławia jedynie czynniki składające się na specyfikę zarządzania organizacją o charakterze prospołecznym, której misją i celem jest osiągnięcie wartości bezcennych dla całego społeczeństwa³⁸.

Można stwierdzić że zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej powinno koncentrować się przede wszystkim na realizacji misji głównej każdej z jednostek sfery ochrony zdrowia, czyli zaspokajaniu potrzeb pacjentów w zakresie udzielania świadczeń medycznych. Pozostałe cele i sposoby osiągnięcia pozytywnych rezultatów powinny być podporządkowane celowi głównemu. W zakresie udzielania świadczeń medycznych można przyjąć, iż zarządzanie i gospodarowanie w tej sferze powinno się koncentrować na realizacji celów wyznaczonych przez Ministerstwo Zdrowia zawartych w Karcie Praw Pacjenta, która została opracowana na podstawie Deklaracji Praw Pacjenta³⁹ z 1994 r. Jej zapisy znajdują również swoje odzwierciedlenie w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej⁴⁰.

Podstawową zasadą zarządzania jest świadomość celu kadry zarządzającej. W przypadku większości zakładów opieki zdrowotnej i dla wszystkich publicznych zakładów opieki zdrowotnej celem tym nie jest maksymalizacja zysków.

³⁶ *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, pod red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, op. cit., s. 24.

³⁷ J. Penc, *Strategia zarządzania – perspektywistyczne myślenie, systemowe działanie*, Placet, Warszawa 1997, s. 18.

³⁸ M.D. Głowacka, op. cit., s. 13.

³⁹ Dokument opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

⁴⁰ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 123, poz. 849), art. 19.

W polskim prawodawstwie nie jest sprecyzowana definicja organizacji działającej nie dla zysku (non profit)⁴¹.

Gospodarowanie w służbie zdrowia w gospodarce rynkowej nieodłącznie związane jest z konkurencją. Konkurencyjność to zdolność podmiotu do konkutowania⁴². Pojęcie to uznawane jest za trudne w definiowaniu i niejednoznaczne. To kategoria teoretyczna, trudna w zastosowaniu do badania realnie kształtujących się procesów gospodarczych, ponieważ wymaga porównania z otoczeniem zewnętrznym, czyli z obiektami konkurencyjnymi. Warunkiem koniecznym do istnienia konkurencji jest rynek, czyli procesy prowadzące do tego, że decyzje gospodarstw domowych dotyczące konsumpcji alternatywnych dóbr, decyzje przedsiębiorstw o tym, co, w jakiej ilości i jak wytwarzać oraz decyzje pracowników dotyczące tego, jak wiele i dla kogo pracować, zostają wzajemnie uzgodnione dzięki odpowiednim dostosowaniom cen⁴³. Rynek to ogół stosunków wymiany między sprzedającymi a kupującymi (rynek globalny) bądź ogół dostawców i odbiorców prowadzących transakcje kupna-sprzedaży, oddziałujących na siebie wzajemnie i kształtujących popyt, podaż i poziom cen (rynek dynamiczny, rynek wolny). Dopiero w przypadku występowania konkurencji, można mówić o wolnym rynku.

Wyższa efektywność działania uzyskana przez jednostki ochrony zdrowia w długim okresie związana może być z trwałą przewagą konkurencyjną⁴⁴, związaną ze zdobyciem korzystnej pozycji konkurencyjnej, tzw. pozycji zyskowej i trwałej wobec sił, które stanowią o konkurencyjności gałęzi. Zarówno szpitale, jak i przychodnie oraz inne jednostki ochrony zdrowia są organizacjami umiejscowionymi w stale zmieniającym się otoczeniu, w płynnym i nietrwałym układzie dynamicznym, w którym zmiana jednego składnika modyfikuje od razu inny element układu, powodując konieczność dostosowania się do obowiązujących zachowań rynkowych⁴⁵.

Jednostki ochrony zdrowia zostały zmuszone do podejmowania działań, mających na celu wzrost ich konkurencyjności. Oferta udzielania świadczeń medycznych musi spotkać się z zainteresowaniem klientów, musi być lepsza niż oferta konkurentów. Przyczynia się to do wzrostu sprzedaży (udzielania) świadczeń medycznych, a jednocześnie umacnia pozycję na rynku oraz poprawia zyskowność. Istotą konkutowania staje się autentyczna walka o względy klientów (pacjentów).

⁴¹ E. Hibner, op. cit., s. 224.

⁴² Ustawa z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (DzU nr 47, poz. 211).

⁴³ D. Begg, *Ekonomia*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1995, s. 40.

⁴⁴ Przewaga ta definiowana jest najczęściej jako zajmowanie przez jednostkę lepszej pozycji w branży oraz posiadanie przewagi nad innymi uczestnikami rynku.

⁴⁵ *Strategia, finanse i koszty szpitala*, praca zbiorowa pod red. J. Stępniewskiego, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008, s. 40.

