

dr Benedykt Bober
Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości
w Poznaniu

Autoreferat

Opis dorobku naukowego
wraz z informacją na temat osiągnięć
naukowo - dydaktycznych

Poznań 2015 r.

Spis treści

Wprowadzenie.....	3.
1. Przebieg edukacji oraz zatrudnienia.....	4.
1.1. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych związane z etapami rozwoju naukowego	4.
1.2. Działalność naukowo-badawcza	4.
2. Prezentacja rozprawy pt. <i>Metody analizy i oceny uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych, stanowiącej osiągnięcie wynikające z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.)</i>	6.
2.1. Struktura rozprawy wskazanej, jako osiągnięcie naukowe stanowiące znaczny wkład w rozwój dyscypliny nauki o zarządzaniu	7.
2.2. Przesłanki wyboru tematyki rozprawy będącej istotnym wkładem w rozwój dyscypliny nauk o zarządzaniu	10.
2.3. Główne cele oraz założenia rozprawy	13.
2.4. Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego	16.
3. Działalność popularyzatorska dydaktyczna, naukowa	21.
3.1. Działalność organizacyjna oraz współpraca międzynarodowa	21.
3.2. Formy popularyzowania nauki oraz upowszechniania badań naukowych	21.

Wprowadzenie

Zdrowie zawsze było uważane za jedną z najważniejszych wartości człowieka. Stanowiło i stanowi temat rozważań przedstawicieli różnych dziedzin nauki. Jan Kochanowski nazywał zdrowie szlachetnym, bo: *Nic nad zdrowie ani lepszego, ani droższego*. Natomiast, Arthur Schopenhauer stwierdził, iż: *Szczęście człowieka w dziewięciu dziesiątych polega tylko na zdrowiu*, a poświęcanie zdrowia dla czegośkolwiek (majątku, kariery, sławy, uczoności) nazwał największą głupotą. Uwzględniając podejście systemowe, rozpatrywanie organizmu pacjenta, jako pewnej całości, składającej się z wielu powiązanych systemów, z których, każdy zbudowany jest z różnorodnych komórek oraz tkanek (podsystemów), pozwala na badanie uwarunkowań - determinant ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Niniejszy autoreferat przedstawia całokształt dorobku naukowego w związku z ubieganiem się o stopień naukowy doktora habilitowanego nauk ekonomicznych w zakresie nauki o zarządzaniu. Moje zainteresowania naukowe koncentrują się w obszarze zarządzania ochroną zdrowia a w szczególności szpitalami publicznymi. W ostatnich latach można zaobserwować wzrost zainteresowania problemami funkcjonowania podmiotami publicznymi oraz potrzebę analizy roli, funkcji i zadań do nich przypisanych. Ich spektrum zwiększa się nie tylko w zakresie ilościowym, ale również przyjmuje coraz bardziej skomplikowaną strukturę jakościową, ściśle skorelowaną z narastającymi problemami w skali globalnej, które nie tylko nie znajdują rozwiązania w oparciu o klasyczne, sprawdzające się dotychczas formuły postępowania, ale wymagają aplikacji odmiennych koncepcji myślenia oraz działania.

Model zarządzania szpitalami publicznymi zaczął się zmieniać, powodując konieczność myślenia poprzez pryzmat profesjonalnych rozwiązań oraz projakościowych wymagań prosumenta. Stąd w realizowanym procesie naukowo - badawczym, skupiłem się nie tylko na aspektach popularyzatorskich. Podjąłem również wyzwanie, ukierunkowane na analizę zjawisk oraz poszukiwanie determinant warunkujących proces rozwoju szpitali publicznych, polemizując niekiedy z utartymi formułami. Co prawda sprawdziły się one w wielu krajach, o ugruntowanych długotrwałych systemach ekonomicznych, ale nie do końca znajdują zastosowanie w odniesieniu do krajów rozwijających się. Również w przypadku Polski, w której kształt systemu społeczno-gospodarczego podlega ciągłym przeobrażeniom, zaistniała konieczność weryfikacji ogólnie przyjętych strategii. Aktywność naukowo-badawczą zintensyfikowałem po 2007 roku i właśnie na ten okres przypadają możliwości wymiany poglądów poprzez czynne uczestnictwo zarówno w konferencjach krajowych jak i międzynarodowych. Pozwoliło to na skryształizowanie zainteresowań w obrębie metod analizy oraz oceny ryzyka decyzyjnego związanego z zarządzaniem procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

1. Przebieg edukacji i zatrudnienia

1.1. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych związane z etapami rozwoju naukowego

2002-2006 - doktorant Instytutu Organizacji i Zarządzania w Przemysle „ORGMASZ” w Warszawie.

2006-2007 - asystent na Wydziale Zarządzania Wyższej Szkole im. Bogdana Jańskiego w Elblągu.

2008-2009 - adiunkt na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

2007 do chwili obecnej adiunkt Wydziału Zarządzania i Marketingu Wyższej Szkoły Zarządzania i Bankowości w Poznaniu.

Doświadczenie praktyczne, wynikające z pracy w Wojewódzkim Zespólnym Szpitalu w Elblągu, umożliwiło skonfrontowanie założeń teoretycznych z praktycznymi realiami. Pierwszym obszarem zainteresowań naukowo-badawczych była problematyka jakości w ochronie zdrowia.

1.2. Działalność naukowo-badawcza

W dalszych latach pracy, zadaniem moim była organizacja warsztatu badawczego, którego podsumowaniem doświadczeń zawodowo - naukowych oraz studiów literaturowych i badań empirycznych prowadzonych w okresie od stycznia 2001 r. do grudnia 2005 r. była dysertacja doktorska zatytułowana, jako: *Model projakościowej restrukturyzacji organizacyjno-funkcjonalnej szpitala w ramach reformy służby zdrowia w Polsce*, napisana pod kierunkiem naukowym Pana prof. dr hab. Tadeusza Wawaka z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Recenzentami była Pani dr hab. Zofia Zymonik prof. Politechniki Wrocławskiej oraz Pan prof. dr hab. inż. Stanisław Tkaczyk z Politechniki Warszawskiej. Wnioski zawarte w dysertacji doktorskiej zdeterminowały dalszy rozwój naukowy, pozwalający na ukierunkowanie procesów badawczych na precyzyjną ocenę istotnych determinant ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych. Dokonałem także w tym czasie, weryfikacji przyjętych w badaniu teoretycznym, modeli znanych ze studiów literatury krajowej oraz zagranicznej.

Ewolucja rozwoju naukowego, którego ostateczny kierunek został zdominowany przez badanie uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych wynika nie tylko z dostrzeżenia istniejącej luki w zakresie profesjonalizacji zarządzania oraz specyfiki z tym związanej, ale także jest efektem przekonania o istotnej roli ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych w zakresie realizowanych funkcji i zadań prozdrowotnych społeczeństwa. Stąd przekonanie o konieczności prowadzenia dalszych badań w tym obszarze, czerpania z już istniejącego dorobku oraz kreowanie rozwiązań, których aplikacje pozwolą na skuteczne zarządzanie szpitalami publicznymi w ramach organizacji sieciowej. Dalsza praca naukowo-badawcza dotyczyła przede wszystkim identyfikacji oraz systemowej analizy determinant ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych.

