

Katarzyna ZADROS  
Wydział Zarządzania  
Politechnika Częstochowska

## ETYCZNA CZY SPOŁECZNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ W ZARZĄDZANIU PODMIOTAMI LECZNICZYMI

**Streszczenie.** Od kilkunastu lat badacze zwracają uwagę na konieczność uwzględniania koncepcji społecznej odpowiedzialności w procesie zarządzania podmiotami leczniczymi. Mówiąc o praktyce zarządzania nimi znacznie częściej odwołują się jednak do przestrzegania kodeksów deontologicznych, niż do wdrażania zasad CSR. Dlatego w artykule zostanie podjęta próba odpowiedzi na pytanie, czy możliwe jest pogodzenie tych dwóch kwestii w procesie zarządzania podmiotami leczniczymi.

**Słowa kluczowe:** zarządzanie, podmiot leczniczy, społeczna odpowiedzialność, etyka.

## ETICAL OR SOCIAL RESPONSIBILITY IN MEDICAL SUBJECTS

**Summary.** For a number of years researches have paid attention to the necessity of including the concept of social responsibility in the process of managing subjects which health care institutions. When we think of managing them, we more often think of following deontological codes rather than implementing CSR rules. Therefore, in this article an attempt will be made to answer the question whether it is possible to combine these two issues and in what way the knowledge on the subject of CSR can make the process of managing medical subjects more efficient.

**Keywords:** Management, a medical subject, Social Responsibility, ethics.

### 1. Wprowadzenie

Ostatnie kilkanaście lat to okres stałych zmian systemowych i organizacyjnych w instytucjach ochrony zdrowia, które doprowadziły do całkowitego zburzenia

wcześniejszych warunków i zasad działania tego sektora. Zmiany te oraz wprowadzenie mechanizmu rynkowego i konkurencji spowodowały, że metody zarządzania podmiotami leczniczymi zbliżyły się do metod typowych dla organizacji biznesowych.

Państwowa służba zdrowia stała się tworem czysto historycznym, zaś w jej miejsce powstały najpierw samodzielne publiczne zakłady lecznicze, obecnie podmioty lecznicze, oraz, na równych prawach konkurujące z nimi, podmioty niepubliczne. W ślad za zmianami pojawiła się także konieczność rywalizacji o pacjenta i publiczne środki pieniężne.

Zwiększyła się także świadomość własnych praw u pacjentów i tym samym wzrosły ich oczekiwania odnośnie jakości oferowanych usług oraz profesjonalizmu działania podmiotów i pracowników ochrony zdrowia. W efekcie nikogo dziś nie dziwi wprowadzanie norm ISO i zarządzania jakością w podmiotach leczniczych czy standaryzacja postępowania przy realizacji określonych procedur medycznych. Ciągłe jednak wydaje się wysoce niewystarczające wprowadzanie do praktyki funkcjonowania placówek ochrony zdrowia nowoczesnych narzędzi zarządzania. Zwłaszcza tych, które umożliwiają współdziałanie z innymi podmiotami i interesariuszami w celu optymalnego zaspokajania potrzeb społeczności, na rzecz której świadczone są usługi.

Zdaniem autorki, do metod prawie niestosowanych, mimo wysokiego poziomu ich przydatności, należy koncepcja społecznej odpowiedzialności organizacji. Zamiast niej, zarządzający odwołują się do zasad etyki zawodów medycznych, co w dzisiejszych czasach nie wystarcza do budowania pozytywnych relacji z otoczeniem wewnętrznym i zewnętrznym podmiotu leczniczego.

## **2. CSR a etyka w zarządzaniu podmiotem leczniczym**

Aby móc podjąć próbę analizy relacji między działaniami etycznymi i społecznie odpowiedzialnymi w zarządzaniu podmiotami leczniczymi, należy sobie odpowiedzieć czym jest CSR i etyka zawodów medycznych. Oczywiście, z racji ograniczonej objętości artykułu, nie będzie tu prowadzona szczegółowa analiza pojęć, ani różnic między nimi, zostaną tylko zasygnalizowane kluczowe kwestie, dotyczące tych zagadnień.