Przewaga konkurencyjna na rynku usług zdrowotnych budowana jest coraz częściej poprzez doskonalenie jakości świadczonych usług oraz produkowanych wyrobów (np. leków czy sprzętu medycznego, sprzętu do rehabilitacji). Zarządzanie jakością w wielu organizacjach, w tym również zajmujących się ochroną zdrowia⁴⁶, nabiera coraz większego znaczenia. Jakość udzielanych świadczeń medycznych ma ogromne znaczenie dla samego przebiegu procesu leczenia. Jednak patrzeć na jakość leczenia wyłącznie przez pryzmat uzyskiwanych efektów byłoby błędem. Równie ważne jak wyniki leczenia stają się sposób i warunki, w jakich przebiega proces udzielania świadczeń zdrowotnych czy atmosfera panująca w zakładzie opieki zdrowotnej⁴⁷. W opiece medycznej jakość można odnosić do różnych kategorii wymiarów usług, jak przykładowo dostępność, sprawiedliwość, skuteczność, użyteczność, adekwatność, społeczna akceptacja oraz wydajność⁴⁸. Pozostałe czynniki jakości usług, które również można odnieść na jakość usług medycznych, to materialność, estetyka, dbałość, troska, czystość i schludność, zaangażowanie, fachowość, uprzejmość, elastyczność, życzliwość, funkcjonalność, uczciwość, zrozumienie, solidność, wrażliwość oraz bezpieczeństwo⁴⁹.

W celu zapewnienia wysokiej jakości udzielanych świadczeń medycznych organizacje działające w ochronie zdrowia muszą zaprojektować, a następnie wdrożyć efektywnie działający system jakości, będący zbiorem wzajemnie powiązanych i oddziałujących elementów, takich jak struktura organizacyjna, procedury, procesy oraz zasoby niezbędne do efektywnego zarządzania jakością⁵⁰.

Najlepiej znanymi i najbardziej popularnymi na świecie systemami zarządzania jakością, coraz częściej wdrażanymi przez zakłady opieki zdrowotnej, są systemy zgodne z międzynarodową normą ISO 9001:2000⁵¹. To normy wydawane przez Międzynarodową Organizację Normalizacji (International Organisation for Standardisation), będącą organizacją pozarządową zrzeszającą około

⁴⁶ Problem podnoszenia jakości świadczonych usług widoczny jest obecnie przede wszystkim w Niepublicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej, które poprzez takie działania zwiększają swoją przewagę na coraz bardziej wymagającym rynku prywatnych usług medycznych.

⁴⁷ M. Czura, *Wybrane aspekty zarządzania jakością w prywatnych placówkach medycznych*, [w:] *Przedsiębiorstwo w procesie transformacji. Efektywność–restrukturyzacja–rozwój*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2003, s. 389; *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, pod red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, op. cit., s. 311.

⁴⁸ R.J. Maxwell, *Quality assessment in health*, „British Medical Journal” 1984, nr 288, s. 1470–1472.

⁴⁹ *Zarządzanie finansami, logistyką i marketingiem w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Wybrane problemy. Aspekt teoretyczno-praktyczny*, praca zbiorowa pod red. M. Smoleń, publikacja sfinansowana ze środków Banku Światowego w ramach Projektu Rozwoju Służby Zdrowia, maszynopis, Łódź 2002, s. 258–260.

⁵⁰ M. Sobkowski, *System zarządzania jakością w zakładach opieki zdrowotnej zgodny z normą ISO 9001:2000*, [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2004, s. 89.

⁵¹ Norma ta zastąpiła używane wcześniej normy ISO 9001, 9002 oraz 9003.

100 krajów członkowskich. Zadaniem ISO jest wspomaganie każdych jednostek, niezależnie od rodzaju prowadzonej działalności czy wielkości, w skutecznym wdrażaniu i działaniu systemów zarządzania jakością.

W normie ISO 9001:2000 wyspecyfikowano wymagania dotyczące systemu zarządzania jakością dla jednostek, których celem jest dostarczanie wyrobów, spełniających wymogi prawne oraz wymagania klientów z tendencją do ciągłego podnoszenia i zwiększania zadowolenia klientów ze świadczonych na ich rzecz usług. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej pod pojęciem dostarczania wyrobów rozumieć należy otrzymywaną przez pacjenta usługę medyczną⁵².

Inną powszechnie stosowaną procedurą oceny jakości jest TQM (*Total Quality Management*)⁵³. To podejście wprowadzone z lat 70. XX wieku. Jego istotą jest to, iż angażuje całą organizację w czuwanie nad jakością. W przypadku zakładu opieki zdrowotnej, analizując proces zapewnienia jakości, na pierwszy plan wysuwają się standardy opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, kwalifikacje personelu medycznego, sposób organizacji pracy oraz udzielania świadczeń medycznych na terenie jednostki.

Inne systemy służące poprawieniu jakości usług oferowanych przez jednostki ochrony zdrowia, to akredytacja według programu Rady Akredytacyjnej przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie⁵⁴ (funkcjonująca od 1998 r.) oraz cykl Stewharta-Deminga (PDSA), rekomendowany dla lekarzy rodzinnych.

7.3. Istota i podstawowe obszary społecznej odpowiedzialności biznesu

CSR stawia sobie za cel poszukiwanie i rozwijanie spójności między biznesem i społeczeństwem, dlatego w sposób naturalny osadzona jest w etyce

⁵² A. Ptaszińska, *Podejście procesowe w świetle normy ISO 9001:2000*, [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2004, s. 106–107.