Najważniejszą przesłanką do podjęcia rozważań w tym zakresie było spostrzeżenie, że pomimo wielu teoretycznych, jak i empirycznych opracowań, zagadnienia uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w świadczeniu usług w szpitalach publicznych należą niewątpliwie do kwestii szczególnie złożonych i stale jeszcze niewystarczająco zbadanych. Przeprowadzone analizy przedstawione w rozprawie zostały dokonane na podstawie funkcjonowania 104 szpitali publicznych w województwach: warmińsko-mazurskim, pomorskim oraz wielkopolskim. Materiał badawczy zebrano w okresie od stycznia 2007 r. do grudnia 2011 r. przy pomocy autorskiego kwestionariusza. Bezpośrednim celem badań było zweryfikowanie hipotezy głównej, że: ***Uwarunkowania ryzyka decyzyjnego będą istotnym obszarem efektywnego zarządzania szpitalami publicznymi przy wykorzystaniu, jako narzędzi jego redukcji i poprawy jakości procesu świadczenia usług szpitalnych***, ponadto funkcjonowania podmiotów publicznych w aspekcie organizacyjnym oraz diagnostycznym. Pod względem organizacyjnym, analizowana była aktualna baza techniczna i kadrowa. Z pracy badawczej wyłania się całościowy obraz szpitali publicznych funkcjonujących w analizowanych województwach. Na podstawie zebranych danych dokonano analiz istotnych wiązek ryzyk decyzyjnych w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych. Zostały one zebrane, uszeregowane a na ich podstawie sporządzono zestawienia zbiorcze w wybranych aspektach.

Podmioty publiczne funkcjonują w warunkach turbulencji w obszarach otoczenia społecznego, gospodarczego, technologicznego, ekologicznego oraz politycznego. Zjawiska wywołane zmianami stawiają przed nimi nowe, istotne wyzwania w zakresie kompleksowego zarządzania ryzykiem w procesie świadczenia usług. Kwerenda literatury przedmiotu wykazała, iż ryzyko w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych stanowiło przedmiot zainteresowań oraz badań klasyków naukowego zarządzania. Problematykę tą kontynuowali przedstawiciele kolejnych szkół oraz nurtów zarządzania, wzbogacając dotychczas wypracowane koncepcje zarządzania o ryzyko decyzyjne. Poszczególni badacze, zarówno krajowi jak i zagraniczni podejmowali dyskusje na temat istoty, funkcji, znaczenia oraz rozwoju ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Na podstawie opracowanych ujęć wdrażano postulaty oraz zasady o charakterze normatywnym, formułowano uogólnienia upowszechniające wzorcowe praktyki zarządzania ryzykiem decyzyjnym. Wypracowane w ten sposób zasady sprzyjały tworzeniu i rozwijaniu koncepcji oraz modeli zarządzania ryzykiem w procesie świadczenia usług dostosowanych do specyfiki funkcjonowania oraz wizji projektowej podmiotów publicznych, względnie konkretnych celów działalności organizatorskiej. Stanowiły również podstawę do syntezy oraz uogólnień umożliwiających formułowanie teorii rozwoju ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Zrozumiałym jest, zatem bogactwo oraz różnorodność określeń, ujęć strukturalnych i funkcjonalnych koncepcji rozwoju ryzyka decyzyjnego, utrudniających właściwą ich interpretację oraz identyfikację trajektorii kompleksowego zarządzania ryzykiem decyzyjnym w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych.

2. Prezentacja osiągnięcia naukowego

Zaprezentowane w autoreferacie osiągnięcia związane z aktywnością naukowo-badawczą zawierają wskazanie głównych elementów dotyczących rozwoju naukowego oraz wkładu w rozwój nauk o zarządzaniu. Koncentrują się one przede wszystkim na okresie po uzyskaniu stopnia doktora nauk ekonomicznych w zakresie nauk o zarządzaniu. Prezentują ewolucję rozwoju naukowego od momentu ukierunkowania zainteresowań na obszar analiz konkurencyjnych oraz sektorowych uwarunkowań działalności ochrony zdrowia, poprzez problematykę strategicznych aspektów działalności szpitali publicznych, skończywszy na pogłębionych analizach związanych z ryzykiem decyzyjnym w procesie świadczenia usług szpitalnych.

Ostatni z wymienionych nurtów badań zaowocował autorskimi badaniami oraz publikacjami. Szczególnie istotne oraz pomoce w dalszych pracach nad opracowaniem modelu kompleksowego zarządzania ryzykiem w szpitalach publicznych były dyskusje prowadzone w ramach krajowych i zagranicznych konferencji naukowych. Kolejne publikacje w tym zakresie oraz prezentacje referatów ujmowały modyfikacje modeli, włączając w problematykę nowe, istotne opcje decyzyjne lub odmienne uwarunkowania procesu decyzyjnego.

Ponadto, prowadząc indywidualne badania naukowe poprzez analizę międzynarodowego oraz krajowego dorobku literatury przedmiotu, interpretację dokumentów źródłowych w rozprawie habilitacyjnej: *Metody analizy i oceny uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych*, będącej **istotnym wkładem** w rozwój nauk o zarządzaniu, zgodnie z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.), jako główny cel badawczy postawiono opracowanie kompleksowego modelu zarządzania ryzykiem. Wykorzystano w tym celu przykład szpitali publicznych, umożliwiających usystematyzowanie koncepcji i modeli ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych oraz prezentację metod ich analizy korespondujących z współczesnymi tendencjami w zakresie zarządzania.

Recenzentem wydawniczym rozprawy habilitacyjnej był Pan prof. dr inż. Wiesław Maria Grudzewski z Polskiej Akademii Nauk oraz Pan profesor dr hab. Marek Bugdol z Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Rozprawa została opublikowana w Wydawnictwie Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu w 2013 roku.

W niniejszej rozprawie dokonano analizy kategorii pojęciowych zakorzenionych na gruncie nauk o zarządzaniu, których zakres znaczeniowy koresponduje z pojęciem ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych. Przedstawiono wyniki reprezentatywnych badań naukowych w obszarze szpitali publicznych, a w rezultacie ich analizy **określono normatywy uwarunkowań ryzyka decyzyjnego**.

Ukazano także szpitale publiczne na tle nowoczesnych koncepcji zarządzania. Implementacja podejścia procesowego pozwala na integrację procesów, organizację współpracy z innymi podmiotami w celu redukcji ryzyka decyzyjnego oraz kosztów własnych, zwiększanie skuteczności procesu świadczenia usług szpitalnych i zarządzania. Podkreślono również, iż wartość dla prosumentów powstaje w kompleksowo realizowanym łańcuchu subprocesów. Przeprowadzone badania dowodzą, iż szpitale publiczne w coraz większym stopniu czepią nowe doświadczenia, będące wynikiem identyfikacji z organizacjami komercyjnymi, korzystając z tych samych narzędzi poprawy skuteczności procesów zarządzania. Wynikiem tego jest aktywny prosument, gdzie nie tylko skuteczność procesów świadczenia usług szpitalnych, ale także jakość oraz satysfakcja odgrywa istotną rolę w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

W rozprawie dowodzi się również, iż ryzyko decyzyjne w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych jest determinantą satysfakcji zdrowotnej interesariuszy oraz wyników finansowych podmiotów publicznych. Ponadto argumentuje się również wpływ procesów informatyczno-informacyjnych na funkcjonowanie sieci szpitali publicznych w zglobalizowanej rzeczywistości XXI w. W tym sensie niniejsza rozprawa przyczynia się do istotnego przededefiniowania koncepcji funkcjonowania podmiotów publicznych - kompleksowych procesów świadczenia usług szpitalnych.