Koncepcja społecznej odpowiedzialności (Corporate Social Responsibility – CSR) to założenie, że organizacje prowadząc swą działalność dobrowolnie będą uwzględniać interesy społeczne, ochronę środowiska i relacje z szeroko rozumianymi interesariuszami. Dotyczy „dobrego postępowania, które jest rezultatem podejmowania decyzji ukierunkowanych na osiągnięcie równowagi pomiędzy interesami wszystkich stron” (Stoner, Freeman, Gilbert 2001, s. 195).

Całość działań związanych z wdrażaniem CSR można podzielić na ukierunkowane na zewnątrz podmiotu i do jego wnętrza (Sudoł 2006, s. 72). Do najczęściej podejmowanych działań wewnętrznych należą: aktywne kreowanie zdrowia i dobrego samopoczucia pracowników, tworzenie możliwości praktykowania i zdobywania doświadczenia zawodowego, przestrzeganie praw pracowniczych, eliminacja dyskryminacji w zatrudnieniu. (Kusa 2009, nr 2; Hąbek, Pawłowska 2009, nr 2). Zewnętrzna odpowiedzialność obejmuje: stosunek do inwestorów, klientów, władz, troskę o środowisko naturalne, współpracę ze środowiskiem lokalnym (Rojek-Nowosielska 2006, s. 68).

„Inicjowanie działań z zakresu społecznej odpowiedzialności w organizacji w dużej mierze spoczywa na kadrze menedżerskiej” (Hąbek, Pawłowska 2009, nr 2). Kolejnym obszarem aktywności kadry menedżerskiej, związanej z wprowadzaniem w życie CSR, jest włączanie pracowników w działania służące budowie reputacji i zaufania do organizacji. Dodatkowo, należy wspomnieć, że w instytucjach ochrony zdrowia społeczna odpowiedzialność jest „zakorzeniona w samej naturze i misji organizacji (...) w związku z tym jest szczególnie ważne, aby (...) jak najskuteczniej zaznaczały społeczny charakter swojej działalności oraz podejmowały jak najaktywniejszą współpracę z ludźmi będącymi odbiorcami ich usług” (Program ..., 2006, s. 12).

Z tego krótkiego przeglądu wynika, że CSR powinno być procesem stałego, stopniowego, doskonalenia się organizacji ochrony zdrowia, w ramach którego stara się ona coraz lepiej odpowiadać na wyzwania teraźniejszości oraz przyszłości i w którym kluczową rolę odgrywa stały dialog z interesariuszami.

Jednak, mimo widocznych korzyści z wykorzystania tej koncepcji w zarządzaniu, ogólny poziom wiedzy o społecznej odpowiedzialności wśród kadry menedżerskiej podmiotów leczniczych jest niewielki. J. Filek brak wiedzy w tym zakresie podzieliła na sześć kategorii: terminologiczny, ekonomiczny, merytoryczny, filozoficzny, historyczny i etyczny (Filek 2008, s. 69). Ten brak wiedzy prowadzi do powstawania mitów i błędnych interpretacji pojęcia, a także działań zaliczanych do odpowiedzialnych społecznie. Stąd niechęć do wprowadzania koncepcji CSR oraz brak wiary w jej pozytywne efekty. Dodatkowo, jak zauważa M. Żemigala, swoistym paradoksem związanym z wdrażaniem w proces zarządczy koncepcji społecznej odpowiedzialności jest prawdopodobieństwo wzrostu poziomu kosztów funkcjonowania organizacji w krótkim okresie, spowodowane koniecznością inwestowania w zasoby ludzkie oraz relacje z akcjonariuszami (Żemigala 2007, s. 20).

Z kolei, wykorzystanie zasad etyki zawodów medycznych wydaje się naturalnym zjawiskiem w podmiotach leczniczych, zwłaszcza w sytuacji, gdy większość zarządzających nimi to lekarze. Należy tu jednak pamiętać, że etyka lekarska i etyka w sektorze usług zdrowotnych to nie to samo. Dlatego rodzi się problem: o ile CSR jest jasno i precyzyjnie sformułowana w postaci standardów ISO 26000 i AA1000 (Standardy 2011, s. 7 i następane) oraz znane są kodeksy zawodów medycznych lekarza, pielęgniarki i położnej czy ratownika medycznego, o tyle nie ma unormowań dotyczących etyki zarządzania w podmiotach

