Elżbieta PAWŁOWSKA
Politechnika Śląska w Gliwicach
Wydział Organizacji i Zarządzania
Katedra Administracji i Prawa

WPŁYW KAPITAŁU SPOŁECZNEGO NA REALIZACJĘ CELÓW W ZAMKNIĘTYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ – WYBRANE ASPEKTY

Streszczenie. W artykule przedstawiono wyniki badań, dotyczące wpływu kapitału społecznego na realizację celów w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. Kapitał społeczny w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej to kompetencje, podzielane społeczne normy, w tym zaufanie i zaangażowanie, które dzięki sieci powiązań przyczyniają się do skutecznego funkcjonowania tych placówek. Realizacja celów w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej ukierunkowana jest na orientację na pacjentów i ich potrzeby, dostarczenie wysokiej jakości usług oraz racjonalne gospodarowanie posiadanym budżetem. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż kapitał społeczny wpływa na realizację celów w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. Wykorzystanie znajomości kapitału społecznego jest kluczowe dla realizacji celów placówek służby zdrowia, między innymi dla realizacji funkcji społecznej, jaką są: ochrona zdrowia, świadczenia wysokiej jakość usług oraz generowania zysku.

Słowa kluczowe: kapitał społeczny, cele zakładów opieki zdrowotnej, orientacja na pacjenta, jakość usług medycznych, racjonale gospodarowanie budżetem w zakładach opieki zdrowotnej

THE IMPACT OF SOCIAL CAPITAL ON TARGETS REALIZATION IN HOSPITALS – CHOSEN ASPECTS

Summary. Social capital is one of the key intangible resources of the organization which can contribute to survival and development as well as to achieve success by hospitals. Social capital in hospitals is defined as competences, social norms including trust and involvement which due to social networks contribute to effective running. Targets realization in hospitals are patient oriented, directed to high quality of medical services delivery and to manage the budget in a rationale way. On

the basis of the research affirmed that social capital has impact on targets realization in hospitals. Make the most of social capital knowledge is essential to targets realization of hospitals, among others for realization of social function which is health protection, high quality medical services and profit generation.

Keywords: social capital, targets of hospitals, patient orientation, quality of medical services, rational management of the hospitals budget

1. Istota i rola kapitału społecznego

W obecnych czasach wzrosła rola niematerialnych zasobów organizacji, które przyczyniają się do odniesienia sukcesu na rynku. Dotychczas większość organizacji swoją działalność koncentrowała przede wszystkim na zasobach materialnych, tj. finansowych, rzeczowych traktując zasoby niematerialne jak składowe mało wymierne ekonomicznie. Nieustanne zmiany w otoczeniu organizacji przyczyniły się jednak do nowego spojrzenia na zasoby niematerialne. Organizacje zrozumiały, że to właśnie one wpływają na tworzenie efektów zewnętrznych dla całej organizacji. Wśród zasobów niematerialnych organizacji można wymienić między innymi kapitał społeczny, który stanowi jeden ze składników kapitału intelektualnego i obecnie cieszy się dużą uwagą badaczy.

Pomimo dużego zainteresowania tematyką kapitału społecznego brak jest jednej, powszechnie akceptowanej definicji tego pojęcia. Wielu autorów zajmujących się tą problematyką nie jest też zgodnych, co do elementów składowych kapitału społecznego. Termin ten ujmowany jest bowiem zarówno w odniesieniu do jednostki, jak i do całej grupy, a także może być stosowany do stosunków stricte ekonomicznych czy politycznych, społecznych, kulturowych. Przez niektórych badaczy kapitał społeczny traktowany jest jako kapitał i kojarzony jest ze zbiorem elementów, umożliwiających dalszy jego rozwój, inni natomiast traktują go jako zasób, czyli coś co może ulec wyczerpaniu. Pierre Bourdieu definiuje kapitał społeczny jako zbiór obecnych i przyszłych zasobów, które są przypisane trwałej sieci wzajemnych stosunków pomiędzy uczestnikami sieci. Henk Flap kapitał społeczny traktuje jako kombinację rozmiaru sieci powiązań, siły relacji i dostępnych środków posiadanych przez daną sieć. Również J. Nahapiet i S. Ghoshal interpretują kapitał społeczny jako „sumę obecnych i potencjalnych zasobów zaangażowanych w dostępnych (i uzyskanych dzięki nim) sieciach powiązań posiadanych zarówno przez jednostki indywidualne, jak i jednostkę społeczną”.[1] Interesujące podejście do kapitału społecznego prezentuje J. Stachowicz. Autor uważa, że kapitał społeczny jest szczególnym czynnikiem