Jednocześnie wskazuje na kompromisowe oraz mniej antagonistyczne rozwiązania w innych krajach dowodząc, iż adekwatnym sposobem stawiania czoła wyzwaniom współczesności jest akceptacja konieczności dostosowania się do nowych warunków a w konsekwencji, współpraca pomiędzy *stakeholders*, celem implementacji koniecznych reform oraz procesu redukcji negatywnych następstw ryzyka decyzyjnego. Ponadto, amalgamat uzyskanych wyników pozwala na monitoring niepożądanych, istotnych uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

2.1. Struktura rozprawy wskazanej, jako osiągnięcie naukowe stanowiące znaczny wkład w rozwój dyscypliny nauk o zarządzaniu

W strukturze rozprawy wyróżniono pięć rozdziałów. W **rozdziale pierwszym** zawarto rozważania dotyczące definiowania ryzyka decyzyjnego, pojęcia zdrowia oraz choroby. Niejednoznaczność znaczeń oraz wynikający z tego faktu brak jednorodności definicyjnej wymagał przeglądu przywoływanych kategorii. W ramach omawiania problematyki terminologicznej, z uwzględnieniem perspektywy historycznej, przedstawiono różne podejścia do zagadnienia ryzyka decyzyjnego, niepewności oraz zdrowia i choroby. Następnie dokonano przeglądu stosowanych w literaturze przedmiotu definicji.

Zaprezentowano ewolucję roli ryzyka w szpitalach publicznych z perspektywy podstawowych typów organizacji, jakie można wyszczególnić na tle szkół, kierunków oraz nurtów w teorii zarządzania. Zmianę roli ryzyka decyzyjnego w procesie świadczeniu usług ukazano w kontekście funkcjonowania współczesnych szpitali publicznych. W rezultacie przeprowadzonych studiów oraz analiz **określono kierunki zmian w strukturze ryzyka decyzyjnego zachodzących pod wpływem postępu techniczno-organizacyjnego**, mających istotny wpływ na kształtowanie się ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych. Przedstawiono również działalność podmiotów publicznych w postaci organizacji sieciowej, jako istotnej determinanty przewagi konkurencyjnej oraz skuteczniejszego zarządzania ryzykiem w procesie świadczeniem usług.

Na tej podstawie usystematyzowano oraz zaprezentowano wyróżniki klasycznych typologii ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych, wskazując także na różnice występujące pomiędzy współczesnymi a klasycznymi ujęciami ryzyka w procesie świadczenia usług szpitalnych.

Przeprowadzone analizy wykazały, iż pomimo rozwoju teorii i praktyki zarządzania oraz nowoczesnych modeli organizacji, klasyczne normatywy formułowane w odniesieniu do ryzyka decyzyjnego są wciąż aktualne. **Wykazano także, iż wymagania stawiane procesom świadczenia usług szpitalnych znacznie wykraczały poza zadania współczesnych szpitali publicznych, które na skutek rozwoju form zarządzania ryzykiem, zostały ograniczone poprzez przemieszczenie części uprawnień decyzyjnych na poziom wykonawczy.** Kwerenda literatury przedmiotu oraz analiza uzyskanych wyników autorskich badań ukształtowały ostateczny model procesu komunikacji w wywiadzie środowiskowym, wejścia procesu redukcji ryzyka decyzyjnego w świadczeniu usług szpitalnych.

Uwagę na kompleksowym zarządzaniu szpitalami publicznymi skoncentrowano w **drugim rozdziale**, rozwijając przede wszystkim tezy, dotyczące wykorzystania metod procesowego zarządzania w świadczeniu usług szpitalnych. Przedstawiono szpital publiczny, jako model funkcjonowania w formie organizacji inteligentnej, uczącej się, pozwalającej na systematyczną redukcję ryzyka decyzyjnego, której determinantą jest profesjonalizm środowiska medycznego. Ponadto, wyjaśniono istotę kompetencji interdyscyplinarnych zespołów diagnostyczno-terapeutycznych w procesach decyzyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem nowoczesnych koncepcji zarządzania. Ukazano równocześnie znaczenie wiedzy w redukcji ryzyka decyzyjnego, uzyskanej w procesach (*learning-by-doing*) zarówno diagnostycznych jak i świadczenia usług szpitalnych.

Badania literaturowe oraz dokonane na ich podstawie badania empiryczne skłoniły do stwierdzenia, iż bodźce płynące z otoczenia mogą być również interpretowane poprzez „*filtry*” mentalne poszczególnych uczestników interdyscyplinarnych zespołów, wynikające z cech osobowościowych środowiska medycznego. To spostrzerzenie stanowiło przesłankę do podjęcia dalszych badań w kontekście istotnych cech środowiska medycznego, zrozumienia ich wewnętrznej motywacji w procesie zarządzania ryzykiem decyzyjnym. Wyprowadzono również stwierdzenie, iż wszystkie struktury organizacyjno-funkcjonalne organizacji sieciowej powinny być wyposażone w odpowiednie procedury oraz narzędzia oddziaływania na subprocesy redukcji ryzyka decyzyjnego w świadczeniu usług szpitalnych.

W rozdziale trzecim ukazano podstawy metodyczne procesu badania uwarunkowań ryzyka decyzyjnego. Omówiono przesłanki oraz genezę współczesnego podejścia, ponadto scharakteryzowano główne nurty badawcze związane z interpretacją ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych. **Część empiryczna**, oscyluje wokół problemów wcześniej poruszanych w warstwie teoretycznej, a pogrupowanych wokół kwestii ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych oraz stymulant i de stymulant rozwoju podmiotów publicznych: finansów, zarządzania zasobami ludzkimi oraz realizowanego procesu zarządzania. Różnorodność analizowanych problemów wskazuje na złożoność problematyki procesu zarządzania ryzykiem decyzyjnym oraz konieczność wypracowania modelu, który sprawdzi się w warunkach uwzględniających specyfikę szpitali publicznych.

Zaprezentowane wyniki badań empirycznych pozwalają na skuteczną percepcję aktualnego stanu rozwoju podmiotów publicznych oraz identyfikację podstawowych problemów, dotyczących zarządzania procesami redukcji ryzyka decyzyjnego. Wskazują obszary, będące źródłem ograniczeń, wymagające zasadniczych zmian, jak również decydujące o sile interdyscyplinarnych zespołów, co stanowi podstawę do dalszego wnioskowania w zakresie poszukiwania skutecznych rozwiązań determinujących procesy zarządzania ryzykiem decyzyjnym w świadczeniu usług w szpitalach publicznych. Odnosząc się w sposób szczegółowy do poszczególnych zagadnień, przyjmując formułę związaną z koniecznością nakreślenia kontekstu prowadzonych rozważań oraz wskazania relacji pomiędzy ideą kompleksowego zarządzania ryzykiem (zrównoważonego zarządzania szpitalami publicznymi) a jej koherentnością ze specyfiką procesu świadczenia usług szpitalnych oraz tendencji systematycznego ich zwiększania, dokonano relatywnie dogłębnej analizy zjawisk występujących w podmiotach publicznych, w konsekwencji wskazano na istotę problemu, związanego ze specyfiką kompleksowego zarządzania ryzykiem. Nakreślenie kontekstu realizowanego procesu kompleksowego zarządzania ryzykiem w odniesieniu do zjawisk występujących w badanym obszarze, umożliwiło diagnozę występujących problemów w zakresie zarządzania, a także uznano za zasadne empiryczne zweryfikowanie całokształtu elementów, determinujących ten proces.