leczniczych. Co więcej, komercjalizacja tych podmiotów i obowiązek kierowania się przez wszystkich pracowników, także medycznych, rachunkiem ekonomicznym, mogą stać w rażącej sprzeczności ze zobowiązaniami wobec pacjenta (np. lekarza, wynikającymi z Przysięgi Hipokratesa i jednoczesnego obowiązku ograniczania kosztów procedur medycznych) (Biegasa 2005, nr 9). Nie dziwi więc fakt, że niektóre podmioty lecznicze tworzą własne kodeksy, czy programy etyczne, kierowane do wszystkich pracowników. Dzięki nim możliwe jest nadanie działaniom i zachowaniom pracowników najwyższych standardów, a tym samym budowanie odpowiedzialności placówki ochrony zdrowia wobec jej interesariuszy (Gasparski 2001, s. 175). Takie podejście do etyki w sektorze ochrony zdrowia sprawia, że możliwe staje się jej utożsamienie z koncepcją społecznej odpowiedzialności.

Czy wobec tego wśród menedżerów podmiotów leczniczych pojawia się zainteresowanie praktycznym wykorzystaniem CSR w zarządzaniu oraz w jakim stopniu rozwiązania zarządcze (stosowane przez menedżerów) pozwalają na uwzględnienie, obok zasad etyki, norm CSR. W dalszej części artykułu autorka postara się udzielić odpowiedzi na te pytania.

### **3. Założenia metodologiczne badania**

W tej części artykułu zostanie zaprezentowany fragment badania empirycznego, dotyczący opisanych powyżej kwestii. Celem badania była identyfikacja wiedzy menedżerów podmiotów leczniczych na temat wykorzystywania przez nich CSR w działaniach zarządczych, a zwłaszcza określenie, które z tych zachowań można zaliczyć do społecznie odpowiedzialnych. Przedmiotem badania były opinie menedżerów na temat praktykowania społecznej odpowiedzialności w relacjach z pracownikami oraz interesariuszami zewnętrznymi. W badaniu uczestniczyli menedżerowie podmiotów publicznych i niepublicznych, świadczących usługi na podstawie kontraktu z NFZ-tem, działający na terenie województwa śląskiego.

Problemem badawczym było pytanie: jaki jest poziom wiedzy o zasadach społecznej odpowiedzialności oraz zasadach etycznych, wykorzystywanych przez zarządzających podmiotami leczniczymi oraz pracowników w nich zatrudnionych. Aby znaleźć odpowiedź na to pytanie w postępowaniu badawczym starano się uzyskać informacje na temat następujących pytań szczegółowych:

1. Co menedżerowie podmiotów leczniczych wiedzą na temat CSR i czy dostrzegają jej związku z etyką działania w ochronie zdrowia?
2. Czy, zdaniem menedżerów, oni i pracownicy, którymi zarządzają mogliby swe zachowania określić jako społecznie odpowiedzialne?

Przyjęte założenia pozwoliły na sformułowanie hipotezy, że: brak jest wiedzy, a tym samym zainteresowania menedżerów ochrony zdrowia, odnośnie wprowadzania i realizacji zasad społecznej odpowiedzialności, natomiast zastępuje się ją zasadami wynikającymi z kodeksów deontologicznych.

W celu weryfikacji przyjętych założeń badawczych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, a techniką była anonimowa ankieta (Walkowiak, Oliński, Wysocka, Adamowicz 2010, s. 25). Kwestionariusz skierowano do menedżerów podmiotów leczniczych na terenie województwa śląskiego. Badanie wykonano w miesiącach listopad i grudzień 2013 roku. W sumie zaproszenie do badania zostało wysłane do 1420 podmiotów świadczących usługi w ramach kontraktu z NFZ-tem. Do końca grudnia zwrócono autorce 348 poprawnie i kompletnie wypełnionych ankiet i one właśnie będą podstawą dla dalszej analizy.

W próbie najwięcej było placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – 254, wszystkie deklarowały, że funkcjonują jako niepubliczne, następnie było 59 przychodni specjalistycznych, w tym 13 niepublicznych i 46 publicznych oraz 35 szpitali, wszystkie publiczne. Prawie wszystkie badane placówki (329) zarządzane są przez lekarzy, posiadających dodatkowe wykształcenie podyplomowe w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia. Ta krótka charakterystyka uczestników badania pozwala stwierdzić, że poza formą własności, która wyraźnie różnicuje POZ i pozostałe placówki, między badanymi podmiotami i ich menedżerami nie widać innych istotnych różnic.