⁵³ M. Dobska, P. Dobski, *TQM – zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*, [w:] *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*, praca zbiorowa pod red. M. Trockiego, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2003, s. 143–160; A. Piasecka, *Zarządzanie przez jakość za pomocą zbilansowanej karty dokonań*, *Zeszyty Teoretyczne Rachunkowości* 2003, t. 16 (72), s. 141.

⁵⁴ Program akredytacji opracowany został we współpracy z USAID, JCAHO, Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Polskim Towarzystwem Szpitalnictwa, Stowarzyszeniem Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Stowarzyszeniem Dyrektorów Szpitali, Szkołą Zdrowia Publicznego CM UJ, Towarzystwem Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce. Polski program akredytacyjny jest uznawany w Europie dzięki przynależności do EAN (European Accreditation Network) koordynowanej przez Europejskie Towarzystwo Jakości w Opiece Zdrowotnej (ESQH).

biznesu. Powinna być też nierozzerwalnie zintegrowana z tzw. perspektywą trzech „E”, czyli efektywności (skuteczności), ekonomiczności (gospodarności) i właśnie etyczności⁵⁵. Efektywność i gospodarność reprezentują wartości ekonomiczne w sensie ilościowym, można je więc wyrazić za pomocą jednostek pieniężnych, co sprawia, że są powszechnie akceptowane i rozumiane. Etyczność natomiast reprezentuje wartości natury jakościowej, trudne do uchwycenia, co w konsekwencji może powodować umniejszanie ich rangi, a nawet ignorowanie.

Wprowadzenie etyki na grunt ekonomii wpłynęło na zmiany w praktyce gospodarczej, a także na zmianę postrzegania działalności przedsiębiorców wyłącznie pod kątem wysokości osiąganego przez nich zysku. Kierując się nowym podejściem, zysk powinien być postrzegany w kontekście przestrzegania zasad etycznych przez przedsiębiorcę. Tak więc nauka o etyce biznesu stała się punktem wyjścia do dyskusji na temat społecznej odpowiedzialności biznesu⁵⁶.

Źródłem CSR można szukać w filozoficznej idei odpowiedzialności, która zakłada, że konsekwencją przypisania człowiekowi wolności jest nałożenie na niego odpowiedzialności⁵⁷. Przenosząc to filozoficzne założenie na grunt stosunków ekonomicznych, należy uznać, że przedsiębiorca korzystający z wolności gospodarczej, ma obowiązek bycia także odpowiedzialnym. Tak więc w tym wymiarze odpowiedzialność przedsiębiorcy jest granicą jego wolności⁵⁸.

W literaturze przedmiotu prezentowanych jest wiele definicji CSR. Brak jednej, uniwersalnej definicji świadczy o wielowymiarowości tego pojęcia. W poszczególnych definicjach społecznej odpowiedzialności biznesu autorzy kładą nacisk na odmienne aspekty zarządzania. Współcześnie CSR definiowana jest m.in. w Zielonej Księdze Komisji Europejskiej jako koncepcja dobrowolnego uwzględniania przez firmę aspektów społecznych i ekologicznych w działaniach handlowych i w kontaktach z interesariuszami. CSR powinien być traktowany jako inwestycja, nie koszt, tak samo jak zarządzanie jakością⁵⁹. Światowa Rada Biznesu ds. Zrównoważonego Rozwoju określa CSR jako ciągłe zobowiązanie biznesu do zachowań etycznych oraz do działań na rzecz rozwoju ekonomicznych

⁵⁵ M. Żemigąła, *Zarys koncepcji społecznej odpowiedzialności biznesu*, [w:] K. Klincewicz, *Pracownicy o pracodawcach. Społeczna odpowiedzialność biznesu w świetle badań jakościowych*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013, s. 37.

⁵⁶ M. Bernatt, *Społeczna odpowiedzialność biznesu. Wymiar konstytucyjny i międzynarodowy*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2009, s. 23–24.

⁵⁷ J. Filek, *O wolności i odpowiedzialności podmiotu gospodarczego*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2001, s. 158–159.

⁵⁸ J. Filek, *Społeczna odpowiedzialność biznesu. Tylko moda czy nowy model prowadzenia działalności gospodarczej*, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Warszawa 2006, s. 6–7.

⁵⁹ Zielona Księga Komisji Europejskiej, *Promoting a European Framework for Corporate Social Responsibility – Green Paper*, 2001.

go, przy jednoczesnej trosce o poprawę jakości życia pracowników i ich rodzin, społeczności lokalnej oraz całego społeczeństwa⁶⁰. Dla Banku Światowego CSR oznacza zaangażowanie biznesu, które przyczynia się do gospodarczo zrównoważonego rozwoju. Współpraca z pracownikami, ich rodzinami, lokalną społecznością i społeczeństwem w ogóle pozwala ulepszać jakość życia, angażując się w przedsięwzięcia, które są dobre zarówno dla biznesu, jak i rozwoju⁶¹.

CSR definiowane jest także jako proces poznawania i włączania zmieniających się oczekiwań społecznych do strategii zarządzania przedsiębiorstwem, a także monitorowania wpływu takiej strategii na konkurencyjność firmy na rynku. Jest to zatem umiejętność spełniania oczekiwań istotnych interesariuszy, poszukiwania równowagi pomiędzy interesami wszystkich zainteresowanych, zgodnie z prawem i społecznie przyjętymi normami etycznymi⁶².