Ponadto wykazano, iż wdrażanie Systemów Wspomagania Decyzji (*SWD*) w szpitalach publicznych, wpływa na zmianę paradygmatu informatyki z systemowego na usługowy charakter zgodnie z podejściem *Software as Services - SaS*. W procesie implementacji *SWD* wykorzystano podejście *top down* - oparcie się o model wywiadu środowiskowego. Ponadto, ustrukturyzowany oraz zautomatyzowany *SWD* wprowadzany w drodze konsensusu, redukując ryzyko decyzyjne w zarządzaniu procesem świadczenia usług szpitalnych oraz uwzględniając element ludzki, przywraca hierarchię strukturalną pośrednią, a środowisku medycznemu prerogatywy decydowania oraz ustalania zasad polityki zarządzania ryzykiem decyzyjnym.

Aspekt normatywny z jednej strony stawia wszystkich uczestników procesu świadczenia usług szpitalnych w równej sytuacji przy wprowadzaniu danych oraz ponoszeniu odpowiedzialności związanej z ryzykiem decyzyjnym, a z drugiej, pozwala wdrażać wspólne słownictwo oraz wypracować kulturę zarządzania ryzykiem decyzyjnym w organizacji sieciowej.

Dyfuzja rozwiązań IT w szpitalach publicznych obejmuje czynniki techniczne, ekonomiczne, organizacyjne (w tym również czynnik ludzki). Następnie scharakteryzowano oraz poddano krytycznej analizie i ocenie ilościowej i jakościowej metody analizy ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych. Propozycją wkładu w rozwój nauk o zarządzaniu są nowoczesne modele zarządzania ryzykiem decyzyjnym w szpitalach publicznych, przedstawiające równocześnie dla różnych rachunków oraz analiz, metody pomiaru ryzyka decyzyjnego, występującego w procesie świadczenia usług szpitalnych.

W końcowej części rozdziału **zaprezentowano model kompleksowego systemu zarządzania ryzykiem w szpitalach publicznych**, oparty na podejściu procesowym z wykorzystaniem nowoczesnych struktur organizacyjno-funkcjonalnych, implementacji systemów informacyjno-informatycznych oraz skuteczności procesów decyzyjnych.

Rozdział 4 jest zwieńczeniem rozprawy habilitacyjnej, zawiera przegląd istotnych zagadnień z zakresu zarządzania finansami w szpitalach publicznych. Scharakteryzowano ponadto oddziaływanie procesów zarządzania ryzykiem na pozycję ekonomiczną opartą na modelu analiz farmakoeconomicznych (rys. 13) oraz audytu procesów redukcji ryzyka decyzyjnego (rys. 14). Ponadto, przedstawiono analizę instrumentów oraz narzędzi controllingu podkreślając, iż skuteczne zarządzanie procesem ryzyka decyzyjnego uzależnione jest od pokonania barier mentalnych środowiska medycznego. Umiejscowienie w strukturze organizacyjno-funkcjonalnej organizacji sieciowej procesów controllingu, kształtuje skuteczność podejmowanych działań w realizacji celów strategicznych oraz operacyjnych w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Wyniki przeprowadzonych badań empirycznych w zestawieniu z analizami teoretycznymi, umożliwiły wskazanie możliwych kierunków oraz perspektyw rozwoju kompleksowego zarządzania ryzykiem w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych, jako zintegrowanej koncepcji, adekwatnej do wymogów współczesności, jak i uwzględniającej specyfikę inteligentnej organizacji sieciowej. W ramach zweryfikowanych celów, zdefiniowano **kompleksowe zarządzanie ryzykiem w procesie świadczenia usług szpitalnych**, jako kategorię pojęciową odnoszącą się do szpitali publicznych, które ze względu na ukierunkowanie realizacji zdrowotnych celów, wymagają aplikacji partycypacyjnych formuł pojmowania oraz realizacji funkcji zarządzania, a w konsekwencji odznaczają się specyficzną kulturą organizacyjną, jak również stwarzają konieczność patrzenia na obszary organizacyjno-funkcjonalne podmiotów (zarządzanie zasobami ludzkimi, finansami, zarządzanie marketingowe) w sposób zintegrowany (holistyczny), zapewniający pełną transparentność oraz satysfakcję interesariuszy.

Natomiast **rozdział 5** zawiera podsumowanie wskazujące na złożoność oraz wieloaspektowość uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych. Ponadto, uzyskane wyniki wskazały również zagadnienia, które wymagają komentarza oraz pogłębionej analizy w kontekście działań związanych z promowaniem wdrażania kompleksowego zarządzania ryzykiem w szpitalach publicznych. Postawa środowiska medycznego jest dowodem wzrastającej świadomości tworzenia wartości dodanej dla prosumentów oraz przeświadczenie, iż to oni (etyka, wyznawane zasady, postawy) decydują o stopniu satysfakcji zdrowotnej w większym stopniu, niż *sensu stricte* czynniki technologiczne.

2.2. Przesłanki wyboru tematyki rozprawy będącej istotnym wkładem w rozwój dyscypliny nauk o zarządzaniu

W ostatnich latach można zaobserwować wzrost zainteresowania problematyką szpitali publicznych w procesie poszukiwań determinant skuteczności funkcjonowania ochrony zdrowia, a w szczególności, potrzebę analizy roli, funkcji oraz zadań do nich przypisanych. Ich spektrum powiększa się nie tylko w zakresie ilościowym, ale również przyjmuje również coraz bardziej skomplikowaną strukturę jakościową, ściśle skorelowaną z narastającymi problemami w skali globalnej, które nie tylko nie znajdują rozwiązania w oparciu o klasyczne, sprawdzające się dotychczas formuły postępowania, ale wymagają aplikacji odmiennych koncepcji myślenia oraz działania. Stąd za podstawowy cel rozprawy przyjęto również opracowanie metod analizy oraz oceny uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Ponadto, wskazanie, zwłaszcza w kontekście dokonujących się w globalnej skali, radykalnych zmian, wyzwań, jak również określenie istotnych czynników kształtujących ryzyko decyzyjne w procesie świadczenia usług szpitalnych z uwzględnieniem elementów takich jak, na przykład kultura organizacyjna, misja oraz wizja czy procesy relacji z interesariuszami.

Studia literaturowe oraz analiza doświadczeń związanych z funkcjonowaniem podmiotów publicznych skłoniły autora rozprawy do sformułowania hipotezy, iż *szpitale publiczne, ze względu na swoją odrębność, wymagają opracowania specyficznej koncepcji zarządzania ryzykiem decyzyjnym w procesie świadczenia usług szpitalnych*. Stąd założono, iż dla realizacji celów oraz weryfikacji hipotez badawczych, konieczne jest nakreślenie kontekstu rozważań w postaci wskazania stanu rozwoju szpitali publicznych (stymulant i de stymulant), celów, roli, funkcji oraz zadań im przypisanych. Należy stwierdzić, iż o ile w odniesieniu do sektora biznesu istnieje już wiele znaczących opracowań oraz badań z tym związanych, o tyle analizy szpitali publicznych, zwłaszcza w zakresie *stricte* zarządzania, stanowią sporadycznie przedmiot badań i publikacji naukowych.

W tej konstelacji pojawiła się konieczność wypełnienia luki, dającej się zaobserwować we wskazanym powyżej obszarze, która jest szczególnie wyrazista w odniesieniu do realiów systemu ochrony zdrowia w Polsce. Opracowań *stricte* z zakresu zarządzania, związanych ze szpitalami publicznymi jest stosunkowo niewiele, a potrzeba nie tyle pojawienia się kolejnego, ile odniesionego do tej problematyki oraz opartego na przeprowadzonych badaniach i wynikających z nich zaleceń, wydaje się być zasadna. Celem weryfikacji poczynionych założeń, niezbędnym było przedstawienie charakterystyk podmiotów publicznych oraz przeprowadzenie własnych badań, które część przyjętych założeń zweryfikowały pozytywnie, a w przypadku niektórych przybliżyły jedynie obraz rzeczywistości.