[1] Nahapiet J., Ghoshal S.: Social Capital. Intellectual capital and the organizational advantage. Academy of Management Review 1988, Vol. 23.

kapitału intelektualnego, rozumianego jako „wszelkie zasoby ludzkie (wraz z różnymi techniczno-technologicznymi zasobami wspomagającymi), który czyni, iż te zasoby stają się kapitałem. To znaczy, że nabierają one potencjału – właściwości przeobrażenia tych ludzkich zasobów w wartość; przyrost wartości grupy społecznej (przyrost zdolności grupy do rozwiązywania problemów społecznych, przyrost wartości organizacji, np. mierzonej wzrostem jej ceny rynkowej czy też wzrostem wartości regionu).”[2] Autor przedstawia transformacyjny charakter kapitału społecznego, który przeobraża zasoby ludzkie w wartość. James Coleman traktuje kapitał społeczny, jako umiejętność współpracy międzyludzkiej w obrębie grup i organizacji, w celu realizacji wspólnych interesów. Natomiast B. Fine kapitał społeczny opisuje jako „rodzaj spoiwa (glue), które utrzymuje społeczeństwo jako całość i bez którego ekonomiczny wzrost bądź dobrobyt ludzki może nie istnieć.”[3] Analiza wybranych definicji kapitału społecznego wykazała, że stanowi on poszerzenie kapitału ludzkiego. Swoim zasięgiem obejmuje zasoby ludzkie oraz całą sieć powiązań między nimi. Wśród istotnych elementów kapitału społecznego wyróżnić można: kompetencje (wiedzę, umiejętności, doświadczenie), normy, zaangażowanie, sieci powiązań, zaufanie oraz wspólnotę i wzajemność działań. Zgodnie z powyższym, za kapitał społeczny rozumie się tu kompetencje, podzielane społeczne normy, w tym zaufanie i zaangażowanie, które dzięki sieci powiązań przyczyniają się do osiągania przez organizację wymiernych korzyści w postaci zysku czy też przewagi konkurencyjnej na rynku.

Transformacja przeprowadzona w latach 90. przyczyniła się do zmian w zarządzaniu placówkami służby zdrowia. Odejście od administrowania w kierunku zarządzania organizacjami publicznymi przyczyniło się do tego, że kierownicy zakładów opieki zdrowotnej z biernych administratorów musieli stać się aktywnymi menedżerami, mającymi znajomość specyfiki zarządzania publicznego oraz zasad ogólnego zarządzania. Specyfika zarządzania w obszarze usług zdrowotnych jest zdeterminowana charakterem usług publicznych oraz usług zdrowotnych. Dobra i usługi publiczne w sensie largo są to dobra określane przez podstawowe potrzeby ludzkie i na skutek doktryny społecznej i prowadzonej przez władze publiczne polityki państwa – służące zbiorowości lokalnej lub całemu społeczeństwu np. ochrona zdrowia, edukacja. Z istoty dóbr i usług publicznych wynika, że każdy człowiek ma dostęp do dobra publicznego, które musi być mu dostarczone w tej samej ilości, jak pozostałym konsumentom (w obszarze jego oddziaływania). Placówka służby zdrowia jako organizacja publiczna jest więc ukierunkowana na zaspakajanie potrzeb

---

[2] Stachowicz J.: Zarządzanie kapitałem społecznym procesem organizowania i rozwoju klastrów, doświadczenia z prac nad organizowaniem klastrów przemysłowych w woj. śląskim. Projekt badawczy KBN Nr 2H02D 03225 pt.: Zarządzanie kapitałem intelektualnym w regionalnych sieciach proinnowacyjnych – materiały niepublikowane.

publicznych przy wykorzystaniu dóbr i usług publicznych. Cechy sektora usług zdrowotnych, tj. kwalifikacje kadry, swoboda w wyborze technologii świadczenia, ograniczenie suwerenności konsumenta, złożoność procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych, delegowanie uprawnień i zaufania czy efekty zewnętrzne – trudność w udowodnieniu wpływu zachowania pacjenta na powstawanie chorób – również przyczyniają się specyficznego charakteru zarządzania publicznym zakładem opieki zdrowotnej oraz świadczą o złożoności procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych.

