

# Implementacja programów etycznych w instytucjach publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia. Perspektywa interesariusza zewnętrznego

**Dariusz Bąk**

Akademia Leona Koźmińskiego

dbak@kozminski.edu.pl

## Summary

### The Implementation of Ethical Programs in Public Institutions Exemplified on Health Sector. The External Stakeholder Perspective

The subject of this article is implementation of ethics programs in public institutions. The term implementation is similar to introduction and copying. The fundamental question is a possibility of transferring the ethical solutions from business to public organizations. The article shows a need for ethical programs in the health sector. The article also presents the role of stakeholders in creation of ethical

standards of cooperation, using the example of suppliers of medical hardware. Stakeholders also initiate changes that influence transparency. The article raises the question of whether law regulations in public organizations should also include ethical standards. The article also discusses issues of compliance policy and examines the arguments for introducing such mechanisms in the public sector. Finally, the article concentrates on the role of the external stakeholder who can propose such solutions.

**Key words:** ethical program, public institution, compliance, health sector

## Wstęp

W krótkim artykule z 8 grudnia 2011 r. „Rzeczpospolita”, powołując się na niepublikowany jeszcze raport NIK, informuje, że urzędy i instytucje samorządowe nie zapewniają dobrej ochrony przed korupcją ani nadzoru

nad oszczędnym wydawaniem publicznych pieniędzy czy świadczeniem wysokiej jakości usług: „Zaledwie 45 proc. badanych jednostek uwzględniło w regulacjach wewnętrznych fakt prowadzenia kontroli zarządczej, 95 proc. nie przewiduje zarządzania ryzykiem, 60 proc. w ogóle lub tylko ogólnikowo wspomina o zasadach etyki itp.” (*Samorządom...*, 2011). Znaczenie etyki dla funkcjonowania instytucji publicznych nie jest kwestionowane dopóty, dopóki dyskusja toczy się na poziomie pewnych uogólnień. Świat wartości sprowadzony do takich pojęć jak uczciwość, rzetelność, służebność, jest łatwy w „obróbce” słownej, i pozostaje w sferze postulatów i utyskiwań. Problemowe staje się przełożenie postulatów na rozwiązania praktyczne, które przybliżałyby ich realizację.

Jednym z powodów jest prawdopodobnie traktowanie etyki jak dość nieuchwytnego fenomenu kulturowego. W opozycji do tego podkreśla się rolę konkretnej i ostrej normy prawnej. Zakłada się, że w sektorze publicznym prawo wyraźnie i jednoznacznie formułuje zakres działań urzędników. Działania z natury rzeczy odtwórczych i powtarzalnych. Dla wielu etyka funkcjonowania instytucji publicznej zawiera się w sprawnej realizacji litery obowiązującego prawa: „wydaje się, że działanie etyczne (które oceniamy jako dobre) nie może być sprzeczne z prawem, które z punktu widzenia moralnego należy oceniać zawsze jako dobre (jeśli oczywiście zostało ustanowione i obowiązuje zgodnie ze standardami demokratycznymi). Natomiast działanie sprzeczne z prawem będzie zawsze działaniem moralnie złym, gdyż naruszać będzie obowiązujący porządek prawny przez funkcjonariusza publicznego, czyli osobę, na której spoczywa szczególnie obowiązek działania zgodnego z prawem” (Suwaj, Suwaj 2007: 200).

Celem artykułu jest ocena wybranych metod wdrażania programów etycznych w instytucjach publicznych. Czy istnieje możliwość przenoszenia rozwiązań funkcjonujących w świecie biznesu na grunt organizacji publicznej? Na przykładzie sektora ochrony zdrowia pokazana jest potrzeba regulacji etycznych oraz rola interesariusza zewnętrznego w inicjowaniu zmian proceduralnych wpływających na kształt standardów etycznych. Artykuł otwiera dyskusja dotycząca relacji między regulacjami prawnymi i etycznymi w instytucji publicznej. Kolejno poruszane są zagadnienia polityki *compliance* – czyli rozwiązań łączących obie perspektywy i funkcjonujących w sektorze prywatnym. Przedstawione są też argumenty na rzecz wprowadzenia podobnych mechanizmów w instytucji publicznej oraz uzasad-

nienie działań interesariuszy zewnętrznych propagujących takie działania. Zagadnienia powyższe obrazuje studium przypadku, które jest opisem projektu współpracy izby gospodarczej z przedstawicielami służby zdrowia w celu opracowania etycznych standardów współpracy.

### **Założenia teoretyczne – w stronę instytucjonalizacji etyki**

Dyskusje dotyczące związków między prawem i etyką mają swoją długą i burzliwą historię. Sednem ich zawsze było pytanie, czy dziedziny te można sprowadzić do wspólnego mianownika. Nie chodzi tu nawet o rozważania z obszaru filozofii prawa, które pokazałyby wewnętrzne moralne uwarunkowania systemu prawnego. W dyskusjach kierowano się w stronę rozstrzygnięć wartościujących, które ustaliłyby określoną hierarchię ważności w obrębie tych dziedzin. Ta swoista rywalizacja wynika z pokrewieństwa obu dyscyplin, z których każda operuje jakimś porządkiem normatywnym. Każda z nich określa powinności i egzekwuje ich realizację. I każda uzurpuje sobie prawo do pierwszeństwa w tej dziedzinie. Rozstrzygnięcia w tym przypadku są dwa.

Jeżeli uznać istnienie związku między prawem i etyką, to siłą rzeczy trzeba przyjąć, że nie jest to związek oparty na równorzędności. Zakłada bowiem konieczną wyższość prawa moralnego nad stanowionym. Wyższość, która przez wielu nie jest do zaakceptowania w ramach porządku czysto racjonalnego. Dla zwolenników nurtu pozytywizmu prawnego (por. Oniszczyk 2004: 140–172), norma moralna, z całą jej nieostrością, niedookreślonym normodawcą i adresatem oraz względnie działającą sankcją, nie może konkurować, ani tym bardziej uzurpować sobie pierwszeństwa względem konkretnej i legitymizowanej społecznie normy prawnej. Nie można zaprzeczyć, że porządek moralny cechuje daleko idąca niejednoznaczność, która spycha go często z pozycji dyskursu filozoficznego do kwestii światopoglądowych, gdzie równie często ulega relatywizacji. Problem ten trafnie ujmuje Rawls, pytając: „jak to jest możliwe, że trwać może stabilne i sprawiedliwe społeczeństwo wolnych i równych obywateli, których głęboko dzielą rozumne, lecz nie dające się pogodzić doktryny religijne, filozoficzne i moralne? – i dalej – ...czy trzeba, aby przekonywały nas bądź przymuszały do postępowania zgodnego z tym, czego wymagają nasze obowiązki i zobowiązania, jakies motywy zewnętrzne, powiedzmy, sankcje boskie bądź

państwowo; czy też mamy taka naturę, że w niej znajdujemy wystarczające motywy skłaniające nas, byśmy czynili co powinniśmy, bez potrzeby zewnętrznych gróźb i pobudzeń?” (1998: 9–20). I choć autor, wspierany m.in. przez Dworkina, zakłada daleko idącą zbieżność i wzajemną zależność obu porządków, znajduje równie silną opozycję w poglądach takich teoretyków prawa jak Hart czy wcześniej jeszcze Kelsen. W ich poglądach odzwierciedlają się główne tezy nurtu, w którym podkreśla się, że:

- nie ma koniecznego związku między prawem i moralnością;
- wszelkie potencjalne związki nie są pożądane (por. Zajadło 2007: 252–253).