Niewątpliwie jest to wbrew pozorom, trudny obszar badań, słabo ustrukturyzowany, w wielu przypadkach (szczególnie w dziedzinie nauk o zarządzaniu) jeszcze w dużej mierze niezagospodarowany i stąd inspirujący do prowadzenia pogłębionych analiz w przyszłości, zwłaszcza w oparciu o formułę badań porównawczych w odniesieniu do innych krajów. Tej konwencji, podporządkowany został cel pracy, przyjęte założenia oraz zalecenia z nich wynikające, co znalazło odzwierciedlenie w strukturze rozprawy.

Holistyczne podejście badawcze, wykorzystujące informacje pochodzące ze źródeł wtórnych, pozwoliło na szersze spojrzenie na problematykę ujętą w zaprezentowanej rozprawie. Mając jednak na uwadze konieczność uwzględnienia dodatkowych kategorii, sięgnięto również po źródła pierwotne, którymi były wyniki autorskich badań, poddane analizie statystycznej. Zgromadzony materiał empiryczny stanowił podstawę do wnioskowania w obszarach odnoszących się do kondycji szpitali publicznych, głównych determinant zarządzania ryzykiem decyzyjnym w procesie świadczenia usług szpitalnych, jakimi są między innymi: system finansowania, struktury organizacyjno-funkcjonalne, kultura organizacyjna oraz proces zarządzania.

Mając świadomość zakresu wpływu interesariuszy na proces świadczenia usług szpitalnych skoncentrowano się na przedstawieniu metod wykorzystywanych do identyfikacji oraz analizy siły oddziaływania, umożliwiających wypracowanie właściwego modelu współpracy, wpisującego się w strategię organizacji sieciowej. Zwrócono również uwagę na konieczność aplikacji metod zarządzania wykorzystywanych przez organizacje biznesowe w procesie skutecznego zarządzania ryzykiem w procesie świadczenia usług szpitalnych.

Uzyskane wyniki mają istotne znaczenie dla procesu określania możliwości rozwoju technik oraz narzędzi redukujących ryzyko decyzyjne oraz potencjalnych, priorytetowych kierunków rozwoju z perspektywy *stakeholders*, których opinie oraz preferencje mogą mieć decydujące znaczenie dla skutecznego wdrażania kompleksowych systemów zarządzania ryzykiem w szpitalach publicznych. Oznacza to także, że strategię rozwoju zarządzania ryzykiem decyzyjnym w procesie świadczenia usług szpitalnych powinny wyznaczać nie tylko cele wynikające z dążenia do usprawnienia kompleksowych procesów zarządzania podmiotami publicznymi, ale także cele odnoszące się bezpośrednio do potrzeb prosumentów oraz świadczeniodawców.

Jak wykazują wyniki analiz, na akceptację ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych istotny wpływ wywierają również te czynniki, które wpływają na procesy redukcji asymetrii informacyjnej, rozwoju społeczeństwa informacyjnego, redukującego *przepaść cyfrową*¹.

Należy także podkreślić, iż pokonanie tej przepaści, determinuje procesy akceptacji poziomu ryzyka decyzyjnego, *akceptowalnego* mające tendencje wzrostowe, które jest determinowane posiadaną kadrą medyczną oraz infrastrukturą diagnostyczno-terapeutyczną. Ranking istotnych wiązek ryzyk w zależności od poziomu akceptacji przez środowisko pacjentów oraz środowisko medyczne może być także wskazówką dla implementacji kompleksowych strategii ryzyka decyzyjnego w organizacji sieciowej.

Można również przypuszczać, iż interesariusze wskazując określone rodzaje wiązek ryzyk sygnalizowali także, jakie obszary działania systemu ochrony zdrowia, szpitali publicznych wymagają wdrażania procesów naprawczo-zapobiegawczych. Kompleksowe zarządzanie ryzykiem spaja elementy medyczne, paramedyczne oraz czynniki organizacyjne podmiotów publicznych.

Specyfika projektów świadczonych usług w szpitalach publicznych sprawia, iż mogą być one traktowane, jako organizacje ucząca się, gdzie wiedza jest zasobem priorytetowym, zdolności absorpcyjne interdyscyplinarnych zespołów decydują o konkurencyjności.

¹ Decyzja Parlamentu Europejskiego z dnia 27 listopada 2014 r. w sprawie wspierania praw konsumentów na jednolitym rynku cyfrowym (2014/2973(RSP)), punkt P

Wchłanianie oraz przetwarzanie wiedzy jest podstawą skuteczności procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Ponadto, umożliwia ona również adekwatną reakcję na zmiany - przewidywania oraz wyprzedzania negatywnych reakcji organizmu prosumenta i podejmowania działań naprawczo-zapobiegawczych. Procesy kreowania wiedzy wewnątrz podmiotów w ramach organizacji sieciowej oraz absorpcja wiedzy zewnętrznej, determinują kompleksową skuteczność procesów świadczonych usług i satysfakcję *stakeholders*. Zdolności absorpcyjne poszczególnych uczestników interdyscyplinarnych zespołów stanowią potencjał do rozpoznania, pozyskania oraz eksploatacji wiedzy, są jedną z umiejętności zespołowego uczenia się.

Przedstawiona sytuacja rosnącego zagrożenia czynnikami ryzyka była istotną przesłanką oraz uzasadnieniem do podjęcia autorskich badań nad poziomem występowania czynników ryzyka. Przyjęte hipotezy badawcze wskazują na kierunek poszukiwania odpowiedzi na istotne pytania badawcze. Wątek wpływu ryzyka decyzyjnego na zarządzanie procesem świadczonych usług w szpitalach publicznych, jest istotnym elementem, a biorąc pod uwagę interdyscyplinarność nauk o zarządzaniu, jego ranga rośnie.

Dlatego też, zasadne jest poznanie, jakie postawy wobec tego problemu przyjmuje zarówno środowisko pacjentów jak i środowisko medyczne podmiotów publicznych województwa warmińsko-mazurskiego, pomorskiego oraz wielkopolskiego. Przedmiotem rozprawy uczyniono opracowanie modelu kompleksowego zarządzania ryzykiem w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Uzasadniając podjęcie tematu można wskazać pewne niedostatki w zakresie opracowań teoretycznych oraz badań empirycznych w naukach o zarządzaniu formułując je, jako:

- **luka teoretyczna** wynikająca ze słabego rozeznania zarządzania ryzykiem decyzyjnym w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych. W celu wypracowania lub zmniejszenia, zostaną tu rozpoznane różne teoretyczne koncepcje ryzyka decyzyjnego ze szczególnym uwzględnieniem zarządzania ryzykiem decyzyjnym w szpitalach publicznych,
- **luka empiryczna** powstała poprzez niepełne, fragmentaryczne oraz rozproszone dane zarówno w ochronie zdrowia jak i w szpitalach publicznych. Kompleksowość przeprowadzonych badań jest próbą jej wypełnienia, podstawą do dalszych pogłębionych analiz.
- **luka metodyczna** wynikająca przede wszystkim ze specyfiki szpitali publicznych. Proces redukcji oparto na metodach analizy oraz oceny uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w kompleksowym zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Sprostanie wyzwaniom płynącym ze zidentyfikowanych luk badawczych może przyczynić się do znacznego uzupełnienia wiedzy w zakresie identyfikacji oraz systematyzacji uwarunkowań determinujących skalę, zakres i dynamikę ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych. Turbulencja otoczenia powoduje, iż podmioty publiczne nie są w stanie odpowiednio szybko reagować. Wzrasta poziom ryzyka decyzyjnego, które może negatywnie wpływać na satysfakcję zdrowotną prosumentów w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Mój wkład w rozwój nauk o zarządzaniu wynika między innymi z odpowiedzi na pytania dotyczące oceny funkcjonowania szpitali publicznych. Do analizy głównego celu rozprawy wykorzystano następujące czynniki metodologiczne: założenia klasycznych teorii usług uzasadniające pewne, istotne rozwiązania rynkowe (np. marketyzacja procesów świadczonych usług szpitalnych), procesy przemian w zakresie ochrony zdrowia po 1989 roku; rozwiązania organizacyjno-prawne po wejściu do Unii Europejskiej; analizy empiryczne rozwiązań systemowych.