Obecnie sytuacja zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej jest zdeterminowana pełnieniem przez te placówki społecznej misji, ograniczeniami prawnymi, monopolistyczną pozycją płatnika, wzrastającą konkurencją na rynku usług zdrowotnych czy zorientowaniem na krótkookresowe cele, związane z realizacją strategii przetrwania. W związku z powyższym, wymagania stawiane przed kadrą kierowniczą oraz pracownikami zakładów opieki zdrowotnej dotyczą przede wszystkim zaspokajania potrzeb zdrowotnych pacjentów, podnoszenia jakości oferowanych i świadczonych usług oraz racjonalnego gospodarowania budżetem.

Zakłady opieki zdrowotnej, w funkcjonującym obecnie systemie opieki zdrowotnej, są w większości organizacjami publicznymi, niezorientowanymi na zysk. W związku z tym oczekuje się od nich przede wszystkim realizacji celów, spełniających funkcje społeczne, zatem orientacji na pacjentów i ich potrzeby, jako priorytetową grupę interesariuszy, dla której funkcjonują zamknięte zakłady opieki zdrowotnej. W literaturze pojęcie interesariuszy rozumiane jest jako: wszyscy zainteresowani działalnością przedsiębiorstwa, wszyscy, którzy bezpośrednio lub pośrednio uzyskują korzyści lub ponoszą koszty związane z funkcjonowaniem organizacji. Pojęcie interesariuszy odnosi się zatem do podmiotu (grupy ludzi), która jest związana z działalnością organizacji i może wywierać wpływać na realizację jej celów, a także na jej funkcjonowanie oraz uzyskiwać korzyści w wyniku jej działania.

Propozycje reformy służby zdrowia oraz tendencje współczesnego otoczenia powodują niewątpliwie nacisk na coraz bardziej rynkowe postawy zakładów opieki zdrowotnej. Odzwierciedleniem tego są rosnące wymagania społeczeństwa w stosunku do otrzymywanej usługi medycznej, blokowane przez finansowe ograniczenia w realizacji tych oczekiwań. W związku z powyższym, zamknięte zakłady opieki zdrowotnej muszą być zorientowane na świadczenie usług na wysokim poziomie, przy jednoczesnym racjonalnym gospodarowaniu posiadanym budżetem. Taka sytuacja niejako wymusza na kadrze menedżerskiej zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej poszukiwanie nowych rozwiązań, pozwalających na skuteczną realizację celów. Jednym z takich rozwiązań może być kapitał społeczny, który

[3] Fine B.: Social Capital versus Social Theory. Political economy and social science at the turn of the millennium. Routledge, London and New York 2001.

przyczynia się do przetrwania, rozwoju oraz odniesienia sukcesu przez zamknięte zakłady opieki zdrowotnej, a także do lepszej współpracy ludzi w organizacji, intensyfikacji procesów uczenia się, zmniejszenia kosztów poszukiwania informacji czy też wzrostu zaufania.

W świetle powyższego, do rozwiązania staje następujący problem, który sprowadza się do udzielenia odpowiedzi na pytanie – czy kapitał społeczny wpływa na realizację celów w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej? Aby udzielić odpowiedzi na tak sformułowany problem, w 2006 r., w woj. śląskim przeprowadzono badania w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej dokonując diagnozy kapitału społecznego oraz realizacji celów tych placówek, wyrażonych przez: orientację na pacjentów i ich potrzeby, wysoką jakość świadczonych usług oraz racjonalne gospodarowanie posiadanym budżetem. Zidentyfikowano również wpływ kapitału społecznego na realizację celów zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej.