Drugą z sugerowanych wcześniej opcji jest przyjęcie założenia, iż legitymizacja prawa to zjawisko wieloetapowe. I jeżeli etapem pierwszym będzie uznanie zgodności proceduralnej, wynikającej z procesu stanowienia prawa w granicach ustanowionych przez zasady państwa demokratycznego, to drugim etapem jest akceptacja reguł prawa przez jego adresatów, uznanie jego doniosłości, słuszności i adekwatności. Istotne jest to, że akceptacja ta odbywa się nie tylko na gruncie racjonalnego dyskursu, ale angażuje też pokłady emocji, indywidualnych doświadczeń i szereg innych mechanizmów rzutujących na ocenę społeczną. Inny argument bazuje na spostrzeżeniu, że obowiązujące regulacje prawne generują określone skutki moralne. Normy wprowadzające elementy inwigilacji budują atmosferę nieufności a nadmiar regulacji może prowadzić do zaniku kreatywności na rzecz zachowań asekuracyjnych.

Z uwagi na powyższe wydaje się uzasadnione traktowanie porządku prawnego i moralnego na zasadzie naczyń połączonych, uznając, że zmiany w obszarze jednej dziedziny rzutują na stan drugiej. Każda regulacja prawna wymaga wskazania właściwego jej kontekstu etycznego. To wzajemne dookreślenie może mieć też charakter funkcjonalny, zwłaszcza w sytuacjach normatywnej niejednoznaczności. To ostatnie spostrzeżenie przenosi dyskusję w sferę rozwiązań praktycznych, przy których teoretyczne rozważania o powiązaniach norm prawnych i moralnych wydają się mieć mniejsze znaczenie. Praktyka stawia człowieka w obszarze konkretnej odpowiedzialności, a decyzje, które podejmuje, są nie tylko zgodne bądź nie z określonym porządkiem normatywnym, ale wpływają też na jego sytuację społeczną, ekonomiczną, warunkują jego przyszłość, reputację. Konieczność powiązania rozwiązań prawnych i etycznych trafnie ujął jeden

z sędziów Sądu Najwyższego Australii, który pytany o zasadność wprowadzenia Kodeksu Etyki Sędziego odpowiedział, iż jest to sprawa tak wielkiego znaczenia, że jeśli można zrobić cokolwiek więcej, to trzeba to zrobić.

### *Compliance management*

Dyskusje prowadzone na gruncie teorii i filozofii prawa znajdują swe odbicie w pragmatyce działań organizacji. Polityka *compliance* to termin określający dziś te obszary działań instytucji, które dotyczą zgodności podejmowanych decyzji, ale też ogólnych strategii postępowania, z obowiązującym porządkiem prawnym a wtórnie etycznym i obyczajowym. Doświadczenia wielokulturowości, przenikania się różnych tradycji, systemów aksjonormatywnych i kontekstów obyczajowych, okazały się mieć istotny wpływ na efektywność działania organizacji. Wpływ ten dotyczył zarówno relacji zewnętrznych – z podmiotami instytucjonalnymi, jak też wewnętrznych – tj. sfery komunikacji i zarządzania zespołem pracowników. Polityka *compliance* jest próbą regulacji tego obszaru. W literaturze przedmiotu można spotkać próby zawężenia perspektywy *compliance* do kwestii *stricte* prawnych. Jest to uzasadniane charakterem normy prawnej, co jednoznacznie podkreśla Morawski: „norma prawna może być uchylona wyłącznie przez inną normę prawną – a w tym kontekście – obowiązek posłuszeństwa wobec prawa ma charakter bezwzględny i akty cywilnego nieposłuszeństwa oraz urzędowego odstępstwa od reguł nie są dopuszczalne” (2000: 258). Pośrednim skutkiem takich założeń może być wykorzystywanie formalizmu prawnego dla realizacji doraźnych celów organizacji. Tego typu „inżynieria prawna” bazuje, jak pisze Dylus, na moralności krańcowej: „Takie są przecież konsekwencje wymyślania przez *compliance officer* różnych sztuczek prawnych, np. aby nie zapłacić kar umownych należnych kontrahentom czy odszkodowań pracownikom za wypadek przy pracy. Konkurowanie przedsiębiorstw coraz niżej zawieszoną poprzeczką zgodności z regułami prawnymi uruchamia mechanizm równi pochyłej. Sprawny technicznie, ale pozbawiony głębszych fundamentów aksjologicznych system *compliance* okazuje się bronią już nie tępą, ale bardzo niebezpieczną, choć w dłuższej perspektywie – obosieczną” (2009: 73).

Legalizm w wersji minimalistycznej, opisywany przez Dylus, jest formą wypaczenia bardziej ogólnej potrzeby bezpiecznego poruszania się w granicach prawa nieostrego, norm kolizyjnych i dowolności interpretacji tegoż

prawa przez urzędników różnych szczebli administracji. Działy zajmujące się problematyką *compliance* zaczęły powstawać siłą rzeczy w sektorze prywatnym, determinowane koniecznością dopasowania reguł gry konkurencyjnej do zastanego systemu prawnego. Motywem *implicite* zawartym w tej aktywności było zwiększenie poziomu przewidywalności w relacjach z partnerami zewnętrznymi, tak biznesowymi jak instytucjonalnymi. *Compliance management* nabiera w tym kontekście nowego znaczenia, stając się instrumentem budowania polityki zaufania (por. Grudzewski, Hejduk, Sankowska, Wańtuchowicz 2009). Postulowane jest przyjęcie założenia niewystarczalności formalizmu prawnego i konieczności odniesienia się w polityce *compliance* do porządku wartości i norm etycznych.