W związku z tym, że w badaniu uczestniczyły zupełnie przypadkowe placówki, mimo dość dużej próby, nie można stwierdzić, czy badanie jest reprezentatywne, dlatego jego wyniki zostaną ograniczone tylko do uczestniczących w nim podmiotów.

#### **4. Analiza wyników badania**

Badanie rozpoczęło pytanie sprawdzające poziom wiedzy menedżerów o CSR. Niezależnie od rodzaju podmiotu i jego formy organizacyjno-prawnej wyraźnie widać, że poziom tej wiedzy jest bardzo niski – aż 288 respondentów w ogóle nie zna tego pojęcia i nie pamięta, by kiedykolwiek je słyszało. W pełni zna koncepcję i zasady CSR tylko 13 badanych, a pozostali mają o niej niewielką wiedzę lub znają tylko pojęcie (tab. 1).

Przewidując, że poziom wiedzy o CSR może być stosunkowo niski, zadano kolejne pytanie o funkcjonowanie i respektowanie w pracy podmiotu leczniczego wspomnianych norm etycznych. Tu odpowiedzi są skrajnie przeciwne, bo wszyscy menedżerowie stwierdzili, że są takie normy w zarządzanych przez nich podmiotach oraz, że przez wszystkich pracowników są one respektowane. Przy czym autorka nie precyzowała, czy chodzi o normy

przyjęte zwyczajowo czy spisane w formie kodeksu. Dopiero w następnym pytaniu doprecyzowano tę kwestię i okazało się, że tylko 14 podmiotów ma opracowany własny kodeks etyczny, pozostałe kierują się wytycznymi zamieszczonymi w powszechnie obowiązujących w ochronie zdrowia przepisach prawnych.

Tabela 1

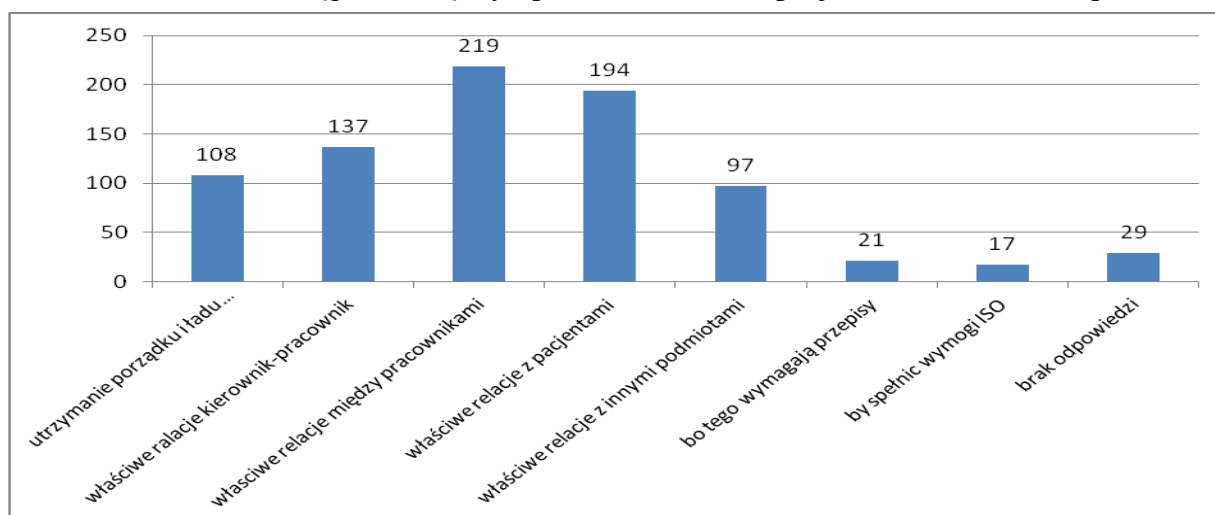
## Wiedza menedżerów na temat CSR

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	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
Zna podst. zał.	0	5	6	6	4	0	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>21</b>
Zna pojęcie	0	9	1	4	12	0	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>26</b>
Nie zna	0	238	35	2	13	0	<b>49</b>	<b>239</b>	<b>288</b>
<b>Suma</b>	<b>0</b>	<b>254</b>	<b>46</b>	<b>13</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>82</b>	<b>266</b>	<b>348</b>
	<b>254</b>		<b>59</b>		<b>35</b>		<b>348</b>		

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Te dwa pytania wprowadzały do następnej kwestii, a mianowicie, podstawowych celów, dla których zostały wdrożone normy, obowiązujące w placówce. Tu już pojawiają się w opiniach menedżerów istotne różnice (rys. 1).