2. Metodyka badań

Głównym celem badań było opracowanie modelu odzwierciedlającego związek kapitału społecznego z realizacją celów w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej i jego weryfikacja. W artykule przeprowadzono diagnozę kapitału społecznego w publicznych zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej, ocenę realizacji celów tych placówek na podstawie: orientacji na pacjentów i ich potrzeby, jakości świadczonych usług oraz racjonalnego gospodarowania posiadanym budżetem, a także zidentyfikowano wpływ kapitału społecznego na realizację celów.

Zaprojektowany proces badawczy składał się z badań literaturowych, kwalitatywnych oraz kwantytatywnych.

Badania literaturowe obejmowały analizę, porównanie oraz usystematyzowanie podstawowych pojęć z zakresu specyfiki zarządzania w placówkach służby zdrowia, kapitału społecznego, kompetencji menedżerów. Bazując na przyjętej w artykule metodyce, sformułowano własne definicje, które posłużyły do opracowania modelu i narzędzia badawczego, wykorzystanego w empirycznej części artykułu. W ramach studiów literaturowych określono cele zakładów opieki zdrowotnej oraz opracowano zestaw mierników, odzwierciedlających realizację tych celów, a także zidentyfikowano elementy kapitału społecznego oraz metody i narzędzia wykorzystywane do jego diagnozy. Dodatkowo podjęto próbę stworzenia koncepcji kształtowania kapitału społecznego, a także zaproponowano rekomendacje do jego doskonalenia.

Badania kwalitatywne oparto na metodzie wywiadu, przy wykorzystaniu kwestionariusza niestandaryzowanego własnej konstrukcji oraz obserwacji. Dokonano sprawdzenia

poprawności skonstruowanego narzędzia badawczego, a także identyfikację składników kapitału społecznego oraz wskaźników finansowych, pozwalających zdiagnozować racjonalne gospodarowanie budżetem w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. Na tym etapie przeprowadzono również badania pilotażowe.

Badania kwantytatywne obejmowały badania ankietowe, przeprowadzone na próbie 576 respondentów (pracownikach medycznych, niemedycznych oraz kadrze menedżerskiej), co stanowiło uzupełnienie badań kwalitatywnych oraz umożliwiło weryfikację przyjętych hipotez badawczych w 15 zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. Opracowano 3 rodzaje ankiet w formie kwestionariusza.

- Pierwsza z ankiet służyła do zbadania kapitału społecznego wśród pracowników szpitala. Umieszczono tutaj również pytania dotyczące pozycji poszczególnych grup interesariuszy w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej.
- Druga ankieta dotyczyła poziomu świadczonych usług przez szpital i była wypełniana przez pacjentów.
- Trzecia odnosiła się do diagnozy sytuacji finansowej szpitala.

Do oceny rzetelności narzędzia badawczego wykorzystano wskaźnik alfa, wg Cronbacha. Materiał empiryczny opracowano na podstawie: charakterystyk opisowych (średnia arytmetyczna, przedziały ufności, mediana, kwartale, rozstęp, wariancja, odchylenie standardowe, błąd standardowy, skośność, kurtoza), testów statystycznych (test sumy rang U Manna – Whitneya, test sumy rang Kruskala – Wallisa oraz wielokrotne porównania dla średnich rang). W badaniach zastosowano również inne narzędzia badawcze, do których należą: analiza wskaźników finansowych, tj. wskaźnik rentowności kapitału własnego, wskaźnik bieżącej płynności oraz metodę Servqal i ranking. Do określenia zależności pomiędzy kapitałem społecznym a realizacją celów w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana.

