

Katarzyna ZADROS
Politechnika Częstochowska
Wydział Zarządzania

NIEUŚWIADOMIONE DZIAŁANIA SPOŁECZNIE ODPOWIEDZIALNE PRACOWNIKÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH WPŁYWAJĄCE NA KSZTAŁTOWANIE RELACJI Z OTOCZENIEM

Streszczenie. Praktyka działania firm krajowych i międzynarodowych pokazuje, że wprowadzanie do zarządzania praktyk społecznej odpowiedzialności (SR) jest możliwe nie tylko w sektorze *for profit*, lecz także w sektorze *non profit*, w tym także w podmiotach ochrony zdrowia. Wprawdzie w chwili obecnej w Polsce placówek leczniczych w sposób celowy i świadomy realizujących założenia SR jest niewiele, ale istnieje olbrzymi potencjał dla powszechnego jej zastosowania. Aby to było możliwe zarządzający podmiotami leczniczymi muszą sobie zdać sprawę z korzyści związanych z jej wdrożeniem oraz z tego, jak ją realizować.

Słowa kluczowe: pracownik medyczny, podmiot leczniczy, społeczna odpowiedzialność, relacje z otoczeniem.

UNCONSCIOUS SOCIALLY RESPONSIBLE BEHAVIOR OF MEDICAL STAFF THAT AFFECT THE DEVELOPMENT OF RELATIONSHIPS BETWEEN THERAPEUTIC ENTITY AND ITS SURROUNDINGS

Summary. International and national companies' actions show that introducing social responsibility (SR) is not only possible in *for profit* sector but it is in *non-profit sector* as well as in health care. The fact is that nowadays in Poland there aren't many health care institutions that consciously set this ethical framework in motion, but there is a large potential to make it happen. However, to make it come true the executives must realise how to do it and the number of profits it shall bring. The key factor, which would enable the introduction of SR lies within acquiring knowledge by the executives and the employees, not to mention the willingness to do so. Is it possible to do such thing amongst Polish health care institutions, and what requirements should be met for this to flourish? The author shall try to answer these questions in the presented article.

Keywords: a medical worker, a medical subject, social responsibility, relations with the environment.

1. Wprowadzenie

Corporate Social Responsibility (CSR - *w odniesieniu do ogółu podmiotów, dla niedziałających w biznesie - SR*) to koncepcja, która od kilkunastu lat jest wykorzystywana w zarządzaniu podmiotami gospodarczymi. Jej głównym celem jest kształtowanie przedsięwzięć biznesowych tak by łączyć je z potrzebami i celami społeczeństwa. Biznes prowadzony na podstawie zasad SR pozwala na stałe wzmacnianie pozycji rynkowej, a także przyciągnięcie i utrzymanie większej liczby klientów oraz pracowników o najwyższych kwalifikacjach. Jest ona także postrzegana jako przejaw dobrowolnej odpowiedzialności organizacji za integrowanie trzech kluczowych wymiarów jej działalności: społecznego, ekonomicznego i ekologicznego.

Badania nad realizacją SR pozwalają stwierdzić, że jej zasady są na tyle uniwersalne, że możliwe jest także ich wykorzystanie przez podmioty działające poza biznesem, np. administrację publiczną, placówki edukacyjne czy podmioty ochrony zdrowia. W przypadku tych ostatnich należy wręcz uznać, że odpowiedzialność społeczna wynika z ich natury i powinna być odzwierciedlona w misji, którą na co dzień realizują.

W organizacjach gospodarczych, które są zorientowane na realizację SR, nadrzędne znaczenie ma realizacja celów ekonomicznych, w podmiotach leczniczych zaś realizacja celów ekonomicznych i społecznych powinna być zrównoważona, a sama odpowiedzialność powinna być aktywna, wynikać z przeświadczenia wszystkich członków podmiotu o jej randze dla organizacji. Z takiego pojmowania odpowiedzialności wynika sposób postępowania i postawa zwana „holistyczną”, uwzględniająca świadomość praktycznej realizacji takich wartości, jak: przejrzystość, uczestnictwo, partnerstwo oraz ukierunkowanie na interesariuszy.