Każdy z odpowiadających mógł wskazać maksymalnie trzy cele, jakie są realizowane bazując na istniejącym systemie standardów etycznych. Zdecydowanie na pierwszym miejscu menedżerowie postawili możliwość kształtowania właściwych relacji między pracownikami – 219 wskazań, a następnie między pracownikami i pacjentami – 194 odpowiedzi.



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

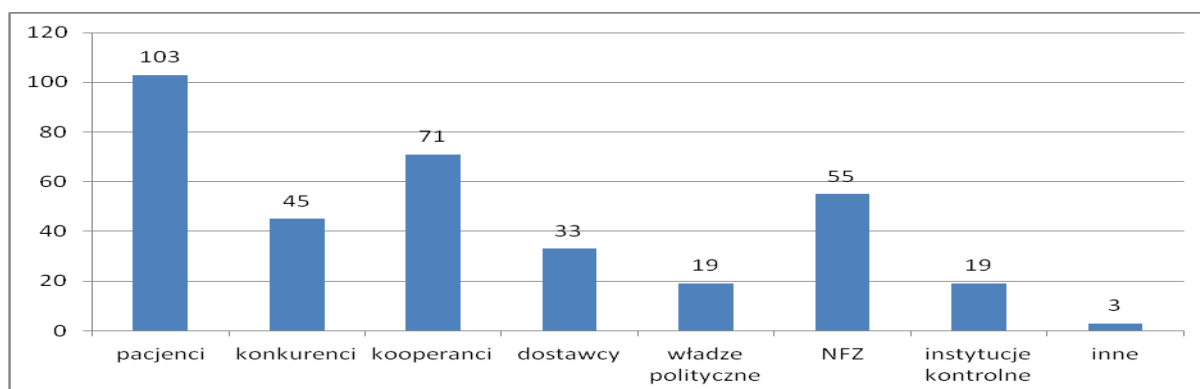
Fig. 1. Reasons for the implementation of the activities of the entity medicinal ethical standards

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Nieco rzadziej wskazywano właściwe relacje przełożony – pracownik – 137, możliwość utrzymania ładu i porządku społecznego – 108, a następnie możliwość kształtowania poprawnych relacji z innymi podmiotami – 97 wyborów.

W odniesieniu do zaprezentowanych odpowiedzi można uznać, że respondenci nie utożsamiają norm i reguł zachowania etycznego z koncepcją odpowiedzialności społecznej, co prawdopodobnie wynika z braku wiedzy o tej koncepcji i jej związkach z przestrzeganiem zasad etycznych.

Kolejne pytania miały na celu ustalenie kluczowych relacji między pomiotem leczniczym a jego interesariuszami wewnętrznymi i zewnętrznymi. Dlatego poproszono menedżerów, by wskazali najważniejsze (ich zdaniem) grupy interesariuszy. Duża rozbieżność pojawia się w odpowiedziach dotyczących kluczowych, dla zarządzanego przez nich podmiotu, interesariuszy zewnętrznych (rys. 2).