W większości definicji CSR można zaobserwować dwa elementy: ścisłe powiązanie z celami ekonomicznymi przedsiębiorstwa oraz uwzględnienie w działalności gospodarczej interesów i oczekiwań różnych grup interesariuszy⁶³. Można także zauważyć, że spoiwem łączącym wszystkie podejścia i definicje społecznej odpowiedzialności biznesu jest etyka biznesu, co oznacza, że przedsiębiorstwa powinny działać w zgodzie z zasadami etycznymi w odniesieniu do wszystkich grup interesariuszy⁶⁴. Należy zatem podkreślić, że społeczna odpowiedzialność biznesu⁶⁵:

- jest silnie związana z paradygmatem zrównoważonego rozwoju,
- jest nową filozofią prowadzenia działalności gospodarczej przez przedsiębiorstwa,
- wyraża zintegrowane podejście przedsiębiorstwa do trzech wymiarów: ekonomicznego, społecznego i środowiskowego,
- opiera się na transparentności i dialogu z interesariuszami, na traktowaniu ich jako celu, a nie jako środka.

Należy jednak podkreślić, że społeczna odpowiedzialność biznesu jest nie tylko różnie rozumiana, ale ma także zdecydowanych przeciwników. M. Friedman w słynnym artykule *The Social Responsibility of Business Is To Increase Its Profits*, przedstawił najważniejsze argumenty krytyczne pod adresem CSR.

⁶⁰ Światowa Rada Biznesu ds. Zrównoważonego Rozwoju, CSR: Meeting Changing Expectations, 1999, <http://www.wbcsd.org>, data dostępu: 20.12.2016.

⁶¹ The World Bank, Corporate Social Responsibility Practice, Public Sector Roles in Strengthening Corporate Social Responsibility: Taking Stock, January 2004, s. 3.

⁶² J. Samelak, *Zintegrowane sprawozdanie przedsiębiorstwa społecznie odpowiedzialnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013, s. 16.

⁶³ S. Zapłata, M. Kaźmierczak, *Ryzyko, ciągłość biznesu, odpowiedzialność społeczna. Nowoczesne koncepcje zarządzania*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 164.

⁶⁴ J. Samelak, op. cit., s. 17.

⁶⁵ Ibidem, s. 18.

Twierdził, że celem biznesu jest taka działalność, która przedsiębiorstwu funkcjonującemu zgodnie z zasadami wolnej konkurencji, bez oszustw, przyniesie maksymalny zysk. Przeznaczenie części zysku wypracowanego przez firmę na pewne zewnętrzne cele i pozbawienie go akcjonariuszy uważał za naruszenie podstaw zasad moralnych, warunkujących ład gospodarczy. Według Friedmana, CSR zakłada także działanie sił rynkowych, które w najbardziej efektywny sposób gwarantują dobrobyt społeczny⁶⁶.

Wdrażanie koncepcji CSR jest trudnym zadaniem, które często oznacza konieczność dodatkowych obowiązków na wielu stanowiskach pracy, co może wywoływać niechęć, a nawet sprzeciw, ponieważ nie wszystkie spodziewane korzyści widoczne są od razu. To nie jedyne zastrzeżenia pod adresem społecznej odpowiedzialności biznesu. Argumenty za koncepcją CSR i przeciw niej przedstawiono w tabeli 7.1.

Tabela 7.1. Argumenty za koncepcją CSR i przeciw niej

Za	Przeciw
Działalność gospodarcza stwarza problemy (bezrobocie, zanieczyszczenie środowiska, nierówność społeczna itp.) dlatego przedsiębiorstwa powinny uczestniczyć w ich rozwiązywaniu	Celem działalności gospodarczej jest wytwarzanie zysku, maksymalizacja długoterminowej wartości dla właściciela Organizacja to instytucja ekonomiczna, nie działająca z pobudek moralnych
Przedsiębiorstwo odgrywa rolę agenta moralnego, gdyż tak jak inne organizacje czy urzędy odzwierciedla i umacnia określone wartości	Zaangażowanie przedsiębiorstwa w programy społeczne daje im zbyt wielką władzę, mogą kształtować poglądy społeczne
Przedsiębiorstwa są elementami systemu społeczno-gospodarczego, powinny zatem dbać o jego poszczególne składowe	Gospodarka nie ma doświadczeń w kierowaniu programami społecznymi
Przedsiębiorstwa są partnerem w gospodarce, tak samo jak rząd czy społeczeństwo Przedsiębiorstwo może nadwyżkę przychodów przeznaczać na społeczne programy pomocy innym i dbać o rozwój lokalny	Istnieje konflikt interesów, zysk jest ważniejszy niż cele społeczne. Przeznaczając pieniądze na cele społeczne, przedsiębiorstwo ogranicza kwotę wydatkowaną na działalność produkcyjną

Źródło: Opracowano na podstawie: S. Zapłata, M. Kaźmierczak, op. cit., s. 167.

Korzyści płynące z wdrożenia koncepcji CSR wskazują, że ma ona na uwadze nie tylko dobry jakościowo produkt, troskę o prawa pracownicze czy ochronę środowiska. Zapewnia także podejmowanie działań kształtujących politykę zrównoważonego rozwoju, co wiąże się z koniecznością wkomponowania

⁶⁶ A. Łukasiewicz-Kamińska, *Spółeczna odpowiedzialność przedsiębiorstwa finansowego*, Difin, Warszawa 2011, s. 24.

w praktykę codziennych działań biznesowych zestawu niezbędnych narzędzi w tym zakresie.