Czy jednak pracownicy podmiotów leczniczych są przygotowani i gotowi na wdrożenie do praktyki działania ich placówek takich założeń? Czy są gotowi świadomie i dobrowolnie podjąć wysiłek służący dobrowolnemu angażowaniu się w działania na rzecz innych ludzi? Patrząc na doniesienia prasowe o lekceważeniu pacjentów i obowiązków wobec nich oraz o wielu innych patologiach dotyczących podmioty ochrony zdrowia, można mieć co do tego poważne wątpliwości. Jednak bez zdiagnozowania sytuacji na podstawie badań empirycznych udzielenie odpowiedzi na te pytania nie jest możliwe. Stąd też zostało podjęte przez autorkę badanie, którego wyniki zostaną zaprezentowane w dalszej części opracowania.

2. Podstawy teoretyczne i założenia metodologiczne badania

Podjęcie każdej próby empirycznej weryfikacji wpływu zachowań etycznych i społecznie odpowiedzialnych na funkcjonowanie podmiotu leczniczego i jego relacje z otoczeniem wymaga choć krótkiego wyjaśnienia pojęć etyki (*w odniesieniu do zawodów medycznych*) i społecznej odpowiedzialności (*w odniesieniu do działalności podmiotu leczniczego*) oraz opracowania założeń takiego badania.

Obowiązek przestrzegania zasad i norm etycznych jest nierozdzielnie złączony z pracą w zawodzie medycznym, niezależnie od tego, czy jest on wykonywany pod kierownictwem innych osób (przełożonych), czy w pełni samodzielnie i na własną odpowiedzialność. Obowiązek ten dotyczy grup zawodowych, które mają kodeksy etyczne, ale także wszystkich innych zawodów medycznych, gdyż w nich też obowiązuje wiele zasad i norm etycznych o uniwersalnym charakterze. Należy przy tym pamiętać, że etyka zawodów medycznych i etyka w podmiotach leczniczych to nie są tożsame pojęcia, gdyż ta ostatnia odnosi się do procesów zachodzących w ramach zarządzania oraz w relacjach społecznych wewnątrz i na zewnątrz podmiotu, etyka zawodowa dotyczy zaś osób wykonujących konkretny zawód. Poza tym w literaturze wskazuje się na istnienie trzech typów zarządzania reprezentujących odmienny stosunek do norm etycznych i ich przestrzegania: nieetyczne, etycznie neutralne i etyczne [7, s. 9] a menedżer każdy z nich może równie swobodnie stosować w praktyce, wpływając w ten sposób na respektowanie norm przez podległych mu pracowników.

Przestrzeganie w relacjach z pacjentami i współpracownikami zasad etycznych buduje odpowiedzialność osoby wykonującej zawód medyczny i generuje wzrost zaufania do niej. Natomiast tworzenie i realizowanie przez podmioty lecznicze programów, kodeksów etycznych, buduje odpowiedzialność placówki wobec jej interesariuszy i zwiększa zaufanie do tych placówek [2, s. 175].

Jednocześnie zachowania etyczne leżą u podstaw wdrażania w proces zarządzania koncepcji SR oraz budują postawy odpowiedzialne społecznie. To sprawia, że w analizach dotyczących działania podmiotów ochrony zdrowia oba te pojęcia wzajemnie się uzupełniają. Co więcej, SR, jak wspomniano we wstępie, jest „zakorzeniona w samej naturze i misji organizacji” [4, s. 12], dlatego powinny one jak najmocniej zaznaczać społeczny charakter działalności oraz podejmować aktywną współpracę z innymi podmiotami na rzecz jej realizacji. Poza tym niezbędne jest aktywne podejście do SR, które w przeciwieństwie do pasywnego nie tylko dąży do nieszkodzenia swoimi działaniami, lecz także tymi działaniami generuje pozytywne skutki [5, s. 28].