Rys. 2. Kluczowy, zdaniem menedżera, interesariusz zewnętrzny

Fig. 2. The key, according to the manager, external stakeholder

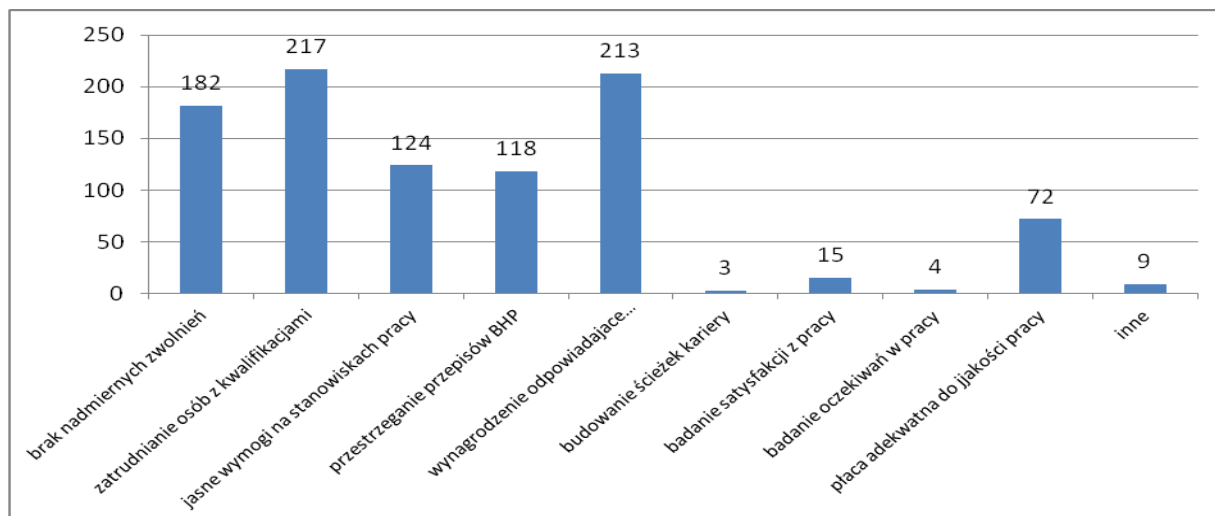
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Zdaniem większości badanych najważniejsi są pacjenci – 103, a następnie podmioty współpracujące z placówką – 71 wskazań. Zbliżona liczba wskazań przypadła współpracy z NFZ-tem – 55 wskazań oraz relacjom z konkurentami – 45 wskazań. Najmniej istotne są dla badanych relacje z władzami politycznymi i instytucjami kontrolnymi – po 19 wskazań. Co jednak bardzo istotne wśród podmiotów, które wskazały jako kluczowego interesariusza władze polityczne były tylko publiczne, świadczy to prawdopodobnie o dużym stopniu ich uzależnienia od tychże władz.

Każdy dobrze zarządzający wie, że bez profesjonalnych pracowników i ich zaangażowania nie będzie możliwe prawidłowe realizowanie zadań placówki, ani oferowanie usług na satysfakcjonującym pacjenta poziomie, dlatego analizując odpowiedzi na kolejne pytania podjęto próbę ustalenia, jakie działania podejmują badani, by zapewnić podwładnym przyjazne i bezpieczne środowisko pracy. Pytano o to, w jaki sposób menedżerowie dbają o swoich pracowników. Odpowiadając na pytanie dotyczące tej kwestii menedżer mógł także wybrać maksymalnie trzy z sugerowanych odpowiedzi lub wskazać własną.

Jeśli idzie o ten problem, najczęściej wskazywali troskę o zapewnienie zatrudnienia pracowników o odpowiednich kwalifikacjach – 217 oraz zapewnienie wynagrodzenia adekwatnego do tych kwalifikacji – 213 wskazań. Dalej był brak zwolnień w długim okresie,

który daje pracownikom poczucie stabilności i bezpieczeństwa w zatrudnieniu – 182 wskazania (rys. 3).



Rys. 3. Przejawy troski o pracowników

Fig. 3. Manifestations of concern for employees

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego.

Dalej pojawiały się stwierdzenia o tworzeniu jasnych i precyzyjnych przepisów dotyczących wymagań na poszczególnych stanowiskach pracy – 124, przestrzeganiu przepisów BHP – 118 odpowiedzi. Sporadycznie zwracano uwagę na tworzenie ścieżek kariery, budowanie satysfakcji z pracy, badanie potrzeb i oczekiwań związanych z pracą.

Czyli pojawia się schemat myślenia, w którym dominuje nastawienie na wywiązanie się z obowiązków wobec pracownika, a nie wspólne z nim tworzenie więzi i partnerskich relacji. To jednoznacznie wskazuje na brak myślenia kategoriami typowymi dla społecznej odpowiedzialności, ale zgodnych z powszechnie przyjętymi normami etycznymi podmiotów.