Ponadto, wykazano również, iż rynek usług szpitalnych, w odróżnieniu od rynków innych usług, (na których, podaż jest ściśle uzależniona od popytu, natomiast czynniki ją kształtujące określają możliwości oraz zakres świadczonych usług), rządzi się specyficznymi regułami. Wpływ pobytu (a co za tym idzie mechanizmu cenowego) na wielkość podaży usług szpitalnych jest w znacznym stopniu ograniczony. Zależy to od funkcjonujących *in concreto* regulacji administracyjno-prawnych.

Zgłaszany popyt stanowi realizację polityki zdrowotnej - wynik wyborów politycznych, nieodzwierciedlający rzeczywistych potrzeb prosumentów. Dostęp postrzegany jest, jako przedmiot praw obywatelskich, a nie dobro ekonomiczne *sensu stricte*. Wynikiem takiego podejścia jest niska elastyczność cenowa świadczonych usług szpitalnych, zniekształcona poprzez separację płatnika od świadczeniodawcy (wzrost cen świadczonych usług szpitalnych może powodować ograniczenie ich podaży), determinująca ryzyko decyzyjne w zarządzaniu procesem świadczonych usług w szpitalach publicznych.

2.3. Główne cele oraz założenia rozprawy

Badania skoncentrowane zostały na metodach analizy oraz oceny uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w kompleksowym zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych, ponieważ: *Szanse w procesie świadczenia usług szpitalnych kreowane są najczęściej poprzez czynniki zewnętrzne, ale proces decyzyjny oraz realizacja zależą będzie od uczestników (posiadanej wiedzy) interdyscyplinarnych zespołów szpitali publicznych. Wybór projektu świadczenia usług szpitalnych zależą może również od kontekstu organizacyjno-funkcjonalnego, czynników osobowych i poznawczych, cechujących organizację wiedzy.*

Celem naukowym rozprawy jest określenie specyfiki, charakterystyki oraz miejsca ryzyka decyzyjnego. Zasygnalizowano również, możliwość wykorzystania przez szpitale publiczne modeli decyzyjnych w procesach świadczenia usług.

Celem poznawczym rozprawy jest wskazanie metod analizy oraz oceny uwarunkowań w zakresie ryzyka decyzyjnego, próba odniesienia się do specyfiki szpitali publicznych - procesów świadczenia usług szpitalnych. Ponadto, każdy zaprezentowany model może zostać wdrożony do funkcjonujących podmiotów publicznych i wykorzystany w procesach redukcji ryzyka decyzyjnego.

Celem praktycznym rozprawy jest zaprezentowanie istotnych elementów zarządzania ryzykiem decyzyjnym, które mogą zostać zaimplementowane w procesy świadczenia usług w organizacji sieciowej, kształtując przewagę konkurencyjną.

Dla potrzeb tak określonych celów rozprawy podjęto próbę weryfikacji hipotezy głównej o następującym brzmieniu: *Uwarunkowania ryzyka decyzyjnego są istotnym obszarem efektywnego zarządzania szpitalami publicznymi przy wykorzystaniu, jako narzędzi jego redukcji i poprawy jakości procesu świadczenia usług szpitalnych.* Hipotezę główną rozwinięto w ramach hipotez szczegółowych odnoszących się do specyficznych cech w relacji do podmiotów publicznych o:

- H_1 - rosnącą niepewność otoczenia, a także liczbę istotnych zagrożeń oraz sytuacji kryzysowych, które prowadzą z jednej strony do utraty skuteczności funkcjonowania szpitali publicznych a z drugiej wzrostu ryzyka decyzyjnego. Wzrasta presja czasu w procesie podejmowania strategicznych decyzji w świadczeniu usług szpitalnych.
- H_2 - proces monitorowania otoczenia oraz tworzenia scenariuszy zagrożeń pozwalających na wczesne wykrycie słabych sygnałów (np. w wywiadzie środowiskowym), będących podstawą identyfikacji istotnych wiązek ryzyk, które

mogą wpłynąć na zmianę strategii zarówno procesu diagnozowania jak i procesu świadczenia usług.

- H_3 - ocenę realizowanej strategii/procesów świadczenia usług, będącej impulsem do zmiany, rozpoznania sygnałów ostrzegawczych (istotnych wiązek ryzyk) transmitowanych do systemu wspomagania decyzji (np. poprzez analizę wywiadu środowiskowego pacjenta, wskazania diagnostyki aparaturowej).
- H_4 - wzrost jakości informacji będzie sprzyjać wykorzystaniu systemów wspomagania decyzji w szpitalach publicznych (redukcja ryzyka decyzyjnego).

Analizowane zależności pomiędzy poszczególnymi obszarami badań, określenie celów oraz sformułowanie hipotez badawczych może umożliwić na podstawie badań formułowanie wniosków o charakterze ogólnym. Proces badawczy zrealizowano poprzez studia literaturowe, badania eksperckie oraz badania empiryczne na populacji szpitali publicznych.

Przyjęty cel, hipoteza główna oraz hipotezy szczegółowe tworzą spójne i klarowne ramy rozprawy, składającej się z pięciu rozdziałów podzielonych umownie na dwie części. Część pierwsza, teoretyczna, stanowi wynik kwerendy literaturowej, na podstawie, której rozwinięto model koncepcyjny, będący szkieletem modelu badawczego oraz sformułowano hipotezy badawcze. Wykorzystano w tym zakresie ponad 360 opracowań oraz publikacji dotyczących między innymi: problematyki ryzyka, ochrony zdrowia, otoczenia oraz skuteczności szpitali publicznych.

W tej części wykorzystano wiodące opracowania w języku polskim, lecz przede wszystkim oparto się na światowym (anglojęzycznym) dorobku badawczym w tym zakresie. Pracę zamyka podsumowanie, w którym zawarto weryfikację hipotez oraz wnioski końcowe, które były przedmiotem dyskusji oraz rozważań konferencyjnych. Dokonano również próby wskazania elementów nowości, świadczących o wkładzie w rozwój nauk o zarządzaniu. Formułowanie wniosków zostało dokonane poprzez weryfikację hipotez badawczych wraz z ich syntetycznym uzasadnieniem.

Wartość aplikacyjna rozprawy wynika z faktu, iż poprzez kolejne rozdziały, stosując metodę eksplanacji, starano się zbudować model zarządzania ryzykiem decyzyjnym w szpitalach publicznych. Przedstawia ryzyko decyzyjne w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych, jako obszar wielodyscyplinarny oraz interdyscyplinarny, wymagający wykorzystywania i łączenia wiedzy z różnych dyscyplin naukowych.