### Instytucjonalizacja etyki – implikacje

Zjawisko instytucjonalizacji etyki odnosi się do tych działań, które przenoszą indywidualne kryteria oceny etycznej na grunt sformalizowanego zespołu norm i wartości odnoszących się do większości aspektów działania organizacji. Podstawowe jest tu założenie o niewystarczalności tzw. zdrowego rozsądku czy moralnej wrażliwości. Faktem jest, iż te zdolności mogą być skuteczne w dość ograniczonej liczbie przypadków, zwykle dwuwartościowych. Kompetencje etyczne nabyte w procesie socjalizacji są jednak niewystarczające w sytuacjach specyficznych, wynikających bezpośrednio z pragmatyki funkcjonowania danej organizacji bądź profesji. Możliwe kolizje norm, dylematy etyczne, konflikty wartości lub interesów, są głównym powodem wprowadzania rozwiązań jednoznacznych; procedur pozwalających przenieść funkcjonowanie ogólnych wskazań etycznych na płaszczyznę zachowań organizacyjnych. Rozwiązania te, określane mianem programów etycznych/infrastruktury etycznej, muszą brać pod uwagę:

- relację między formą programu a dojrzałością kompetencyjno-etyczną pracowników organizacji;
- konieczność partycypacji pracowników w procesie tworzenia programu;
- zgodność programu z polityką wewnętrzną i zewnętrzną organizacji, jej kulturą organizacyjną i praktyką zarządzania;
- dostosowanie rozwiązań do uwarunkowań prawnych, kulturowych, środowiskowych;

– konieczność monitoringu i ewaluacji (por. Bąk 2010: 13).

Najczęściej spotykanym sposobem formalizacji jest wprowadzenie w organizacji kodeksu etyki. Działanie takie jest jednak zbyt często traktowane jako „ostateczne” rozwiązanie problemów etyki. W rzeczywistości kodeks etyczny, który ma być skutecznym narzędziem promocji i utrwalania standardów etycznych, powinien być elementem systemu wraz ze szkoleniami, audytem, adekwatną kulturą zarządzania i polityką *compliance*. Takie całościowe podejście wpływa na kształt kultury organizacyjnej i wymusza konieczność zachowania równowagi pomiędzy celem a metodą. Celem ma być wykreowanie organizacji jako przewidywalnego i godnego zaufania podmiotu; metodą jest całe dostępne instrumentarium poprzednio opisanych rozwiązań. Wymagane są tu rozwiązania przemyślane, nie prowadzące do przeregulowania całego systemu. Zagrożenia wynikające z nadmiaru regulacji opisuje na przykład Bednarski. Według niego koszty procesu formalizacji są związane z:

– ostrością konfliktu pomiędzy normą zachowań według wzorca a poglądami człowieka go stosującego; im wzorzec będzie bliższy poglądom pracownika, tym większa pewność, że będzie przestrzegany; często niezbędny będzie system wymuszający przestrzeganie norm, zawsze jednak jest on dość kosztowny; lepiej, gdy przestrzeganie wzorca wymusza pewien proces techniczny lub inny, ale dobrze ustrukturalizowany;

– ograniczeniem przez formalizację indywidualnej inicjatywy i motywacji;

– obniżeniem „elastyczności” organizacji. Zbyt duża liczba przepisów stwarza pokusę totalnej formalizacji, co może zupełnie „związać ręce” wszelkim inicjatywom (por. 1998: 138–139)<sup>1</sup>.

## Przykład sektora ochrony zdrowia

W książce *Ethos w życiu publicznym* autorki E. Nowak i K. M. Cern, odnosząc się do etosu służby zdrowia, podkreślają, że „relacja między lekarzem

<sup>1</sup> Z podobnymi sugestiami wychodzą Stansbury i Barry, wskazując, że formalizacja odnosząca się do podejmowania decyzji etycznych może mieć niekorzystne skutki. Formy kontroli, zwłaszcza przymusowej, jakie zakładają programy etyczne, mogą paradoksalnie ograniczać ich własną efektywność, zaś w sytuacjach skrajnych mogą prowadzić do atrofii kompetencji (Stansbury, Barry 2007: 254–258).

i pacjentem jest przestrzenią, w której wiedza medyczna znajduje bezpośrednio zastosowanie praktyczne, *nagrodzone* efektem terapeutycznym. Zagadnienie to należy do najważniejszych w etyce medycznej...” (2008: 130). Nie można nie odnieść się do wielowymiarowości tej sfery życia publicznego. Aktywność lekarza, jak żadna inna obciążona ciężarem misji i służby, zostaje wpisana w porządek instytucjonalnych rozwiązań, zasad finansowania i zarządzania placówką opieki medycznej. Zakres odpowiedzialności lekarza zostaje w konsekwencji rozszerzony. Do wynikającej z powinności zawodowej należytej staranności w całokształcie leczenia i opieki nad pacjentem, dodana jest, w wielu przypadkach, odpowiedzialność przypisana z definicji funkcjonariuszowi publicznemu<sup>2</sup>. A jest nim, z mocy ustawy, każda osoba zatrudniona w jednostce organizacyjnej dysponującej środkami publicznymi, chyba że wykonuje wyłącznie czynności usługowe, a także inna osoba, której uprawnienia i obowiązki w zakresie działalności publicznej są określone lub uznane przez ustawę lub wiążącą RP umowę międzynarodową. Stawia to służbę zdrowia przed koniecznością budowania zaufania nie tylko w relacji pacjent–lekarz, ale również zaufania instytucjonalnego, tj. powszechnego przekonania, że dana instytucja publiczna jest zarządzana w najlepiej pojętym interesie beneficjentów jej usług (por. Grudzewski, Hejduk, Sankowska, Wańtuchowicz 2009). Uzupełniając sugestię Nowak i Cern można dodać, iż „świat medycyny i opieki zdrowotnej to świat etycznych motywacji, indywidualnych i zespołowych misji, świat wiedzy fachowej i doświadczenia, ale także świat

<sup>2</sup> Patrz [http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/prawo/hasla/336149,funkcjonariusz\\_publiczny.html](http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/prawo/hasla/336149,funkcjonariusz_publiczny.html) z dnia 17.12.2011

W kontekście ochrony zdrowia funkcjonariuszami publicznymi będą: *zatrudnieni w ZOZ-ach* – dotyczy: dyrektorów szpitali i ich zastępców, ordynatorów, osób wykonujących czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, lekarz, który wystawia recepty /zlecenia na zaopatrzenie na wyroby medyczne podlegające refundacji, udziela jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych; *konsultanci krajowi* – dotyczy: prognozowania potrzeb zdrowotnych populacji w reprezentowanej dziedzinie, opiniowania projektów aktów prawnych, doradztwa w zakresie realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia i innych programów polityki zdrowotnej, opiniowania wniosków o skierowanie pacjenta do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych za granicą; *konsultanci wojewódzcy* – dotyczy: udziału w komisjach i zespołach powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej, doradztwa w zakresie metod leczenia; *członkowie zespołów* oraz grup doradczych powołanych przez ministra zdrowia w celu opracowania programów polityki zdrowotnej.



dużych pieniędzy pozostających w sferze zainteresowania nie tylko pracowników służby zdrowia, także przemysłu farmaceutycznego, producentów sprzętu diagnostycznego, terapeutycznego i rehabilitacyjnego, materiałów opatrunkowych, sprzętu jednorazowego użycia, środków czystości, odzieży i żywności” (Trocki 2002: 19). Jest to perspektywa, która stawia placówkę ochrony zdrowia w nowej sytuacji. Brak np. centralnego systemu zamówień czy zewnętrznych ośrodków doradczych z jednej strony pozostawia placówce dużą autonomię, z drugiej zaś stawia ją w pozycji „firmy” posługującej się kryteriami ekonomicznej efektywności. Coraz częściej też postuluje się, by instytucje te przyjmowały strategie marketingowe (por. Opolska 2002). Wszystkie te elementy uwidoczniają konieczność dokoopowania do kanonu etyki zawodowej lekarza regulacji i standardów etycznych funkcjonujących w świecie biznesu.