Należy także zwrócić uwagę na możliwość wykorzystania w zarządzaniu podmiotami leczniczymi każdego z dwóch modeli SR. W przypadku podmiotów prywatnych, które w działaniu nie mogą pomijać efektów finansowych, stosuje się model *after profit obligation*, w którym zakłada się realizację odpowiedzialności społecznej po zaspokojeniu pozostałych

rodzajów odpowiedzialności. W przypadku zaś podmiotów publicznych, dla których zysk nie jest warunkiem sine qua non przetrwania, wykorzystuje się model *before profit obligation*, w którym uznaje się, że fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania organizacji mają wartości moralne i po ich zaspokojeniu organizacja powinna być społecznie odpowiedzialna [3, s. 48].

Przy analizie możliwości wdrożenia SR w funkcjonowanie placówek leczniczych konieczne jest także dostrzeżenie zagrożeń dla tego procesu, wynikających z komercjalizacji i prywatyzacji podmiotów. Przejawem takich zagrożeń jest narzucanie pracownikom wykonującym zawód medyczny obowiązku kierowania się w swoich decyzjach dotyczących świadczenia usług rachunkiem ekonomicznym, a w dalszej perspektywie zobowiązaniami wobec pacjenta i własną wiedzą oraz umiejętnościami. Rezultatem takiej sytuacji będzie powstawanie rażącej sprzeczności między zobowiązaniami wobec pacjenta i przełożonych, oczekujących ograniczenia kosztów procedur medycznych [1]. Podobne zagrożenie niesie ze sobą stałe obniżanie nakładów na świadczenia zdrowotne i niekorzystne dla podmiotów leczniczych warunki ich kontraktowania przez NFZ. Wreszcie zagrożeniem może być niechęć pracowników oraz zarządzających do przestrzegania norm etycznych i zachowań społecznie odpowiedzialnych, wynikająca z negatywnych doświadczeń i wzorców, braku wiedzy, zrozumienia oraz zaufania pracowników do przełożonych i pacjentów. Sytuacja ta może powodować, że nawet pomimo istniejącego w placówce potencjału społecznego umożliwiającego wdrażanie SR proces ten nie nastąpi, gdyż nikt nie będzie nim zainteresowany. Jak w praktyce wygląda ta sytuacja zostanie zaprezentowane dalszej części opracowania, ale by móc zaprezentować fragment wspomnianego badania, należy podać choć minimum informacji dotyczących jego założeń, organizacji i realizacji.

Każde badanie naukowe, aby było poprawnie zrealizowane, musi być oparte na założeniach metodologicznych pozwalających zrealizować jego cel. Przedmiotem badania były opinie menedżerów i pracowników podmiotów leczniczych o ich zachowaniach mających cechy społecznie odpowiedzialnych i wpływających na relacje z otoczeniem placówki. Badanie było prowadzone w podmiotach leczniczych województwa śląskiego oferujących świadczenia zdrowotne na podstawie kontraktu z NFZ w ostatnim kwartale 2013 i w 2014 roku. W celu weryfikacji założeń badawczych, przedstawionych we wstępie opracowania, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką badawczą była anonimowa ankieta [8, s. 25] Zaproszenie do badania skierowano do 1420 podmiotów. Menedżerowie zwrócili 348 poprawnie i kompletnie wypełnionych ankiet, a pracownicy zawodów medycznych - 1790. W próbie najwięcej było menedżerów i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – 254 (wszystkie niepubliczne), 59 przychodni specjalistycznych (13 niepublicznych i 46 publicznych) oraz 35 szpitali (wszystkie publiczne). Prawie wszystkie badane placówki (329) są zarządzane przez lekarzy mających wykształcenie podyplomowe w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia i mających co najmniej kilkunastoletnie doświadczenie w zarządzaniu. W związku z tym, że w badaniu

uczestniczyły przypadkowo dobrane placówki, mimo dużej próby nie można stwierdzić, że badanie jest reprezentatywne, dlatego jego wyniki należy ograniczyć tylko do uczestniczących w nim podmiotów i ich pracowników.