Zakres podstawowych obszarów tematycznych społecznie odpowiedzialnego przedsiębiorstwa wyznacza anglojęzyczny termin ESG – *enviromental, social, governance*, czyli środowisko naturalne, społeczeństwo i ład korporacyjny. Zatem do głównych obszarów społecznej odpowiedzialności biznesu należy zaliczyć obszar⁶⁷:

- ekonomiczny,
- społeczny,
- środowiskowy.

Ekonomiczna perspektywa społecznej odpowiedzialności biznesu wywodzi się z modelu wzrostu gospodarczego i zwraca szczególną uwagę m.in. na: wielkość zysku, wielkość sprzedaży, stopę zwrotu z inwestycji, dywidendy, udział w rynku, nakłady na badania i rozwój, płacone podatki. Szerokie ujęcie tego problemu koncentruje się na podejściu zarządzających do prowadzenia działalności i jego skutkach.

Działalność gospodarcza przedsiębiorstw wywiera także wpływ na społeczeństwo, szczególnie na pracowników i społeczności lokalne. W ramach społecznej perspektywy CSR wskazuje się m.in. na następujące obszary: praca dzieci, programy pracownicze, świadczenia dodatkowe, bhp, relacje ze związkami zawodowymi, polityka zwolnień, polityka wynagrodzeń, wspieranie inicjatyw społecznych.

Jednym z podstawowych obszarów zainteresowań i troski społecznie odpowiedzialnego przedsiębiorstwa powinien być wpływ jego działalności na środowisko naturalne. Przedsiębiorstwo powinno dbać o wywieranie jak najmniejszych negatywnych skutków na środowisko przyrodnicze poprzez stosowanie regulacji ekologicznych. Perspektywa środowiskowa skupia się także m.in. na zużyciu zasobów naturalnych, zanieczyszczeniu powietrza i wody, emisji gazów cieplarnianych, zużyciu energii, recyklingu, radioaktywności oraz modyfikacjach genetycznych⁶⁸.

CSR staje się obszarem zainteresowania nie tylko jednostek działających w sferze typowo wolnorynkowej, ale coraz mocniej wchodzi do sektora budżetowego oraz pozarządowego. Działalności szpitali, czy szerzej jednostek ochrony zdrowia, przyświeca misja społeczna, którą staje się świadczenie usług medycznych na jak najwyższym poziomie. Obszary zainteresowania społeczną odpowiedzialnością biznesu w tym typie jednostek można podzielić na dwie grupy interesariuszy, wewnętrznych i zewnętrznych. Interesariusze wewnętrzni

⁶⁷ J. Samelak, op. cit., s. 19.

⁶⁸ Ibidem, s. 21.

to przede wszystkim pracownicy jednostek ochrony zdrowia i właściciele (samo-rządy, ale obecnie także osoby fizyczne). W przypadku pracowników może to być tworzenie dobrego środowiska pracy, bezpiecznego, ale też zapewniającego możliwości rozwoju, podnoszenia kwalifikacji, co przełoży się na podniesie jakości oferowanych usług i zwiększenie zaufania pacjentów do jednostki. Interesariusze zewnątrzni to pacjenci i w szerszym kontekście lokalne społeczności. Społeczna odpowiedzialność biznesu będzie przejawiała się w tworzeniu programów edukacyjnych dla różnych grup społecznych, programów bezpłatnych badań dla pacjentów będących w różnych grupach ryzyka zachorowalności, działania edukacyjne na rzecz podniesienia świadomości w zakresie pierwszej pomocy itp. Równie ważna jest postawa jednostek ochrony zdrowia w budowaniu świadomości wśród pacjentów o bezpieczeństwie świadczonych usług, ich odpowiedniej jakości, niezależnie od statusu społecznego i materialnego, gwarancja dostępności usług medycznych oraz rzetelne i uczciwe rozliczanie się z płatnikiem (NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia)⁶⁹. CSR w jednostkach ochrony zdrowia powinien stać się procesem stałego, stopniowego doskonalenia się organizacji, w ramach którego jednostka stara się coraz lepiej odpowiadać na wyzwania i potrzeby teraźniejszości oraz przyszłości i w którym najważniejszą rolę odgrywa dialog z interesariuszami⁷⁰.

Jednostki medyczne ze stosowania CSR mogą osiągać wymierne korzyści sprowadzające się do poprawy wizerunku jednostki medycznej oraz zwiększenia przewagi konkurencyjnej, przekładające się na pozyskiwanie nowych klientów. Inne korzyści to zwiększenie zadowolenia obecnych klientów oraz wzrost motywacji pracowników⁷¹. Można spotkać się z opinią, że CSR w ośrodkach ochrony zdrowia to umiejętność prowadzenia działalności w taki sposób, by zwiększyć pozytywny wkład w społeczeństwo, a jednocześnie minimalizować negatywne skutki działalności. Programy CSR powinny angażować wszystkich uczestników: pacjentów, partnerów, pracowników, organy zarządzające oraz społeczności lokalne⁷².