Obszar przenikania się biznesu i sfery publicznej jest zwykle określany jako miejsce potencjalnych nieprawidłowości. Powodem mogą być medialnie głośne sprawy korupcyjne, ale też różnice w „metodologii” zarządzania. Do interesujących wniosków dochodzi Frączkiewicz-Wronka, porównując specyfikę zarządzania w sektorze publicznym i prywatnym. Jak zauważa, „proces podejmowania decyzji w organizacjach publicznych cechuje niższy poziom racjonalności niż w organizacjach prywatnych. Podstawowym komponentem podejmowanych decyzji jest informacja i możliwość jej wykorzystania (co wcale nie musi oznaczać podjęcia decyzji racjonalnej i ekonomicznie efektywnej) – oraz – (...) rola menedżerów, ze względu na podwójną odpowiedzialność zarządzających, którą ponoszą zarówno w sferze politycznej jak i administracyjnej, jest bardziej skomplikowana niż w sektorze prywatnym” (2009: 100–101). Wydaje się, że tak opisana niewspółmierność odnosi się zarówno do procesu podejmowania decyzji, jak też do podstawowych motywacji warunkujących ten proces. O ile bowiem dominującą motywacją biznesową będzie efekt ekonomiczny, to w sferze publicznej kategorii dobra wspólnego mogą być uwikłane w priorytety indywidualne, takie jak zachowawczość czy asekuracyjność (niepodejmowanie działań teoretycznie korzystnych dla organizacji, lecz niosących ryzyko zarzutów np. niegospodarności – szczególnie istotne w przypadku przetargów z rekomendowanym kryterium najniższej ceny).

Innym zagadnieniem jest atmosfera relacji między placówką ochrony zdrowia a sektorem biznesu. Grupa podmiotów biznesowych jest zaliczana

do grona interesariuszy<sup>3</sup> sektora ochrony zdrowia, przynajmniej w sytuacji modelowej (zob. Burda-Świerż 2010: 347). W praktyce przedstawiciele sektora prywatnego: firmy farmaceutyczne, dostawcy sprzętu medycznego itp. nie są często traktowani jako podmioty żywotnie zainteresowane działalnością np. szpitala. W przykładowym kwestionariuszu (Stakeholders Listing Tool, SLT) [por. Frączkiewicz-Wronka, Austen-Tynda 2009: 96], do grupy interesariuszy placówki opieki zdrowotnej zaliczani są:

- Ministerstwo Zdrowia;
- Narodowy Fundusz Zdrowia;
- pracownicy szpitali – zarząd, personel biały i inni;
- pacjenci i ich rodziny;
- lokalna społeczność, w tym media i politycy;
- inni lokalni dostawcy usług medycznych.

Niedocenywanie znaczenia np. producentów i dostawców artykułów wspomagających leczenie, brak „podejścia” partnerskiego jest prawdopodobnie wynikiem uwarunkowań światopoglądowych, które „każą” postrzegać szpital przez pryzmat użyteczności publicznej. Zakłada to prymat celów społecznych nad rynkowymi i może skutkować spychaniem kontaktów z firmami w sferę koniecznego, niestety, ale jednak ryzyka. Nie bez znaczenia były i są sytuacje nadużyć w obszarze wzajemnych relacji, balansowanie na granicy i tak często niejednoznacznego prawa czy wreszcie głośne afery korupcyjne.

Z drugiej strony podkreślić należy, iż są to relacje o charakterze koniecznym. Modernizacja szpitali, zakupy leków, nowego sprzętu i jego serwisowanie są żywotną kwestią domagająca się racjonalnej regulacji. Jest to newralgiczny obszar, którego zagospodarowanie wymaga dużych kompetencji etycznych i sprawnego systemu rozwiązań instytucjonalnych, jak chociażby wdrażanych strategii *compliance*. Może to w znaczący sposób usprawnić funkcjonowanie mechanizmów decyzyjnych i zwiększyć przewidywalność zachowań. Postulowane jest poszukiwanie rozwiązań partnerskich, dających asumpt do budowania atmosfery zaufania.

<sup>3</sup> Termin interesariusz odnosi się do „każdej osoby lub grupy, która może wywierać wpływ na daną organizację, lub na która ta organizacja wywiera wpływ” (def. podana przez Freemana w *Strategic Management. A Stakeholder Approach*, Boston, 1984).

## Zaplecze polityki *compliance* w sektorze publicznym

Jak wcześniej wspomniano, idea *compliance management* jest charakterystyczna dla organizacji świata biznesu. Posiada znaczenie wewnętrzne – definiując takie elementy kultury organizacji jak komunikacja, relacje w obrębie hierarchii służbowej, zarządzanie konfliktem interesów, oraz nie mniej istotne znaczenie zewnętrzne, kreując politykę relacji z interesariuszami zewnętrznymi, zwłaszcza partnerami biznesowymi. Kwestia nabiera dodatkowego zabarwienia, jeżeli partnerem biznesowym jest instytucja publiczna. Truizmem już wydaje się stwierdzenie, iż nadrzędnym celem przedsiębiorstwa jest generowanie długofalowej, przewidywalnej i korzystnej dla obu stron współpracy. Przy takim założeniu wymogiem staje się daleko idąca transparentność inicjowana przez obydwie strony kontraktu.

W instytucjach publicznych idea *compliance* jest zjawiskiem nowym. Korzystne podłoże dla jej rozwoju przygotowuje tzw. nowe podejście do zarządzania sektorem publicznym, wzorowane na sprawdzonych praktykach zarządzania w sektorze prywatnym (zob. Frączkiewicz-Wronka 2009). Jednym z elementów nowego podejścia jest definiowanie instytucji publicznej, np. szpitala, jako organizacji „uczącej się”, tj. otwartej na wszelkie inicjatywy mogące usprawnić jej funkcjonowanie. Zaznacza się, iż „w celu poprawy sprawności i skuteczności działania, organizacje publiczne powinny dążyć do ciągłego doskonalenia procesów w nich zachodzących, co implikuje potrzebę uczenia się nie tylko na podstawie własnych doświadczeń, ale również od innych. Reagowanie na zmiany zachodzące w otoczeniu oraz uczenie się są to procesy nierozdzielnie ze sobą związane. Systemowa świadomość konieczności wprowadzenia zmian wpływa na efektywność i skuteczność ich wprowadzania w dobrze pojętym interesie całej organizacji” (Kulikowska 2009: 323–324).