## 5. Zakończenie

Prezentowane w artykule wyniki badania nie wyczerpują problematyki, wiele problemów związanych ze społeczną odpowiedzialnością nie zostało w nim poruszonych. Mimo wybiórczego charakteru badania możliwe jest jednak zweryfikowanie przyjętej hipotezy i sformułowanie wynikających z niego wniosków. Przede wszystkim w pełni pozytywnie została zweryfikowana hipoteza. Menedżerowie w badanych podmiotach leczniczych nie posiadają wiedzy na temat CSR oraz całkowicie nie wykazują zainteresowania wprowadzaniem w życie zarządzanej organizacji koncepcji społecznej odpowiedzialności. Mimo to, w niektórych obszarach zarządzania można dostrzec nieświadome działania menedżerów, zgodne z jej zasadami. Badanie umożliwiło także sformułowanie dwóch podstawowych wniosków:



1. Brak wiedzy i niechęć menedżerów do CSR nie oznacza automatycznie negocjowania przez nich zasadności działań etycznych w kierowaniu podległymi im podmiotami, wręcz przedkładają funkcjonowanie w firmie tego typu norm nad zasady społecznej odpowiedzialności.
2. W badanych podmiotach kształtowanie warunków pracy wiąże się przede wszystkim z zapewnieniem pracownikom stabilizacji zatrudnienia i bezpieczeństwa pracy, zaś działania o charakterze rozwojowym nie mają większego znaczenia.

Autorka zdaje sobie sprawę, że zarówno ograniczony zakres badania, jak i brak reprezentatywności próby nie pozwalają na uogólnienie sformułowanych tu wniosków, ale jednocześnie żywi nadzieję, że prezentowane badanie będzie zaczątkiem dalszej pracy badawczej, związanej z diagnozowaniem rozwoju koncepcji CSR w podmiotach ochrony zdrowia, nie tylko na Śląsku, ale także w innych częściach kraju.

## Bibliografia

1. Biegasa T.: Etyczne konsekwencje komercjalizacji medycyny, [w:] *Medycyna Praktyczna* nr 9/2005.
2. Filek J.: Przyczyny małego zainteresowania ideą CSR w Polsce, [w:] Bąk M., Kulawczuk P. (red.): *Społeczna odpowiedzialność biznesu w małych i średnich przedsiębiorstwach*. Wydawnictwo IBnDiPP, EQUAL, Warszawa 2008.
3. Gasparski W.: Programy etyczne firm i ich projektowanie, *Annales: Etyka w życiu gospodarczym*, t. 4, Salezjańska Wyższa Szkoła Ekonomii i Zarządzania, Łódź 2001.
4. Hąbek P., Pawłowicz E.: Społeczna odpowiedzialność organizacji a kompetencje menedżerów, „Przegląd Organizacji”, nr 2, 2009.
5. Kusa R.: Społeczna odpowiedzialność organizacji niekomercyjnych, „*Ekonomia Menedżerska*”, nr 7, 2010.
6. 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.
7. Rojek-Nowosielska M.: *Kształtowanie społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. O. Langego, Wrocław 2006.
8. Rok B.: *System społecznej odpowiedzialności biznesu. „Więcej niż zysk, czyli odpowiedzialny biznes. Programy, strategie, standardy”*. Wydawnictwo Forum Odpowiedzialnego Biznesu, Warszawa 2001.
9. Standardy AA 1000. Narzędzia społecznej odpowiedzialności organizacji. Przewodnik dla biznesu (brak autora). CSRinfo, Warszawa 2011.

10. Sudoł S.: Przedsiębiorstwo. Podstawy nauki o przedsiębiorstwie. Zarządzanie przedsiębiorstwem, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2006.
11. Walkowiak R., Oliński M., Wysocka M., Adamowicz M.: Społeczna odpowiedzialność organizacji. Praktyki na Warmii i Mazurach, Wydawnictwo Stowarzyszenie Warmińsko-Mazurska Klinika Biznesu, Olsztyn 2010.
12. Żemigala M.: Społeczna odpowiedzialność organizacji, Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Kraków 2007.

## **Abstract**

Last several years, a period of constant changes in systemic and organizational health institutions, which led to the total destruction of the previous terms and conditions of operation of the sector. These changes and the introduction of market mechanisms and competition meant that the management methods of medicinal parties moved closer to the typical methods for business organizations. The National Health Service has become a purely historical, and in its place arose first independent public healing, therapeutic agents, and now, competing on an equal footing with them, non-state actors. Following the changes appeared also need to compete for patient and public funds.

Also increased awareness of their rights for patients and thus, increased their expectations for quality of service and professionalism for actors and health workers. Should be mandatory introduction of ISO standards and quality management in medical entities, whether standardization procedure for the implementation of specific medical procedures.