Niniejsza rozprawa poświęcona takiej tematyce wpisuje się w nurt nowoczesnego zarządzania. Badania empiryczne, poszerzone indywidualnymi wywiadami z przedstawicielami środowiska ekspertów (konsultanci wojewódzcy, dyrektorzy wydziałów zdrowia, dyrektorzy szpitali publicznych) oraz studia literaturowe były determinantami procesu weryfikacji hipotez badawczych oraz pozwoliły sformułować wnioski. Poniżej zostanie podjęta próba weryfikacji hipotez szczegółowych, że:

H_1 - rosnąca niepewność otoczenia, a także liczba istotnych zagrożeń oraz sytuacji kryzysowych prowadzi z jednej strony do utraty skuteczności funkcjonowania szpitali publicznych a z drugiej wzrostu ryzyka decyzyjnego - presja czasu w procesie podejmowania strategicznych decyzji w świadczeniu usług szpitalnych.

Pozytywna weryfikacja tej hipotezy została oparta o studia literaturowe. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż szpitale publiczne, jako organizacje inteligentne, uczące się, podlegają jednocześnie wzrostowi szybkości przemian zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych, których implementacja jest szansą redukcji ryzyka decyzyjnego oraz wzrostu czasu niezbędnego w procesie świadczenia usług szpitalnych.

H_2 - proces monitorowania otoczenia oraz stworzenie scenariuszy zagrożeń pozwala na wczesne wykrycie słabych sygnałów (np. w wywiadzie środowiskowym), będących podstawą identyfikacji istotnych wiązek ryzyk, które mogą wpłynąć na zmianę strategii zarówno procesu diagnozowania jak i procesu świadczenia usług.

Proces weryfikacji niniejszej hipotezy oparto na założeniu turbulentności warunków świadczenia usług szpitalnych powodujących, iż determinantą redukcji ryzyka decyzyjnego oraz wzrostu satysfakcji zdrowotnej jest proces monitorowania oraz wraźnia działań naprawczo-zapobiegawczych. Natomiast, podstawowym zadaniem wywiadu środowiskowego jest dostarczenie (dotarcie) do skumulowanych informacji tworzących całościowy obraz otoczenia pacjenta pod kątem szans oraz zagrożeń, stanowiących podstawę procesu podejmowania decyzji (scenariuszy) świadczenia usług szpitalnych. Definicję scenariusza zawarto w rozdziale III.

Złożoność procesu świadczenia usług szpitalnych nie pozwala na sparametryzowanie wszystkich istotnych czynników determinujących satysfakcję zdrowotną pacjentów oraz proces redukcji ryzyka decyzyjnego. Pojawiają się, bowiem zagrożenia, których nie sposób ująć liczbowo, jak również trudno oszacować prawdopodobieństwo wystąpienia. Należy, co przedstawiono w rozdziale IV, wdrożyć instrumenty z zakresu ubezpieczeń (element zarządzania ryzykiem) oraz utrwalić standardy, procedury, zalecenia, instrukcje w świadomości środowiska medycznego (wzrost doświadczenia oraz kompetencji w procesie diagnostycznym), które wpływają na procesy redukcji ryzyka decyzyjnego. Tym samym można pozytywnie zweryfikować hipotezę.

H_3 - ocena realizowanej strategii procesów świadczenia usług, gdzie impulsem do zmiany jest rozpoznanie sygnałów ostrzegawczych (istotnych wiązek ryzyk) transmitowanych do systemu wspomaganie decyzji (np. poprzez analizę wywiadu środowiskowego pacjenta),

Punktem wyjścia do pozytywnej weryfikacji hipotezy były autorskie badania, które wykazały, iż skuteczna ocena potencjalnych wiązek ryzyk w wywiadzie środowiskowym (model wywiadu środowiskowego zawiera rys. 2), może stanowić podstawę analizy zmiennych procesu świadczenia usług szpitalnych, pozwala również na wczesną weryfikację trafności antycypowania zmian.

Natomiast Systemy Wspomagania Decyzji (SWD) wykorzystywane przez zespoły diagnostyczno-terapeutyczne odgrywają istotną rolę w ramach szpitala publicznego rozumianego, jako system, który jak „transformator” przetwarza impulsy „wejścia” w sygnały „wyjścia” - kompleksową diagnozę prosumenta, pozwalając na wdrożenie skutecznych procesów osiągania istotnych celów, redukcji ryzyka decyzyjnego oraz wzrostu satysfakcji zdrowotnej (model systemu wspomaganie decyzji zawarto w rozdziale 3).

H_4 - wzrost jakości informacji będzie sprzyjać wykorzystaniu systemów wspomaganie decyzji w szpitalach publicznych (redukcja ryzyka decyzyjnego).

Weryfikacja tej hipotezy została oparta o badania empiryczne, które wykazały, iż absorpcja technologii informatyczno-informacyjnych w procesach wspomaganie decyzji w szpitalach publicznych jest relatywnie niska, co stanowi istotną barierę w kreowaniu oraz wdrażaniu nowoczesnego zarządzania, szczególnie w obszarze ochrony zdrowia - szpitali publicznych. Wykorzystując opinie ekspertów oraz wyniki autorskich badań, można stwierdzić, że hipoteza ta została pozytywnie zweryfikowana.

Na podstawie weryfikacji hipotez szczegółowych zweryfikowano hipotezę główną, iż: ***Uwarunkowania ryzyka decyzyjnego są istotnym obszarem efektywnego zarządzania szpitalami publicznymi przy wykorzystaniu, jako narzędzi jego redukcji i poprawy jakości procesu świadczenia usług szpitalnych.*** Studia literaturowe oraz wyniki badań empirycznych pozwalają potwierdzić hipotezę główną. Wykazano, iż implementacja metod analizy oraz oceny uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych redukuje ryzyko decyzyjne wpływając jednocześnie na wzrost satysfakcji prosumentów.

Przyjmuje się również, iż zmiany układu sił na rynku usług szpitalnych oraz usankcjonowanie dominującej pozycji podmiotów publicznych, można uzasadnić na podstawie uzupełnień teorii klasycznych, w nowej geografii ekonomicznych przemian społeczno-gospodarczych.

Wkładem w rozwój nauk o zarządzaniu jest uporządkowany oraz konsekwentny sposób wyjaśniania ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych. Natomiast uzyskane wyniki autorskich badań pozwalają na uściślenie wskazań oraz przeciwwskazań procesu podejmowania ryzyka decyzyjnego. Ponadto, dzięki połączeniu nowych analiz, danych przedstawionych w niniejszej rozprawie oraz kwerendzie literaturowej wykazano, iż kompetencje uczestników interdyscyplinarnych zespołów, aparatura diagnostyczno-terapeutyczna oraz czynniki organizacyjno-funkcjonalne są determinantami procesu redukcji ryzyka decyzyjnego w świadczeniu usług szpitalnych.

Rekapitulacja dociekań w zakończeniu odnosi się do poziomu osiągnięcia zakładanych celów oraz wskazania na konsekwencje uzyskanych wyników dla teorii i praktyki zarządzania, a także wytyczyła kierunki dalszych badań nad ryzykiem decyzyjnym. Zarządzanie procesem świadczenia usług szpitalnych (jakość) jest wypadkową możliwości zatrudnienia specjalistycznych kadr w szpitalach publicznych oraz ponoszonych kosztów, satysfakcjonujących warunków pracy innych niż wynagrodzenie.

Przyjęto również, iż niewydolność systemu ochrony zdrowia - szpitali publicznych wynika z niewydolności mikroekonomicznych, braku schematów działania, algorytmów postępowania, receptariuszy. Według autora, są to mikrodziałania, których drastycznie brakuje w podmiotach publicznych, a które są trudne do przeprowadzenia, bo i środowisko medyczne oraz środowisko pacjentów jest temu przeciwne. Ponieważ zgodnie z pojęciem *path dependenci* - zależność od dotychczasowej ścieżki, automatyczne przenoszenie oraz nakładanie jednych rozwiązań na inne, w szpitalach publicznych jest niemożliwe.