Równie ważnym motywem pozostaje nadmiernie skomplikowany system prawny, który wymusza wręcz szukanie „koła ratunkowego” w postaci oddolnych prób samoregulacji. Próby te odnoszą się do dwóch grup problemów. Pierwsza to obszar sprzeczności w obrębie obowiązującego prawa stanowionego. Druga grupa to potencjalne kolizje normy prawnej z normami moralnymi. Każda generuje postawy asekuracyjne. Gdy nie można wskazać działania jednoznacznie właściwego, przy równoczesnym ryzyku sankcji, optymalnym wyborem jest powstrzymanie się od działa-

nia. Podejściem alternatywnym jest świadome naruszenie normy prawnej przy towarzyszącej temu akceptacji społecznej. Jest to nie tyle objaw lekceważenia prawa, co próba zdroworozsądkowego wybrnięcia z sytuacji impasu wygenerowanego przez prawo źle skonstruowane. Przykładowo osoba, która była w stosunku pracy bądź zlecenia z uczestnikiem postępowania przetargowego, nie może być członkiem zespołu przetargowego w okresie trzech lat od ustania tegoż stosunku. Przepis ten ma ograniczyć możliwość „życzliwego” wpływania na rozstrzygnięcie przetargu. Zważywszy na duży stopień powiązania świata biznesu i świata medycyny (doradztwo, badania, konsultacje, konferencje i konieczność gromadzenia punktów edukacyjnych), duży procent lekarzy może pozostawać w sytuacji konfliktu interesów, w przypadku powołania do zespołu przetargowego. Przy braku alternatywy w postaci np. centralnego systemu zamówień bądź organów doradczych, może się zdarzyć, że w mniejszych ośrodkach proces zakupów/modernizacji zostanie zahamowany. Innym przykładem może być niejednoznaczność zapisu o „nieuzasadnionej korzyści majątkowej” w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jakkolwiek prawo definiuje pojęcie korzyści majątkowej i osobistej, termin „nieuzasadnionej” pozostaje niedookreślony. Symptomatyczne jest w tym przypadku oświadczenie Ministerstwa Zdrowia, które proszone o interpretację niejasnego zapisu wydało komunikat: „Z uwagi na brak zdefiniowanego w ustawie oraz w innych przepisach rangi ustawowej pojęcia -nieuzasadnionej korzyści majątkowej, ocena, czy zachodzą przesłanki odpowiedzialności karnej określone art. 192b ustawy o świadczeniach, jest pozostawiona do dyspozycji sądu”<sup>4</sup>.

Przykładem potencjalnej kolizji norm są zapisy kodeksu karnego oraz Ustawy o zawodzie lekarza. Jeden z dokumentów ustala obowiązek udzielenia pomocy w każdym przypadku (art. 30 ustawy o zawodzie), drugi wprowadza sankcje w przypadku zabiegu leczniczego przeprowadzonego bez zgody pacjenta (art. 192 kk).

<sup>4</sup> Komunikat Ministerstwa Zdrowia z 08.01.2008, [http://www.pharmanews.pl/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=225](http://www.pharmanews.pl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=225) z dnia 20.12.2011.

## Rola interesariusza zewnętrznego

Interesariuszem zewnętrznym sektora ochrony zdrowia będą m.in.: podmioty nadzorujące, lokalne społeczności, dostawcy sprzętu, firmy farmaceutyczne (zob. Burda-Świerż 2010: 347). Znaczenie interesariuszy zewnętrznych, zwłaszcza sektora biznesowego, jest zazwyczaj oceniane w perspektywie ekonomicznej, rzadziej jakościowej. Dbałość o politykę jakościową jest w zasadzie elementem samoregulacji. W publicznych zakładach opieki zdrowotnej w zasadzie nie spotyka się form raportowania społecznego, czy audytu etycznego. Nadzór nad kwestiami jakościowymi sprawuje Ministerstwo Zdrowia. Jednym z sugerowanych narzędzi jest akredytacja, czyli dobrowolna ocena zgodności działań z uznanymi wcześniej bądź obowiązującymi standardami. W Polsce praktykę tę realizuje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia powołane na mocy zarządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej z 1994 roku. Elementem akredytacji szpitala jest ocena sfery organizacji i zarządzania, w tym m.in. relacje pomiędzy osobami pełniącymi funkcje kierownicze, ich współdziałanie w zakresie kształtowania jakości i kosztów szpitala (zob. Trocki 2002: 22–32).

Niedoceniana jest w tym przypadku rola innych grup interesariuszy wewnętrznych, reprezentujących np. sektor biznesu. Tymczasem te właśnie doświadczenia mogą w istotny sposób przyczynić się do kreowania polityki jakości czy wdrażania infrastruktury etycznej. Jak pisze Dylus, „nie zawsze jest wskazane, aby cały obowiązujący zbiór przepisów traktować jako nienaruszalne *constans*. Właśnie doświadczony *compliance officer* najlepiej orientuje się, które przepisy są absurdalne, niewykonalne czy po prostu niesprawiedliwe. Zamiast koncentrować się na ich omijaniu, może włączać się do lobbingu na rzecz ich uchylecia czy nowelizacji lub wręcz inicjować takie działania. Oczywiście, warunkiem skuteczności podobnych inicjatyw jest wyjście poza granice danego przedsiębiorstwa. Naciski kręgów gospodarczych w kierunku »poprawy prawa« muszą następować poprzez stowarzyszenia biznesowe, izby gospodarcze itp.” (Dylus 2009: 76). Sensowność inicjatywy „zewnętrznej” podkreślają też inni. Frączkiewicz-Wronka, Wronka i Kotowski wspominają za Donaldsonem i Prestonem: „interesy interesariuszy mają ogromne znaczenie dla organizacji, co oznacza, że niektóre ich żądania oparte są na konstytutywnych moralnych zasadach

(...). W konsekwencji organizacja nie jest w stanie lekceważyć wysuwanych przez nich żądań, ponieważ ich nieuwzględnienie może przyczynić się do braku realizacji strategicznych interesów organizacji” (Frączkiewicz-Wronka, Wronka, Kotowski 2009: 88). W kontekście powyższego zauważalny jest brak „rozmówcy” po stronie instytucji publicznych<sup>5</sup>.

Implementacja programów etycznych w sektorze publicznym napotyka na niemałe trudności. Innowacyjność, właściwa dla podmiotów biznesowych, może być traktowana jako naruszenie *status quo*. Z drugiej strony doświadczenia zebrane przez firmy dają nadzieję na ujednoczenie standardów i wpisanie ich w praktykę działań również organizacji publicznej.