⁶⁹ M. Macuda, *Społeczna odpowiedzialność biznesu na przykładzie szpitala*, [w:] *Rachunkowość odpowiedzialności społecznej – teoria i praktyka*, praca zbiorowa pod red. M. Remlein, materiały na IX Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Zawodową, Poznań 2013, s. 93–93.

⁷⁰ K. Zadros, *Etyczna czy społeczna odpowiedzialność w zarządzaniu podmiotami leczniczymi*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria „Organizacja i Zarządzanie” 2014, nr 1919, s. 703.

⁷¹ R. Seliga, A. Woźniak, *Wpływ koncepcji CSR na budowanie wizerunku w biznesowym modelu jednostek w Polsce*, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, SAN, tom XV, zeszyt 4, część I, Łódź 2014, s. 227.

⁷² A. Ślifirska, *Odpowiedzialność społeczna. Niedocenione działania*, HM Magazine, marzec 2013, s. 23–24.

7.4. Społeczna odpowiedzialność biznesu w Grupie Scanmed i jej raportowanie

Raportowanie związane ze społeczną odpowiedzialnością biznesu powinno być spójne, wiarygodne, użyteczne i co najważniejsze – porównywalne. Niestety brak narzuconych reguł raportowania powoduje, że informacje zawarte w różnego rodzaju raportach nie zawsze spełniają te wymogi. Od początku lat 90. XX wieku podejmowane są próby ujednoczenia systemu raportowania CSR, jednak obecnie istnieje wiele wzorów raportowania, m.in. GRI (Global Reporting Initiative), UNEP (United Nations Environmental Programme), PERI (Public Environmental Reporting Initiative) czy FEE (Federation Des Experts Comtables Europeens)⁷³.

Jednostką, którą można odnaleźć w bazie GRI, jest Scanmed, jedna z największych w Polsce grup medycznych zajmująca się prywatną opieką medyczną⁷⁴. Grupa od początku swojego istnienia funkcjonuje w oparciu o zasady społecznej odpowiedzialności biznesu. Angażuje się w działalność społeczną, szczególnie w obszarze ochrony zdrowia. Usługi medyczne wiążą się ze szczególną odpowiedzialnością wobec interesariuszy, w szczególności pacjentów. Grupa Scanmed kładzie duży nacisk na jakość świadczonych usług medycznych oraz bezpieczeństwo pacjenta. W tym celu w ramach przyjętej przez Zarządy Spółek Grupy Scanmed Polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania, zadeklarowane zostały działania i cele podejmowane przez Grupę w tym kluczowym dla organizacji obszarze, takie jak⁷⁵:

- doskonalenie w obszarze jakości,
- bezpieczeństwo świadczonych usług,
- doskonalenie kadr medycznych,
- zgodność z mającymi zastosowanie wymaganiami prawnymi.

Strategia CSR i zrównoważonego rozwoju ma na celu wspieranie długoterminowych celów, do których zaliczyć należy⁷⁶:

- budowanie zaufania publicznego,
- umocnienie współpracy z interesariuszami,
- poprawa ogólnego poziomu zdrowia w społeczeństwie,
- zwiększenie dostępności do kapitału ludzkiego i szansa na jego rozwój,
- wzrost konkurencyjności i innowacyjności,
- podniesienie efektywności i wydajności pracy,
- wzrost transparentności działań,
- budowanie reputacji spółki oraz wzrost przychodów.

⁷³ M. Macuda, op. cit., s. 94.

⁷⁴ <http://scanmed.pl/odpowiedzialny-biznes/strategia-csr-i-zrownowazonego-rozwoju/>, data dostępu: 15.10.2016.

⁷⁵ Ibidem.

⁷⁶ Ibidem.

Misja Grupy realizowana jest poprzez:

- przestrzeganie najwyższych standardów jakości zapewniających satysfakcję i bezpieczeństwo pacjentów,
- prowadzenie transparentnej polityki informacyjnej dbającej o relacje ze wszystkimi grupami interesariuszy,
- aktywne wspieranie społeczności lokalnych, szczególnie w obszarach związanych z promocją zdrowia.

Podstawą działalności Grupy Scanmed jest strategia CSR i Zrównoważonego Rozwoju, która skupia się na czterech obszarach:

- 1) kapitale społecznym,
- 2) kapitale ludzkim,
- 3) środowisku naturalnym i infrastrukturze,
- 4) zdrowiu publicznym.

Kapitał społeczny odnosi się do wzajemnej współpracy i zaufania, a poprzez oparcie się na wartościach wspólnych prowadzić może do obniżenia kosztów transakcyjnych. To także istotny element budowania społeczeństwa obywatelskiego. Grupa Scanmed główne cele w obszarze kapitału społecznego postanowiła skoncentrować na⁷⁷:

- budowaniu długoterminowych związków kooperacyjnych z interesariuszami,
- wzmacnianiu zaufania i reputacji organizacji w kierunku społeczności,
- podnoszeniu jakości przepływu informacji i komunikacji ze społecznością,
- włączaniu interesariuszy w funkcjonowanie jednostki,
- poprawę warunków w miejscu pracy,
- podnoszeniu kompetencji pracowników wszystkich szczebli organizacji,
- promowaniu postaw opartych na etyce,
- kształtowaniu odpowiedzialnych postaw wśród konsumentów i kontrahentów poprzez prospołeczne usługi i produkty,
- uwzględnianiu etyki w kryteriach oceny pracowniczej,
- opracowywaniu programów dzielenia się wiedzą z rynkiem,
- opracowywaniu i rozwijaniu systemów raportowania,
- wspieraniu form dobrowolnego zaangażowania społecznego pracowników,
- funkcjonowaniu związków zawodowych.