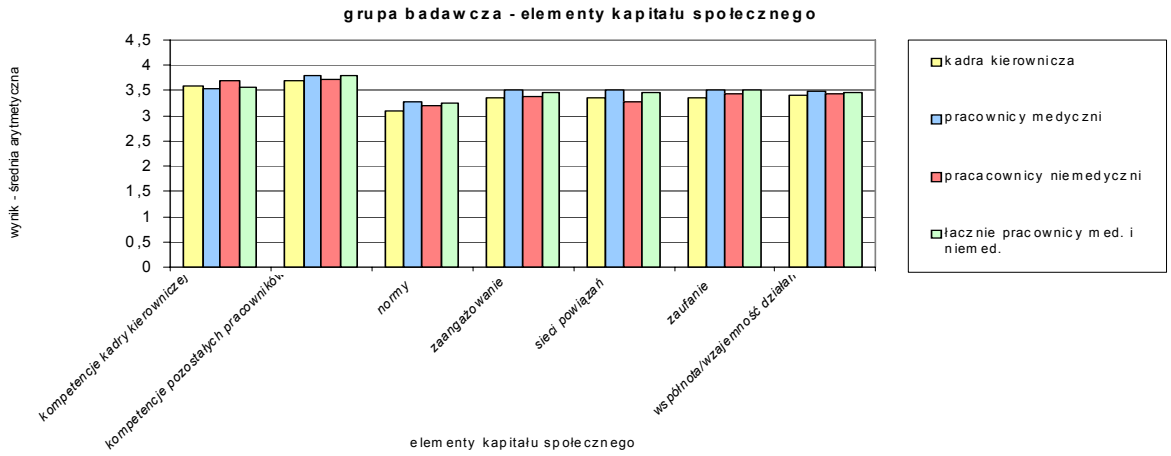
3. Wyniki badań

W wyniku przeprowadzonych badań dokonano diagnozy kapitału społecznego w publicznych zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. Oceniając kapitał społeczny wykorzystano charakterystyki opisowe oraz rangowanie pozytywnych zjawisk, przy użyciu pięciostopniowej skali Likerta. Dokonując oceny kapitału społecznego pod względem średniej arytmetycznej przyjęto następującą interpretację dla poszczególnych wartości: średnia arytmetyczna = 1 – kapitał społeczny bardzo niski, średnia arytmetyczna = 2 – niski kapitał społeczny, średnia arytmetyczna = 3 – przeciętny kapitał społeczny, średnia

arytmetyczna = 4 – wysoki kapitał społeczny, średnia arytmetyczna = 5 – bardzo wysoki kapitał społeczny.

Na podstawie badań stwierdzono, iż kapitał społeczny w publicznych szpitalach kształtuje się na przeciętnym poziomie (średnia 3,48). Szczegółowa analiza poszczególnych elementów kapitału społecznego w publicznych zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej wykazała,

że najwyżej wśród respondentów ocenione były kompetencje pracowników (3,77); nieco słabiej oceniono kompetencje kadry kierowniczej (3,57); natomiast najgorzej oceniono normy (3,21); pozostałe elementy kapitału społecznego charakteryzują się podobną ocena, nadaną przez respondentów (zaufanie – 3,46, wspólnota i wzajemność działań – 3,45, zaangażowanie – 3,45 oraz sieci powiązań – 3,44). Na podstawie powyższych charakterystyk można stwierdzić, iż w obszarze kapitału społecznego (w publicznych zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej) występują duże możliwości jego rozwoju.



Rys. 1. Kapitał społeczny – wyniki badań
Fig. 1. Social capital – the results of research
Źródło: opracowanie własne

Badanie realizacji celów obejmowało orientację na pacjentów i ich potrzeby, satysfakcję pacjentów z otrzymanej usługi oraz racjonalne gospodarowanie posiadanym budżetem.

Ocena orientacji na pacjentów i ich potrzeby przez pracowników pozwoliły stwierdzić, że najważniejszą grupą interesu publicznych szpitali są pacjenci (76%), następnie w kolejności pracownicy szpitala (43%), kadra kierownicza (41%), Narodowy Fundusz Zdrowia, dostawcy, banki, inne organizacje (tabela 1).

Powyższa sytuacja świadczy o tym, iż publiczne zamknięte zakłady opieki zdrowotnej są zorientowane na pacjentów i ich potrzeby, czyli docelową grupę interesariuszy, do których kierują swoje usługi.