3. Świadome i nieświadome zachowania odpowiedzialne społecznie

Badanie rozpoczęło pytanie, za pomocą którego sprawdzono poziom wiedzy menedżerów o SR. Niezależnie od rodzaju podmiotu oraz jego formy organizacyjno-prawnej poziom wiedzy jest bardzo niski, aż 288 menedżerów nie zna tego pojęcia i nie pamięta, by kiedykolwiek je słyszało. W pełni zna zasady SR tylko 13 badanych, pozostali zaś mają o niej niewielką wiedzę lub znają pojęcie - 47 osób (tab. 1). Uzupełnieniem tego pytania, kierowanym tylko do grona osób mających jakąkolwiek wiedzę o SR, była prośba o wskazanie zachowań, które ich zdaniem kojarzą się ze społeczną odpowiedzialnością. Z grona 15 możliwych do wyboru najczęściej menedżerowie wybierali zaufanie do podwładnych (42 wskazania) i współpracowników (37 wskazań), przestrzeganie kodeksu etyki zawodowej (35 wskazań), podmiotowe traktowanie pracowników podmiotu (25) i pacjentów (21 wskazań). Natomiast nie kojarzą im się z SR: ponoszenie odpowiedzialności za działania innych pracowników (47 wskazań), kierowanie się w procesie decyzyjnym dobrem pacjenta (24 wskazania) i angażowanie się w działalność społeczną i charytatywną (17 wskazań). Ciekawą sytuację zaobserwowano w przypadku dwóch zachowań: wspomnianego już przestrzegania kodeksu etyki zawodowej i szeroko rozumianych zasad etycznych. Ponad połowa menedżerów stwierdziła, że z SR kojarzy im się z przestrzeganiem kodeksów etyki zawodowej, jednocześnie aż 38 nie dostrzega związku między SR a przestrzeganiem ogólnych zasad etycznych, które powinny dotyczyć każdego człowieka niezależnie od tego, kim jest i jakie ma wykształcenie. Jeśli do tego dodamy niedostrzeżenie roli własnej odpowiedzialności za działania innych, można mieć poważne wątpliwości co do ich postaw moralnych.