W obszarze kapitału ludzkiego, czyli wiedzy oraz umiejętności, a także zdrowia i energii witalnej jednostki Scanmed uznaje ludzi jako kluczowy element zarządzania i sukcesu jednostki. W tym obszarze jako cele strategiczne akcentuje⁷⁸:

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Ibidem.

- tworzenie przyjaznego miejsca pracy, umożliwiającego współpracę międzypokoleniową pracowników,
- budowanie relacji z pracownikami w oparciu o zaufanie i odpowiedzialność,
- wspieranie rozwoju zawodowego i prywatnego pracowników, poprzez stabilne warunki zatrudnienia,
- współpracę ze środowiskiem akademickim wpływającą na podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników, dobrze rozwiniętą politykę szkoleniową,
- dbanie o równe traktowanie w pracy oraz przeciwdziałanie dyskryminacji,
- rozbudowaną aktywność na rzecz rozwoju kapitału ludzkiego poprzez szkolenia i kursy specjalizacyjne i specjalistyczne, kursy językowe, udział pracowników w konferencjach, szkolenia kaskadowe, wdrażanie rozwiązań ułatwiających godzenie ról rodzinnych i zawodowych, organizowanie stażów, praktyk, wolontariatu.

Istotną kwestią prezentowaną w strategii CSR i Zrównoważonego Rozwoju stanowią zagadnienia środowiska naturalnego i infrastruktury. Scanmed w tej kwestii kieruje się normą ISO 14001. Działania proekologiczne ukierunkowane zostały na:

- rozwój zrównoważonej infrastruktury oraz promowanie zasad zrównoważonego transportu,
- zwiększanie bezpieczeństwa korzystania z nowych technologii,
- zwiększanie elektronicznego obiegu danych,
- wymianę floty samochodowej na bardziej ekologiczną,
- zwiększenie wykorzystania materiałów z odzysku,
- ograniczanie ilości wytwarzanych odpadów.

Jednak biorąc pod uwagę branżę, w jakiej działa Scanmed, najciekawsze z punktu widzenia CSR i Polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania wydają się zadania związane ze zdrowiem publicznym. Scanmed zdaje sobie sprawę, iż odgrywa szczególną rolę w procesie poprawy ogólnego poziomu zdrowia społeczeństwa, zwłaszcza lokalnego, stąd chęć rozwijania pełnoprofilowej opieki medycznej w oparciu o normy najwyższej jakości. Powinno się to odbyć dzięki⁷⁹:

- ciągłemu doskonaleniu w obszarze jakości oraz bezpieczeństwu świadczonych usług,
- doskonaleniu kadry medycznej,
- edukacji zdrowotnej, np. poprzez akcje profilaktyczne,
- organizowaniu akcji profilaktycznych adresowanych do różnych grup społecznych i zawodowych,

⁷⁹ Ibidem.

- promowaniu zdrowego trybu życia oraz organizowaniu świadczeń i usług medycznych mających na uwadze wczesną diagnostykę i leczenie ukierunkowane zapobiegawczo,
- tworzeniu rozwiązań infrastrukturalnych pomagających przełamać fizyczne bariery dostępu dla osób najmłodszych, starszych i niepełnosprawnych.

Strategia została opracowana w celu umacniania wzajemnego zaufania i przejrzystości zarówno w relacjach z otoczeniem zewnętrznym, jak i środowiskiem wewnętrznym jednostki. Dokument jest zintegrowany z przyjętym systemem zarządzania w Grupie Scanmed. Uwzględnia interes społeczny i aspekty środowiskowe w ramach wszystkich działań podejmowanych przez Grupę, mając jednocześnie na względzie wzrost wartości firmy, umacnianie reputacji, rozwój nowych usług oraz usprawnianie relacji z interesariuszami.

Grupa Scanmed bardzo mocno zaakcentowała również zasady etycznego postępowania, przyjmując Kodeks etyki oraz powołując Komisję Etyki.

W 2013 r. Grupa podjęła decyzję o przygotowaniu i opublikowaniu pierwszego w polskiej branży medycznej⁸⁰ Zintegrowanego Raportu Rocznego za rok 2012, a 23 lipca 2014 roku ukazał się raport za rok 2013. Raporty te stanowią podsumowanie wyników osiągniętych nie tylko w wymiarze finansowym, ale również zarządczym, społecznym i środowiskowym, w powiązaniu z realizowaną strategią biznesową. Grupa Scanmed kładzie nacisk na realizację w swoim działaniu idei zrównoważonego rozwoju, a raport zintegrowany jest narzędziem, które w najlepszy sposób pozwala zweryfikować dotychczasowe zaangażowanie społeczne Grupy. Ze względu na swój kompleksowy charakter, Zintegrowany Raport Roczny jest narzędziem, które w sposób całościowy pozwala ocenić wartość Grupy Scanmed nie tylko przez pryzmat osiągniętych wyników finansowych, ale również roli, jaką odgrywa ona w polskim systemie opieki zdrowotnej oraz społeczności lokalnej.