Tabela 1

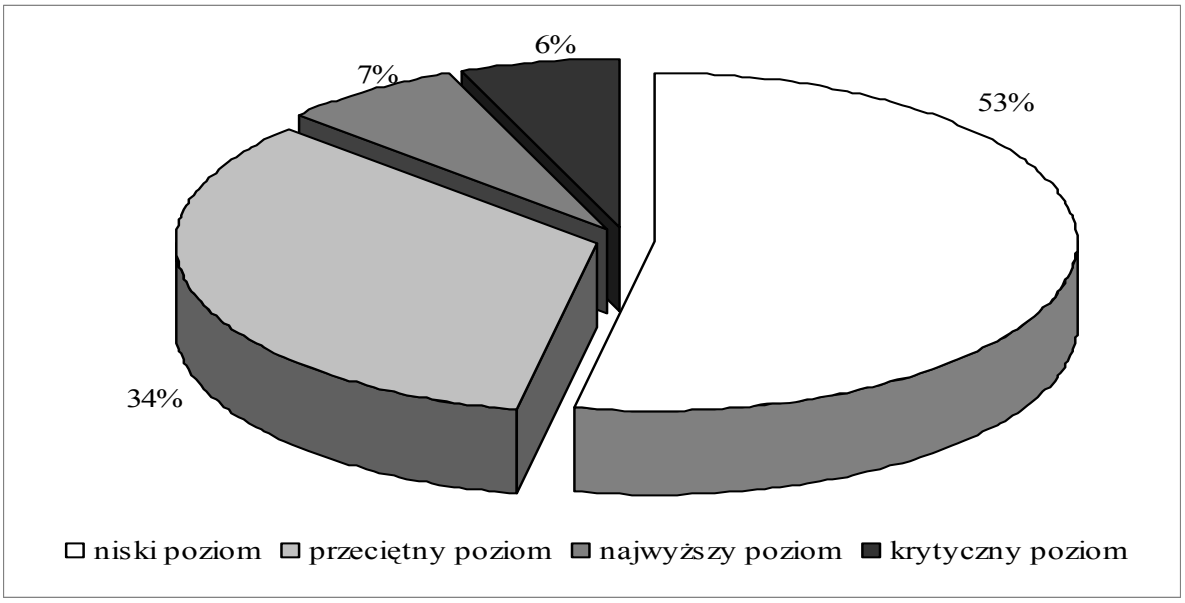
Pozycja pacjentów na tle innych grup interesariuszy zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej

Pozycja	**Interesariusze**	**Ogółem (299 osób)**
1	pacjenci	75,59%
2	pracownicy szpitala	43,14%
3	kadra kierownicza	41,14%
4	NFZ	47,16%
5	dostawcy	62,54%
6	banki	64,21%
7	inne organizacje	83,61%

* przedstawione w tabeli wartości nie sumują się do 100%, ponieważ prezentowana analiza dotyczy miejsc w rankingu ocenianych przez różne grupy

Źródło: opracowanie własne

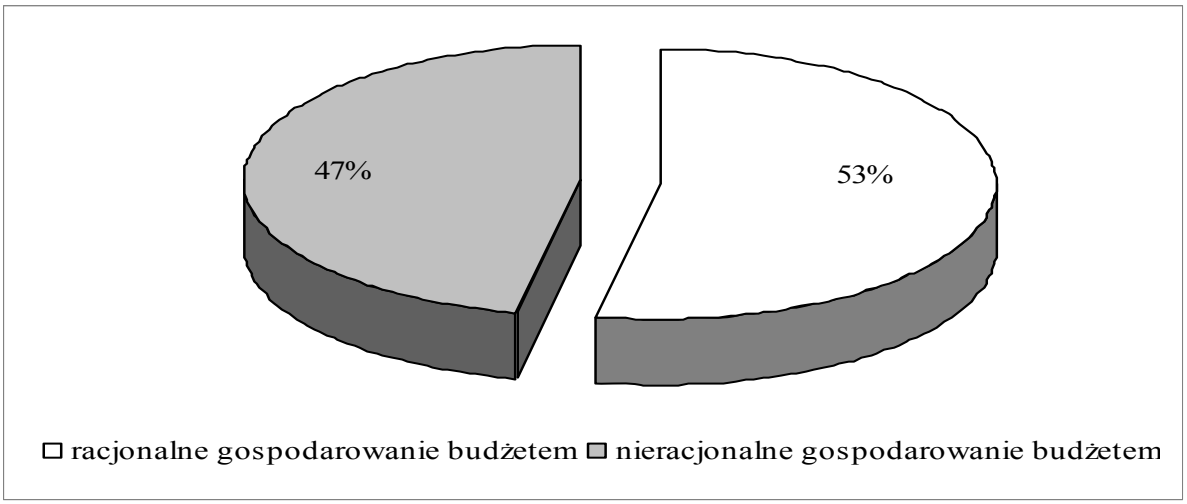
W ramach badań przeprowadzono również analizę, dotyczącą oceny zadowolenia pacjentów. Diagnozując zadowolenie pacjentów z otrzymanej usługi można stwierdzić, że niewielka liczba publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej świadczy usługi w sposób satysfakcjonujący pacjentów. Zaledwie 7% szpitali oferuje usługi na najwyższym poziomie, około 34% badanych na przeciętnym poziomie, natomiast pozostałe 59% publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej na niskim poziomie, w tym 6% na poziomie krytycznym (wykres 2).