### **Studium przypadku – projekt MedKompas**

Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych (OIGWM) POLMED to podmiot istniejący od 2002 roku. Zrzesza najliczniejszą grupę producentów i dystrybutorów sprzętu medycznego działających na polskim rynku. Do głównych zadań Izby należy reprezentowanie interesów firm w niej zrzeszonych wobec instytucji publicznych, opiniowanie oraz lobbowanie na rzecz konkretnych rozwiązań prawnych. Istotnymi celami są również działalność szkoleniowo-informacyjna oraz współpraca i wymiana doświadczeń tak z organizacjami gospodarczymi, jak i instytucjami administracji publicznej. Zgodnie z upublicznianymi deklaracjami Izba we wszystkich sferach swej aktywności promuje „kształtowanie i upowszechnianie zasad etyki w działalności gospodarczej, w szczególności doskonalenie norm rzetelnego postępowania w obrocie gospodarczym”<sup>6</sup>. Deklaracje te znalazły odzwierciedlenie w Kodeksie Etyki w Biznesie wprowadzonym w 2009 roku. Kodeks jest dokumentem obligatoryjnym dla członków Izby, którzy potwierdzają praktyczną realizację jego zapisów. Formuła Kodeksu wzorowana była na dokumencie obowiązującym w EUCOMED – Europejskim Stowarzyszeniu Wyrobów Medycznych. Nie jest to jednak wierna kopia. W pracę nad kodeksem Izby POLMED została zaangażowana grupa ekspertów, którzy w ramach pracy Komisji Kodeksowej, dostosowywali regulacje do specyfiki polskiego rynku, pra-

<sup>5</sup> Por. również Hess 2008.

<sup>6</sup> Por. <http://polmed.org.pl/oizbie,10.html> z dnia 17.12.2011.

wa, kultury. Wśród zapisów Kodeksu wiele miejsca poświęca się zasadom współpracy firm z sektorem ochrony zdrowia. Rekomenduje też określone rozwiązania, bazując na zasadach: rozdzielności, jawności i poinformowania pracodawcy, adekwatności i udokumentowania. Jak można przeczytać we Wprowadzeniu „Członkowie OIGWM POLMED, jako firmy społecznie odpowiedzialne (...) uznają, że postępowanie według standardów etycznych oraz przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa jest niezbędne do prowadzenia działalności biznesowej, oraz współpracy z przedstawicielami ochrony zdrowia”.

Samo wprowadzenie Kodeksu Etyki było działaniem istotnym, lecz z perspektywy Izby niewystarczającym. Istniała bowiem paląca potrzeba dookreślenia relacji z największym partnerem dla firm zrzeszonych w Izbie, tj. publicznym sektorem ochrony zdrowia. Główny problem stwarzały obowiązujące procedury prawne, które ograniczały a często uniemożliwiały efektywną współpracę. Drugim powodem była zdecydowanie antykorupcyjna polityka państwa, która doprowadziła z jednej strony do kilku spektakularnych aresztowań, z drugiej zaś do powszechnej atmosfery ostrożności i hiperpoprawnego stosowania prawa. Dla funkcjonariusza publicznego, jakim był np. członek komisji przetargowej szpitala, groźba sankcji o zaostrożnym rygorze, była istotnym powodem ograniczania do minimum kontaktów z przedstawicielem handlowym i korzystania z najbezpieczniejszego rozwiązania, jakim było rekomendowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia kryterium najniższej ceny. Rozwiązanie to nie musiało być słuszne nawet w przypadku jednorazowych rękawiczek, na pewno nie było w przypadkach bardziej skomplikowanych, gdzie cena produktu, parametry, kryteria obsługi czy serwisowania zmuszały wprost do badania specyfikacji, wizyty w siedzibie producenta, analizy porównawczej itp. Działania Izby poszły początkowo w stronę lobbowania na rzecz zmiany obowiązujących procedur, poprzez wprowadzenie np. „pozacenowych” kryteriów oceny produktu. Działanie to jest realizowane we współpracy z Urzędem Zamówień Publicznych. Jego skuteczność zweryfikować będzie można dopiero w perspektywie czasu. Kolejnym obszarem aktywności stała się więc inicjatywa warsztatów dotyczących przejrzystych zasad współpracy. Autorem projektu był Dyrektor Generalny Izby Witold Włodarczyk, który skorzystał z okazji, jaką stworzył program Siemens Integrity Initia-

tive<sup>7</sup>. Po negatywnych doświadczeniach mogących mieć wpływ na obraz firmy, koncern Siemens AG, w lipcu 2009 roku na mocy ugody z Bankiem Światowym wdrożył długofalowy program antykorupcyjny. W jego ramach koncern przeznaczył 100 mln dolarów na wsparcie organizacji *non-profit* i projektów, które poprzez edukację i współpracę będą skutecznie promowały ideę „czystego”, tj. wolnego od nadużyć rynku. Program jest przewidziany na 15 lat, przy czym w pierwszych 5 latach na wsparcie przeznaczono 40 mln dolarów. Możliwość uzyskania finansowania projektu budowania przejrzystych zasad rynkowych była aż nadto zbieżna z celami Izby POLMED. O finansowanie w pierwszej rundzie aplikowało około 300 organizacji *non-profit* z 66 państw. Uzyskało je 30 projektów w tym inicjatywa MedKompas firmowana przez OIGWM POLMED.

Projekt MedKompas spełniał podstawowe wytyczne Siemens Integrity Initiative tzn.:

- Stworzenie uczciwych warunków rynkowych dla wszystkich uczestników rynku.
- Walka z korupcją i fałszerstwami poprzez wspólne działanie *collective action* oraz edukację i szkolenia.
- Wpływ na sektory, w których działa Siemens.
- Ustanowienie platformy dla dialogu pomiędzy sektorem prywatnym a publicznym w zakresie działań antykorupcyjnych poprzez: kreowanie inicjatyw dotyczących dobrych praktyk, wzmocnienia krajowych systemów prawnych oraz standardów w zakresie *compliance*, rozpowszechnianie wiedzy z zakresu *compliance*, umożliwienie wymiany doświadczeń pomiędzy uczestnikami szkoleń z różnych sektorów.

Projekt kierowany jest do pracowników ochrony zdrowia, zwłaszcza osób regularnie współpracujących z przedstawicielami sektora prywatnego oraz do reprezentantów rynku wyrobów medycznych: finansujących projekty badawcze, organizujących konferencje i oferujących produkty.

Głównym celem projektu jest promowanie zasad etycznej współpracy pomiędzy przedstawicielami rynku wyrobów medycznych a przedstawicielami ochrony zdrowia. Docelowo ma kształtować potrzebę wprowadzenia

<sup>7</sup> Por. <http://www.siemens.com/sustainability/en/core-topics/collective-action/integrity-initiative/index.php> z dnia 20.12.2011.



działów *compliance management* w firmach branży wyrobów medycznych i placówkach ochrony zdrowia. Projekt MedKompas jest działaniem systemowym, składającym się z następujących elementów:

- warsztatów;
- publikacji prasowych i innych form promocji medialnej;
- dokumentu Q&A zawierającego pytania/odpowiedzi dot. prawnych i etycznych kwestii relacji biznesu i medycyny;
- dystrybucji broszury informującej o głównych założeniach projektu;
- udziału w imprezach branżowych (np. Targi Sprzętu Rehabilitacyjnego, Forum Rynku Zdrowia itp.);
- prowadzenia strony [www.medkompas.pl](http://www.medkompas.pl), która jest płaszczyzną informacji i komunikacji dla uczestników warsztatów.