Tabela 1

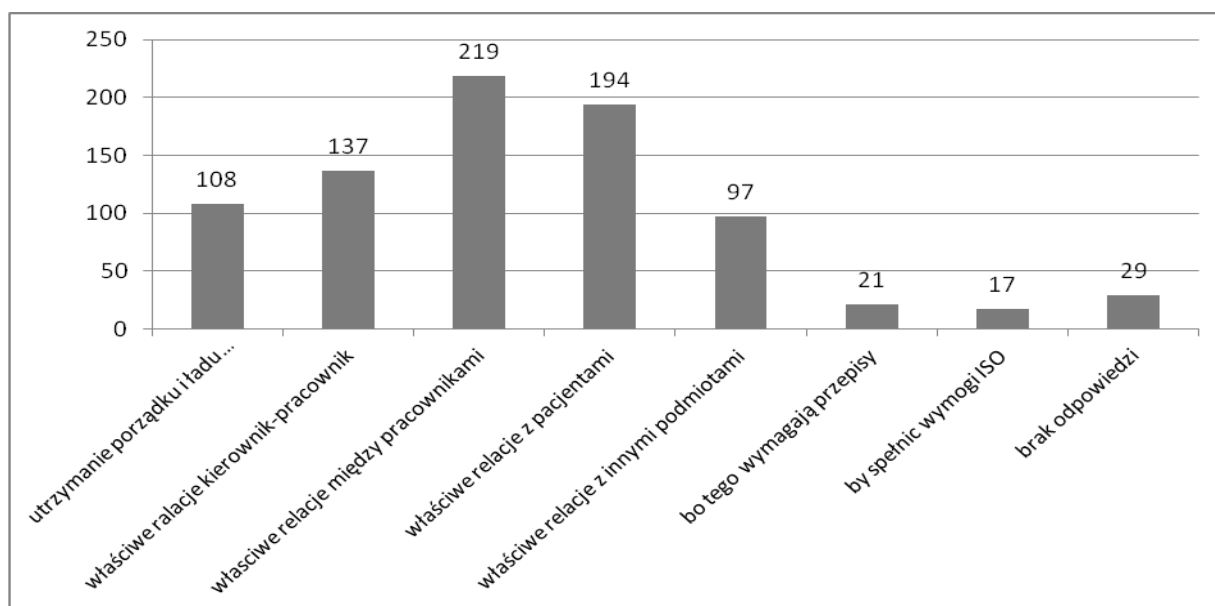
Wiedza menedżerów na temat CSR

Podmiot Odpowiedź	POZ		p. specjalist.		szpitale		Suma		
	Publ	Npubl	Publ	Npubl	Publ	Npubl	Publ	Npubl	Ogółem
Zna w pełni	0	2	4	1	6	0	10	3	13
Zna podst. zał.	0	5	6	6	4	0	10	11	21
Zna pojęcie	0	9	1	4	12	0	13	13	26
Nie zna	0	238	35	2	13	0	49	239	288
Suma	0	254	46	13	35	0	82	266	348
	254		59		35		348		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Przewidując, że koncepcja SR jest mało znana wśród kadry zarządzającej, zadano kolejne pytania, dotyczące funkcjonowania i respektowania w pracy podmiotu leczniczego norm etycznych. Przy tym nie precyzowano, czy chodzi o normy przyjęte zwyczajowo, czy spisane w formie kodeksu. Wszyscy stwierdzili, że takie normy obowiązują w zarządzanych przez nich podmiotach oraz że przez wszystkich pracowników są respektowane. Następnie doprecyzowano kwestię, pytając o formalizację norm etycznych, czyli istnienie regulacji w formie kodeksu. Okazało się, że tylko 14 podmiotów ma opracowany własny kodeks etyczny, pozostałe kierują się wytycznymi zamieszczonymi w powszechnie obowiązujących w ochronie zdrowia przepisach prawnych, zwłaszcza kodeksach deontologicznych.

Zaprezentowane tu odpowiedzi są wprowadzeniem do analizy dotyczącej kolejnej kwestii, a mianowicie celu, jakiemu służyło wdrożenie tych norm (rys. 1). Każdy z menedżerów odpowiadając na to pytanie, miał możliwość wskazania maksymalnie trzech celów realizowanych w podmiocie przez ich stosowanie. Największe znaczenie ma dla zarządzających kształtowanie właściwych relacji między pracownikami – 219 wskazań, a następnie między pracownikami i pacjentami – 194 odpowiedzi, dopiero na trzecim miejscu znalazło się kształtowanie tych relacji między nimi samymi i podwładnymi, a jeszcze dalej współpraca z innymi podmiotami. To pozwala na sformułowanie sugestii, że nie przywiązują oni większej wagi do relacji z otoczeniem wewnętrznym organizacji oraz z co najmniej częścią otoczenia zewnętrznego.



Rys. 1. Przyczyny wdrożenia w działania podmiotu leczniczego norm etycznych

Fig. 1. Reasons for the implementation of the activities of the entity therapeutic ethical standards

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Można także założyć, że część menedżerów nie utożsamia norm i reguł zachowania etycznego z realizacją SR, co z kolei wynika prawdopodobnie z braku wiedzy o niej i jej związkach z przestrzeganiem zasad etycznych.

Tabela 2

Przestrzeganie zasad i norm etycznych przez profesjonalistów medycznych

Odpowiedź	zawsze	często	czasem	rzadko	nigdy	Σ
Zawód						
Lekarze	197	165	271	5	0	638
Pielęgniarki	209	160	397	17	0	783
Ratownicy	65	51	14	2	0	132
Fizjoterapeuci	38	66	21	3	0	128
Pozostałe zaw.	27	54	22	6	0	109
Σ	536	496	787	36	0	1790

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Równie istotne dla oceny badanego problemu są opinie pracowników, dlatego też ich poproszono o zajęcie stanowiska w sprawie przestrzegania zasad i norm etycznych, a także określenie własnego stosunku do pacjentów oraz angażowania się działalność społeczną i charytatywną.