Rys. 2. Jakość świadczonych usług – wyniki badań
Fig. 2. Quality of medical services – the results of research
Źródło: opracowanie własne

W ramach badań przeprowadzono również analizę racjonalnego gospodarowania budżetem, wykorzystując między innymi wynik finansowy, wskaźnik rentowności kapitału własnego oraz wskaźnik bieżącej płynności.

Na podstawie badań można ustalić, że aż 53% badanych szpitali ma dodatni wynik finansowy, również 53% placówek charakteryzuje się dodatnim wskaźnikiem rentowności kapitału własnego, a w 47% diagnozowanych szpitalach wystąpił brak płynności finansowej, spowodowany między innymi ujemnym wynikiem finansowym. Na podstawie badań stwierdzono, że w 53% publicznych zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej kadra kierownicza racjonalnie gospodaruje posiadanym budżetem.



Rys. 3. Racjonalne gospodarowanie budżetem – wyniki badań
Fig. 3. Rational management of the budget – the results of research
Źródło: opracowanie własne

Uzyskane dane z procesu badawczego pozwoliły również zaobserwować występujące zależności pomiędzy kapitałem społecznym a realizacją celów, które przeprowadzono w następujących związkach: kapitał społeczny versus orientacja na pacjentów i ich potrzeby, kapitał społeczny versus satysfakcja pacjentów, kapitał społeczny versus racjonalne gospodarowanie budżetem. Badanie powiązań pomiędzy kapitałem społecznym a orientacją na pacjentów i ich potrzeby przez zamknięte zakłady opieki zdrowotnej potwierdziło, że istnieje istotny związek pomiędzy kapitałem społecznym a orientacją na pacjentów i ich potrzeby. Analiza związku pomiędzy kapitałem społecznym a satysfakcją pacjentów wykazała, iż istnieje statystycznie silna dodatnia zależność pomiędzy nimi. Analiza zależności pomiędzy kapitałem społecznym a racjonalnym gospodarowaniem budżetem pozwoliła stwierdzić, iż istnieje statystycznie silna zależność o charakterze dodatnim pomiędzy kapitałem społecznym a wynikiem finansowym (zyskiem/stratą), a także pomiędzy

kapitałem społecznym a wskaźnikiem bieżącej płynności. Nie stwierdzono natomiast zależności pomiędzy kapitałem społecznym a wskaźnikiem rentowności kapitału własnego.

W oparciu o przeprowadzone badania stwierdzono, że kapitał społeczny wpływa na realizację celów zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej określonych jako: orientacja na pacjentów i ich potrzeby, wysoka jakość świadczonych usług oraz racjonalne gospodarowanie budżetem.

4. Wnioski z badań

Analiza uzyskanych w procesie badawczym wyników pozwoliła sformułować następujące wnioski:

- Kapitał społeczny na poziomie mikro w publicznych zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej jest przeciętny, co świadczy o dużych możliwościach jego rozwoju. W celu wzrostu wartości kapitału społecznego, w publicznych zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej, kadra menedżerska może kształtować kapitał społeczny między innymi przez wykorzystywanie nowoczesnych koncepcji zarządzania, w celu jego doskonalenia lub oddziałując na każdy jego element (orientacja na ludzi, na wspólnotowość, na współpracę, budowanie zaufania, zmniejszenie dystansu władzy).
- Realizacja celów w publicznych zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej zdeterminowana jest regulacjami prawnymi, pełnieniem społecznej misji, poczuciem niepewności, wynikającym z niestabilności otoczenia. Zgodnie z tym realizacja celów ukierunkowana jest na orientację na pacjentów i ich potrzeby, świadczenie wysokiej jakości usług, przy jednoczesnym racjonalnym gospodarowaniu budżetem.
- Kapitał społeczny wpływa na realizację celów zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej. Wyższy kapitał społeczny w placówce przekłada się na lepszą realizację celów (im wyższy kapitał społeczny, tym większa jest orientacja pracowników na pacjentów i ich potrzeby, wyższa jest satysfakcja pacjentów z otrzymanej usługi, a także lepsze jest racjonalne gospodarowanie budżetem).