Ciekawą częścią projektu jest dokument Q&A. Formułą nawiązuje do standardu infolinii etycznej – bezpośredniego kontaktu z ekspertem. Rozwiązanie to spotykane jest też w bardziej rozbudowanych kodeksach etycznych z wprowadzonymi elementami kazuistyki. W tym przypadku ma szansę stać się przykładem interaktywnej platformy, będącej jednocześnie wzorcem wybranej kompetencji systemu *compliance*. Poniżej przykładowe pytania i odpowiedzi:

**Pyt. 6. Jakie ogólne kryteria powinny spełniać umowy zawierane z przedstawicielami opieki zdrowotnej, które mają zapewnić rzeczywiste usługi doradcze?**

Należy przyjąć następujące kryteria:

- z góry określona uzasadniona potrzeba biznesowa;
- kryteria wyboru przedstawicieli opieki zdrowotnej są związane z określoną potrzebą;
- pisemna umowa określająca rodzaj i zakres usług, jakie mają być świadczone powinna być zawarta przed wykonaniem usługi;
- wynagrodzenie za wykonaną usługę jest rozsądnej wysokości, która to wielkość została określona zgodnie z zasadami wolnego rynku;
- firmy członkowskie dokumentują rezultaty pracy wykonanej przez przedstawicieli opieki zdrowotnej, a wykonanie przedmiotu umowy nie jest wykorzystane, jako środek mający nakłonić do polecenia, zakupu, zalecenia, dostawy albo sprzedaży produktów medycznych lub usług.

**Pyt. 9. Czy aby świadczyć usługi doradcze firmie przedstawiciele opieki zdrowotnej zatrudniony przez firmę, jako konsultant musi obowiązkowo otrzymać pisemną zgodę od głównej placówki opieki zdrowotnej, gdzie prowadzi swoją działalność?**

Zgodnie z wytycznymi pisemna zgoda nie jest obowiązkowa. Jednakże współpraca między przemysłem i przedstawicielami opieki zdrowotnej musi być transparentna i pozostawać w zgodzie z krajowymi i lokalnymi regulacjami prawnymi oraz zawodowymi kodeksami. Firmy powinny zachować pełną transparentność wymagając wcześniejszej pisemnej zgody od administracji szpitala albo przełożonego (lub innej wyznaczonej na miejscu jednostki) danego przedstawiciela opieki zdrowotnej w pełni przedstawiającego cel i zakres zlecenia.

W powyższych wyjaśnieniach istotne jest zwłaszcza odróżnienie minimum prawnego od idących krok dalej zaleceń etycznych. Transparentność zostaje ujęta nie tylko jako wymóg prawny, ale również jako wartość istotna dla obydwu stron zaangażowanych we współpracę.

Najistotniejszą częścią projektu MedKompas są warsztaty. W praktyce przez cztery lata, tj. od stycznia 2011 do września 2014 roku, ma zostać przeprowadzonych 60 spotkań warsztatowych, w trakcie których zostanie przeszkolonych 1200 osób. Realizowane są przez zespół ekspertów tj. prawnika, specjalistów w zakresie etyki biznesu, etyki zawodu lekarza oraz polityki *compliance*. Program warsztatów uzyskał akredytację Naczelnej Izby Lekarskiej, co przekłada się na punkty edukacyjne, jakie mogą uzyskać uczestnicy. Zgodnie z wymogami akredytacyjnymi każde spotkanie kończy test sprawdzający, którego zaliczenie gwarantuje uzyskanie certyfikatu uczestnictwa. Uczestnicy nie ponoszą żadnych kosztów związanych z odbytym szkoleniem. Elementem ewaluacji warsztatów jest przeprowadzana anonimowo ankieta. Uczestnicy oceniają warsztaty odnośnie do: przydatności przekazanych treści, metody i techniki szkoleniowej, materiałów szkoleniowych, organizacji itp.

Wszystkie formalne obostrzenia są elementem towarzyszącym celowi głównemu, czyli promocji standardów etycznych w relacjach lekarz/instytucja publiczna a świat działań biznesowych. Podstawą realizowanych treści są Kodeks Etyki w Biznesie Izby POLMED oraz Kodeks Etyki Lekarskiej, w tych kwestiach, które dotyczą kontaktów lekarza z firmami. Podkreślane są zwłaszcza:

– zasada rozdzielności określająca, że wszelkie wsparcie udzielane przedstawicielom ochrony zdrowia nie może być nadużywane w celu nieuczciwego wpływu na ich decyzje;

- zasada jawności określająca, że świadczenia na rzecz przedstawicieli ochrony zdrowia powinny być ujawnione pracodawcy lub przełożonemu, a jednocześnie pracownik ochrony zdrowia powinien poinformować pracodawcę o fakcie nawiązania współpracy;
- zasada adekwatności określająca proporcjonalność świadczenia i wynagrodzenia;
- zasada udokumentowania określająca pełną formalną transparentność związku przedstawiciela ochrony zdrowia z firmą, z którą nawiązuje kontakt.

Konkretyzacją powyższych zasad są druki wzorcowych umów np. o wygłoszenie referatu, o doradztwo, sponsoringu, przekazywane uczestnikom warsztatów.

Projekt MedKompas jest w jednej czwartej okresu realizacji. Daje to podstawę do pierwszych spostrzeżeń. W okresie od kwietnia do grudnia 2011 r. zostało przeprowadzonych 14 szkoleń z zakresu polityki *compliance*. W tym czasie łącznie zostało przeszkolonych 445 osób. Ponad 90% uczestników reprezentowało sektor ochrony zdrowia. Tak znaczny procent można tłumaczyć wsparciem Okręgowych Izb Lekarskich oraz prawdopodobnie ciekawą dla środowiska problematyką szkoleń. W dwóch przypadkach (Gdańsk i Olsztyn) uczestnikami warsztatów byli dyrektorzy szpitali, którzy poprosili o zorganizowanie podobnych spotkań na terenie ich jednostek. Dzięki tym zaproszeniom w warsztatach wzięło udział kolejnych 100 osób. Ograniczony udział przedstawicieli firm może wynikać z faktu, iż większość dużych firm działających na rynku producentów i dystrybutorów wyrobów medycznych już posiada wyspecjalizowane działy *compliance*. Mniejsze firmy są rzadziej zorientowane na klienta instytucjonalnego, jakim są szpitale, niższa jest też potrzeba formalizacji standardów etycznych.