Jak widać z zaprezentowanego w tabeli 2 rozkładu odpowiedzi, pracownicy medyczni nie oceniają wszystkich swoich zachowań jako w pełni etycznych. Większość uznała, że tylko czasem stosuje te normy aż 787 wskazań (44%), podczas gdy zawsze tylko 536 (30%). Pocięszające jest, że nie ma takich osób, które uznałyby, że nigdy nie kierują się w swej pracy normami etycznymi. Gdy porównuje się stanowiska pracowników z opiniami ich przełożonych o tym, że w podmiocie obowiązują i są respektowane normy etyczne, widać dysonans, który pozwala na stwierdzenie, że menedżerowie nie mają wystarczającej wiedzy o tym, jak zachowują się ich podwładni w relacjach z innymi ludźmi, zwłaszcza z pacjentami.

Tabela 3

Stosunek do pacjenta

Miejsce pracy	POZ	p. specjalist.	szpitale	Σ
Odpowiedź				
Podmiotowy	538	124	325	987
Raczej podmiotowy	132	152	340	624
Trudno powiedzieć	78	14	28	120
Raczej przedmiotowy	17	9	17	43
Przedmiotowy	3	4	9	16
Σ	768	303	719	1790

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Z przestrzeganiem zasad etycznych nierozzerwalnie wiąże się sposób traktowania pacjentów, a przede wszystkim dostrzeganie ich podmiotowości i wynikających z niej praw (nie tylko tych, które są zawarte w Karcie Praw Pacjenta). Stąd w tabeli 3 został przedstawiony rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące stosunku kadry medycznej do pacjentów. Większość uważa, że traktuje pacjentów w sposób podmiotowy (55%), choć w rozwinięciu pytania, w którym proszono o podanie przykładów takich zachowań, prawie wcale nie było wyjaśnień, dlatego niestety nie da się powiedzieć, jak badani rozumieją pojęcie podmiotowego stosunku do pacjenta i jakie ich zachowania mają go obrazować.

Ostatnia prezentowana w artykule kwestia dotyczy dobrowolnego angażowania się pracowników zawodów medycznych w działalność społeczną i charytatywną (tab. 4). Tu także nie widać powszechnie występujących zachowań sprzyjających implementacji SR do praktyki funkcjonowania placówek leczniczych.

Co więcej, bardzo niewielu z badanych jest zainteresowanych taką działalnością, a tym bardziej jej propagowaniem i zachęcaniem innych do podobnych inicjatyw. Najczęściej badani angażowali się w pomoc młodszym kolegom i kampanie promujące zdrowie. Tylko najmłodszy wiekiem sporadycznie wspominali, że pracują na rzecz hospicjów, domów opieki czy stowarzyszeń.

Tabela 4

Angażowanie się pracowników w działalność społeczną i charytatywną

Zawód	lekarze	pielęgniarki	ratownicy med.	fizjoterapeuci	inne zawody	Σ
Odpowiedź						
Brak	539	585	55	71	47	1297
Sporadyczne	59	123	42	37	37	298
Częste	17	31	14	11	13	86
Bardzo częste	15	27	12	7	8	69
Stale	8	17	9	2	4	40
Σ	638	783	132	128	109	1790

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Natomiast przełożeni całkowicie nie interesują się ich działalnością pozazawodową, jeśli ta nie stanowi zagrożenia dla wywiązywania się z obowiązków. Co najważniejsze, nie widzą podstaw do tego, by na podstawie o własnej postawy etycznej, podmiotowego traktowania pacjentów i kooperacji ze współpracownikami budować wizerunek oraz pozycję rynkową podmiotu leczniczego, w którym pracują, a tym bardziej wykorzystać te czynniki do kreowania jego społecznej odpowiedzialności. Można takie podejście uznać za istotny błąd, bo po pierwsze, okazanie zainteresowania pracownikowi i jego działalności społecznej pobudza zainteresowanie innych, po drugie, pozwala wykorzystać taką działalność jako darmową reklamę podmiotu oraz narzędzie działań w obszarze public relations, a po trzecie, podnosi morale pracowników i wprowadza między nich zasady zdrowej, prorozwojowej dla organizacji rywalizacji.