5. Podsumowanie

Przedmiotem badań była diagnoza wpływu kapitału społecznego na realizację celów w publicznych zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. Podmiotem badań byli pracownicy publicznych zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej – kadra kierownicza, personel medyczny, niemedyczny oraz pacjenci tych placówek. Na podstawie badań stwierdzono,

że w publicznych zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej kapitał społeczny jest przeciętny. W aspekcie dalszych badań interesujące byłoby porównanie go z kapitałem społecznym
w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz z przedsiębiorstwami z innej branży, działającymi w otoczeniu rynkowym. Ocena realizacji celów zamkniętych zakładów opieki zdrowotnej wykazała, że placówki te są zorientowane i ukierunkowane na pacjentów i ich potrzeby, jednak ponad połowa z nich świadczy swoje usługi na niskim poziomie. Ocena racjonalnego gospodarowania posiadanym budżetem wykazała, że w około połowie badanych placówek występuje ujemny wynik finansowy, brak płynności finansowej oraz ujemna wartość wskaźnika rentowności kapitału własnego. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono również istotne zależności pomiędzy kapitałem społecznym a realizacją celów
w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej, co świadczy o wpływie kapitału społecznego na realizację celów.

Bibliografia

1. Bielski M.: Podstawy teorii organizacji i zarządzania. C.H. Beck, Warszawa 2002.
2. Bratnicki M., Strużyna J.: Przedsiębiorczość i kapitał intelektualny. AE w Katowicach, Katowice 2001.
3. Coleman J.S.: Social Capital In the Creation of Human Capital. American Journal of Sociology 1988, No 94.
4. Fine B.: Social Capital versus Social Theory. Political economy and social science at the turn of the millennium. Routledge, London and New York 2001.
5. Flap H.D.: No Man Is An Island. The Research Program of a Social Capital Theory. World Congress of Sociology. Bielefeld, Germany 1994.
6. Janoś-Kresło M.: Usługi społeczne w procesie przemian systemowych w Polsce. SGH, Warszawa 2002.
7. Kożuch B.: Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji. Placet, Warszawa 2004.
8. Nahapiet J., Ghoshal S.: Social Capital, Intellectual capital and the organizational advantage. Academy of Management Review 1988, Vol. 23.
9. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Cedetu, Warszawa 2003.

10. Pawłowska E.: Wpływ kapitału społecznego na realizację celów w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej. Niepublikowana rozprawa doktorska, pod kierunkiem dr hab. A. Sitko-Lutek, prof. UMCS. Politechnika Śląska, Zabrze 2008.
11. Sitko-Lutek A., Pawłowska E.: Kapitał społeczny a doskonalenie kompetencji menedżerów. Organizacja i Zarządzanie, nr 3, Gliwice 2008.
12. Stachowicz J.: Zarządzanie kapitałem społecznym procesem organizowania i rozwoju klastrów, doświadczenia z prac nad organizowaniem klastrów przemysłowych w woj. śląskim. Projekt badawczy KBN, nr 2H02D 03225 pt.: Zarządzanie kapitałem intelektualnym w regionalnych sieciach proinnowacyjnych – materiały niepublikowane.
13. Stachowicz J.: Zarządzanie procesami reorientacji strategicznej w przedsiębiorstwach przemysłów tradycyjnych. PWN, Warszawa 2001.
14. Supernat J.: Zarządzanie strategiczne. Pojęcia i koncepcje. Wrocław 1998.

Recenzenci: Dr hab. Agnieszka Sitko-Lutek, prof. UMCS
Prof. zw. dr hab. Mariusz Bratnicki