Raport jest obszernym dokumentem (170 stron), pozwalającym na ocenę działań podjętych przez Scanmed w zakresie zrównoważonego rozwoju w powiązaniu z realizowaną strategią biznesową.

Składa się z następujących części⁸¹:

- ogólne informacje o grupie Scanmed,
- zarządzanie i zrównoważony rozwój,
- odpowiedzialna opieka medyczna,
- zdrowie w rękach specjalistów – odpowiedzialny Kapitał Ludzki,
- społeczeństwo,
- środowisko.

⁸⁰ GRI- Reports List Limited, <http://www.globalreporting.org>, data dostępu: 20.12.2016.

⁸¹ Zrównoważony rozwój Scanmed Multimedis w 2013 roku, <http://scanmed.pl/wp-content/uploads/2014/10/Zr%C3%B3wnowa%C5%BCony-Rozw%C3%B3j-2013.pdf>, data dostępu: 15.12.2016.

Informacje zawarte w Raporcie obejmują wskaźniki oraz informacje mogące mieć wpływ na oddziaływanie gospodarcze i społeczne oraz decyzje interesariuszy. Raport skupia się na działalności prowadzonej przez Scanmed, roli, jaką odgrywa na rynku usług medycznych oraz oddziaływaniu na kapitał społeczny i ludzki, działaniach prowadzonych w obszarze zdrowia publicznego i otoczenia społecznego, inwestycji w infrastrukturę oraz wpływu na środowisko naturalne. Raport został sporządzony zgodnie z obowiązującym standardem GRI wersja G3.1.

Scanmed dołączył również do Global Compact, inicjatywy Organizacji Narodów Zjednoczonych dedykowanej społecznej odpowiedzialności biznesu i budowie społeczeństwa obywatelskiego. Global Compact opiera się na współpracy międzynarodowej sieci interesariuszy. Składają się na nią władze rządowe, firmy prywatne, pracodawcy, organizacje pozarządowe oraz agendy OZN. Scanmed jest pierwszą polską firmą z branży usług medycznych z grona około 9000 firm i organizacji z całego świata, która została przyjęta do Global Compact⁸².

Podsumowanie

W powszechnej opinii zdrowie jest bezcenne i przedstawia wartość uniwersalną, niemożliwą do wyrażenia w kategoriach pieniężnych. Natomiast proces udzielania świadczeń zdrowotnych związany jest już z ponoszeniem kosztów, często istotnych. Wiele osób nie byłoby w stanie zapewnić sobie opieki medycznej bez stosowanego w Polsce systemu ubezpieczeń i finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Zdrowie staje się coraz częściej przedmiotem wyceny, utworzona Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zajmuje się między innymi wyceną świadczeń medycznych. Kategoria „zdrowia” staje się w gospodarce rynkowej coraz częściej kategorią ekonomiczną, generującą zarówno przychody, jak i koszty. Na system ochrony zdrowia budżet państwa wydaje ogromne środki, przykładowo budżet NFZ w 2015 roku wyniósł 67,5 mld złotych.

Jednostki służby zdrowia są jednymi z wielu uczestników współczesnego rynku. Tak jak wszystkie inne firmy muszą się mierzyć z wyzwaniem konkurencji oraz z postępem w dziedzinie ochrony zdrowia. Mimo to, jednostki ochrony zdrowia wyraźnie różnią się swoim działaniem od jednostek gospodarczych, dla których głównym celem jest pozyskiwanie źródeł finansowania działalności firmy oraz maksymalizacja korzyści ekonomicznych. Szczególnie ważne jest, aby jednostki ochrony zdrowia skutecznie zaznaczały społeczny charakter swojej działalności.

⁸² www.scanmed.pl/raportowanie, data dostępu: 20.12.2016.

Odpowiedzialność społeczna stała się najlepszą metodą, dzięki której organizacje sektora opieki zdrowotnej mogą przedstawić i udowodnić swoją wartość w wymiarze etycznym i społecznym. Jednostki ochrony zdrowia powinny dokonać analizy swoich praktyk związanych z odpowiedzialnością społeczną, ponieważ w sektorze ochrony zdrowia odpowiedzialność społeczna jest nie tylko postawą pożądaną, ale absolutnie niezbędną.

Pozytywnym przykładem w zakresie wdrażania dobrych praktyk związanych z odpowiedzialnością społeczną jest Grupa Scanmed. Działania Grupy Scanmed są innowacyjne i mogą stać się wzorem dla innych jednostek, nie tylko branży medycznej. Na szczególną uwagę zasługuje profesjonalnie opracowana strategia CSR i zrównoważonego rozwoju. Grupa Scanmed prezentuje powyższe rozwiązania w sposób jasny i przejrzysty także na swojej stronie internetowej. Na podkreślenie zasługuje fakt, że w momencie rejestracji w 2013 roku raport Scanmed był jednym z 22 raportów firm z Polski znajdujących się w bazie GRI i zarazem jedynym sporządzonym przez jednostkę z sektora Healthcare Services.

W Raporcie opublikowanym w bazie GRI znajduje się informacja, iż kolejny Raport dotyczący działań w obszarze zrównoważonego rozwoju zostanie opublikowany nie później niż za dwa lata. Wersja Raportu dotycząca roku 2013 opublikowana została w lipcu 2014, można się więc spodziewać, że kolejny Raport pojawi się wkrótce.