4. Zakończenie

Zaprezentowany w artykule fragment badania nie wyczerpuje problematyki związanej z wdrażaniem do zarządzania podmiotami leczniczymi społecznej odpowiedzialności. Jest zaledwie niewielkim przyczynkiem do szerszych analiz i dyskusji na ten temat, ale już nawet prezentacja tak niewielkiego fragmentu badania pozwala stwierdzić, że w podmiotach ochrony zdrowia zaczynają pojawiać się zachowania i postawy typowe dla społecznie odpowiedzialnych. Szkoda tylko, że ani pracownicy medyczni, ani zarządzający nie zdają sobie sprawy z korzyści, jakie w długim okresie, mogą one przynieść placówce, a tym bardziej nie dążą do ich świadomego wzmacniania i wykorzystania.

Mimo wybiórczego charakteru badania można stwierdzić, że jego podstawowy cel został osiągnięty, możliwe jest także sformułowanie kilku wynikających z niego wniosków.

1. Badając zachowania i postawy profesjonalistów medycznych, można dostrzec nieświadomione działania zgodne z zasadami SR.
2. Brak wiedzy i niechęć menedżerów do SR nie oznacza negowania przez nich zasadności działań etycznych w zarządzanych przez nich podmiotach, wręcz przedkładają funkcjonowanie norm etycznych nad zasady społecznej odpowiedzialności.
3. Podniesienie poziomu wiedzy menedżerów na temat nowoczesnych narzędzi zarządzania, w tym SR, mogłoby w dłuższej perspektywie czasu istotnie zwiększyć liczbę i jakość oferowanych przez nie usług, tym samym podnieść ich efektywność oraz pozycję na rynku.

Bibliografia

1. Biegasa T.: Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny. *Medycyna Praktyczna*, nr 9/2005.
2. Gasparski W.: Programy etyczne firm i ich projektowanie. *Annales: Etyka w życiu gospodarczym*, t. 4, Salezjańska Wyższa Szkoła Ekonomii i Zarządzania, Łódź 2001.
3. Kang Y.Ch., Wood D.J.: Before Profit Social Responsibility Turning the Economic Paradigm Upside Down. *Business and Society* 1995, Proceedings.
4. Program szkolenia w zakresie wdrażania postaw odpowiedzialności społecznej w sektorze ochrony zdrowia i opieki społecznej (brak autora). Program Leonardo da Vinci. Projekt nr 1/04/B/F/PP-154095, 2006.
5. Rybak M.: Etyka menedżerska – społeczna odpowiedzialność przedsiębiorstwa. PWN, Warszawa 2004.

6. Standardy AA 1000. Narzędzia społecznej odpowiedzialności organizacji. Przewodnik dla biznesu (brak autora). CSRinfo, Warszawa 2011.
7. Szczupaczyński J.: Wymiary postaw moralnych polskich menedżerów, [w:] Przegląd Organizacji, nr 3/2010.
8. Walkowiak R., Oliński M., Wysocka M., Adamowicz M.: Społeczna odpowiedzialność organizacji. Praktyki na Warmii i Mazurach. Wydawnictwo Stowarzyszenie Warmińsko-Mazurska Klinika Biznesu, Olsztyn 2010.

Abstract

Presented in the article excerpt study does not cover issues related to the implementation of therapeutic entities for the management of social responsibility. It is only a small contribution to the broader analysis and discussion on this topic. But even such a small portion of the presentation of the study leads to the conclusion that in the health care entities are beginning to appear behavior and attitudes typical for socially responsible. It is a pity that neither the medical staff nor managers do not realize the benefits in the long run they can bring the facility, and certainly not their conscious aim to strengthen and use.