Na pewno spełniony jest postulat kształtowania świadomości i potrzeby wysokich standardów etycznych, zwłaszcza w obliczu zmieniających się regulacji prawnych odbieranych przez środowisko lekarzy, jak wynika z prowadzonych dyskusji, jako opresyjne i nieadekwatne do rzeczywistości.

Inną kwestią jest przełożenie odczuwanej potrzeby na konkretne rozwiązania. Zbudowanie systemu *compliance* pociąga za sobą konieczność wdrożenia konkretnego programu strategicznego, dotyczącego zgodności

procedur wewnętrznych z obowiązującą normą prawną, kulturą instytucji, organizację szkoleń i innych działań z zakresu zarządzania ryzykiem/konfliktem interesu. Jest to związane z kosztami, które mogą być wpisane w całokształt polityki jakościowej, lecz ich skutki ekonomiczne są trudne do skalkulowania. Tradycyjne pojęcie racjonalności ekonomicznej może w tym przypadku okazać się niewystarczające. Negatywnym przykładem jest kwestia akredytacji szpitali, którą opisuje „Gazeta Prawna”:

Akredytacja nie opłaca się szpitalom. Ministerstwo Zdrowia zachęca placówki do zdobywania certyfikatów jakości przyznawanych przez ich resort, świadczących o dobrej jakości placówki. W zamian miały one otrzymać większe kontrakty z NFZ. Tymczasem dyrektorzy szpitali mówią, że certyfikaty nie tylko nie polepszyły świadczeń, ale wręcz odwrotnie – akredytacja powoduje, że muszą dopłacać do utrzymania placówki. (...) Dyrektor szpitala w Starachowicach Jolanta Kręcka, prezes Ogólnopolskiego Zrzeszenia Szpitali Akredytowanych, wylicza, że po akredytacji, którą jej placówka uzyskała rok temu, ich wydatki wzrosły o 300 tys. złotych. – Wydajemy więcej niż przed akredytacją. O 50 proc. wzrosło zużycie sprzętu jednorazowego, jak np. strzykawek – wylicza Kręcka. Ponadto z powodu akredytacji rośnie liczba pacjentów zainteresowanych usługami szpitali. To jednak nie przynosi zysków, lecz wręcz odwrotnie – ponieważ liczba chorych, których mogą przyjąć, jest ograniczona – obciąża kosztami za „nadwykonania”. A zwroty za nie trudno później wynegocjować od NFZ<sup>8</sup>.

Projekt MedKompas jest nowatorskim rozwiązaniem. Próba regulacji rynku jest inicjowana w tym przypadku przez organizację zrzeszającą podmioty gospodarcze na co dzień ze sobą konkurujące. Regulacja zaś ma charakter oczekiwania skierowanego do instytucji publicznych, by te wprowadziły mechanizmy sprzyjające przejrzystości i budujące atmosferę zaufania w relacjach biznesowych. Wychodzi jednocześnie poza sferę postulatów, proponując instrumenty sprawdzone i stosowane w innych sektorach rynkowych.

<sup>8</sup> Klara Klinger, *Im szpital ma wyższy standard, tym niższy kontrakt z NFZ*, patrz.: [http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/577399,im\\_szpital\\_ma\\_wyzszy\\_standard\\_tym\\_nizszy\\_kontrakt\\_z\\_nfz.html](http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/577399,im_szpital_ma_wyzszy_standard_tym_nizszy_kontrakt_z_nfz.html) z dnia 22.12.2011.

## LITERATURA

- Bąk D. 2010. *Instrumenty kreowania standardów etycznych w organizacji*. „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, 2(73)/10.
- Bednarski A. 1998. *Zarys teorii organizacji i zarządzania*. Toruń.
- Burda-Świerż K. 2010. *Społeczna odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej – wstępne określenie problemu*, w: W. Gasparski, B. Rok (red.), *Ku obywatelskiej Rzeczypospolitej gospodarczej*, Wydawnictwo POLTEXT: Warszawa.
- Dylus A. 2009. *Compliance Management. Charakterystyka i warunki powodzenia*, w: W. Gasparski, J. Jabłońska-Bonca (red.), *Biznes, Prawo, Etyka*. Warszawa.
- Grudzewski W., I.K. Hejduk, A. Sankowska, M. Wańtuchowicz. 2009. *Zarządzanie zaufaniem w przedsiębiorstwie*. Kraków.
- Hess D. 2008. *The Three Pillars of Corporate Social Reporting as New Governance Regulation: Disclosure, Dialogue, and Development*. „Business Ethics Quarterly”, 18(4).
- Frączkiewicz-Wronka A. (red.). 2009. *Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki*. Katowice.
- Frączkiewicz-Wronka A. 2009. *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*. Warszawa.
- Frączkiewicz-Wronka A., A. Austen-Tynda (red.). 2009. *Przywództwo w ochronie zdrowia. Idee i instrumenty*. Warszawa.
- Klinger K. *Im szpital ma wyższy standard, tym niższy kontakt z NFZ*, w: [http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/577399,im\\_szpital\\_ma\\_wyzszy\\_standard\\_tym\\_nizszy\\_kontrakt\\_z\\_nfz.html](http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/577399,im_szpital_ma_wyzszy_standard_tym_nizszy_kontrakt_z_nfz.html)
- Morawski L. 2000. *Główne problemy współczesnej filozofii prawa. Prawo w toku przemian*. Warszawa.
- Nowak E., K.M. Cern. 2008. *Ethos w życiu publicznym*. Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa.
- Oniszczuk J. 2004. *Koncepcje prawa*. Warszawa.
- Rawls J. 1998. *Liberalizm polityczny*. Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa.
- Samorządom brak kontroli*. 2011. „Rzeczpospolita”, 285 (9101).
- Stansbury J., B. Barry. 2007. *Ethics Programs and the Paradox of Control*. „Business Ethics Quarterly”, 17(2).
- Suwaj R., P.J. Suwaj. 2008. *Europejskie standardy postępowania administracyjnego jako normy kreujące wzorce postaw etycznych urzędnika*, w: D. Bąk (red.), *Etos urzędnika*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne: Warszawa.
- Trocki M. 2002. *Instrumenty zarządzania zakładami opieki zdrowotnej*. Warszawa.
- Trocki M. 2002. *Zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej*. Warszawa.
- Zajadło J. (red.). 2007. *Leksykon współczesnej teorii i filozofii prawa*. Wydawnictwo C.H. Beck: Warszawa.

### Strony internetowe

- [http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/prawo/hasla/336149.funkcjonariusz\\_publiczny.html](http://www.gazetaprawna.pl/encyklopedia/prawo/hasla/336149.funkcjonariusz_publiczny.html)
- [http://www.pharmanews.pl/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=225](http://www.pharmanews.pl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=225)
- <http://polmed.org.pl/oizbie,10.html>
- <http://www.siemens.com/sustainability/en/core-topics/collective-action/integrity-initiative/index.php>