2.4. Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego

Poza powyższą rozprawą, będącą podstawą ubiegania się o stopień doktora habilitowanego, wkład w rozwój nauk o zarządzaniu obejmuje publikacje, których tematyka stanowi powiązanie aktualnych doświadczeń funkcjonowania podmiotów publicznych z kontynuacją wieloletnich zainteresowań badaniem parametrów ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Wskazane publikacje cechują się różnorodnością metod, co pozwoliło na zdobycie umiejętności swobodnego posługiwania się narzędziami badawczymi. Prace zostały opublikowane w recenzowanych czasopismach naukowych.

Celem cyklu wybranych publikacji jest przedstawienie wkładu w rozwój nauk o zarządzaniu poprzez ukazanie istotnych zagadnień dotyczących oddziaływania na procesy decyzyjne w świadczeniu usług w szpitalach publicznych. W pierwszym etapie, opracowano narzędzie badawcze (kwestionariusz ankiety) determinujący sposób gromadzenia oraz oceny informacji odnoszących się do stopnia zaawansowania rozwoju istotnych sfer ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w podmiotach publicznych. Pytania dotyczące określonego problemu lub zagadnienia, uporządkowane w odpowiedniej kolejności umożliwiały na grupowanie ich w bloki tematyczne.

Kwestionariusz składał się z 81 pytań zasadniczych oraz 25 pytań metryczkowych. Pozwalał on między innymi w systematyczny sposób opisać następujące obszary: sytuację systemu ochrony zdrowia - szpitali publicznych, narodowe oraz regionalne plany rozwoju podmiotów publicznych, inwestycje.

Ponadto, możliwości finansowania określonego wolumenu usług szpitalnych, stanu zaawansowania rozwoju systemów teleinformatycznych - infrastruktury, ram prawnych oraz regulacji, edukacji i szkoleń, standardów oraz uwzględnienie sfery e-zdrowia w planach badawczo-rozwojowych.

Ze względu na założone cele, przyjęta w rozprawie metodologia badań, zgodnie z zasadą triangulacji stanowiła połączenie technik ilościowych oraz jakościowych. Punkt wyjścia stanowiły studia literaturowe badanego problemu, przeprowadzone w celu opisanego struktur oraz wewnętrznych zasad funkcjonowania podmiotów publicznych. Analizowano także na podstawie oficjalnej, dostępnej dokumentacji, normatywne podstawy możliwości redukcji ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych.

W świetle przeprowadzonych badań empirycznych oraz studiów literaturowych, zostały zdiagnozowane w szpitalach publicznych istotne procesy: identyfikacji oraz klasyfikacji ryzyka decyzyjnego, zarządzania i organizacji, skuteczności zarządzania ryzykiem oraz instrumentów redukcji ryzyka, których rozpoznanie oraz szczegółowe opisanie ma istotne znaczenie dla wzbogacania wiedzy z zakresu nauk o zarządzaniu.

Charakterystyka przyjętej metodyki badawczej zawarta jest w publikacji²:

1. Bober B., Matuska E., *Knowledge Management as Determinant of Information Asymmetry Reduction in a Health Care System* [w:] *Knowledge, innovation and quality as factors of the success in the new economy* (eds) Skrzypek A. Publisher, UMCS Lublin 2014, [39].

Badania na potrzeby niniejszej rozprawy zostały przeprowadzone w okresie od stycznia 2007 do grudnia 2011 roku, (w przyjętych cyklach rocznych). Procesem badawczym objęto celowo³ dobraną grupę N_4 - 9 360⁴ hospitalizowanych pacjentów szpitali publicznych. Uczestnicy środowiska pacjentów N_4 zostali wybrani ze względu na miejsce hospitalizowania - oddziały szpitalne⁵. Natomiast próba badawcza N_1 - 8 975 przedstawicieli środowiska medycznego została oparta na przesłaniu, iż wylosowani respondenci świadczyli pracę na rzecz wymienionych oddziałów w szpitalach publicznych bez względu na rodzaj umowy o pracę. Populacja badanych jest zgodnie z założeniami procedury badawczej - podobna, aczkolwiek odnotowano tylko niewielkie różnice w liczebności szpitali publicznych, będących wynikiem przemian w ochronie zdrowia.

Biorąc pod uwagę zainteresowanie środowiska pacjentów oraz środowiska medycznego udziałem w badaniach założono, iż zwrotność ankiet nie będzie niższa niż 60% (100% w stosunku do ankietowanych pacjentów, elektroniczną wersję kwestionariusza wypełniała przy wypisie przeszkolona pielęgniarka za zgodą przełożonego), 81,20% obejmowało środowisko medyczne). Ponadto, w procesie badawczym uczestniczyli również przedstawiciele kadry - środowiska ekspertów medycznych, N_3 540 - uczestnicy indywidualnych wywiadów.

² W tej części autoreferatu numeracja poszczególnych artykułów naukowych odnosi się do wykazu publikacji znajdującego się w załączniku 5

³ W niniejszych badaniach przyjęto założenie, iż wypisywani pacjenci są bardziej obiektywni w swoich wypowiedziach obejmujących analizowane zagadnienia badawcze.

⁴ Ilość hospitalizowanych w analizowanych województwach A, B oraz C: 2007-1 316 061; 2008-1 309 472; 2009-1 449 834; 2010-1 468 463; 2011-1 459 350

⁵ Kryterium wyboru (5) oddziałów szpitalnych; wewnętrznego, ginekologii i położnictwa, neurologii, ortopedii oraz kardiologii były dane o ilości skarg wnoszonych do Rzecznika Praw Obywatelskich (Ustawa z dnia 15 lipca 1987r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2001r., Nr 14, poz. 147. z późn. zm.) i Rzecznika Praw Pacjenta (Ustawa z dnia 31 marca 2009 r., Dz. U. z 2009r., Nr 52, poz. 417.); Ministerstwa Zdrowia oraz Naczelnego Sądu Lekarskiego o składzie, którego, zgodnie z treścią art. 38 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o Izbach Lekarskich decyduje Krajowy Zjazd Lekarzy.

W procesie doboru ekspertów, kierowano się zasadą kompetencji oraz specjalizacji, badaniu poddano osoby posiadające wiedzę empiryczną w ramach badanego zakresu (dyrektorzy wojewódzkich wydziałów zdrowia, konsultanci medyczni, dyrektorzy szpitali oraz ordynatorzy), podstawą wyboru było stanowisko pracy oraz określony zakres obowiązków⁶.

Przed przystąpieniem do badań, respondenci zostali poinformowani o celu badań oraz dobrowolnym w nich udziale. Otrzymali również dodatkowe informacje dotyczące wypełnienia ankiety oraz zapewnienie o anonimowości zebranych danych. W celu poznania danych społeczno-demograficznych, kwestionariusz ankiety badawczej zawierał „metryczkę respondentą”. Oczekiwana precyzję oraz reprezentatywność ocen istotnych zagadnień, uzyskano poprzez badanie ankietowe na bazie próby losowej obejmującej 104 szpitale publiczne (20,43% ogółu⁷) wybranych z bazy adresowej REGON, funkcjonujących w trzech, losowo wybranych województwach warmińsko-mazurskim, pomorskim oraz wielkopolskim (18,75% ogółu), oznaczonych w dalszych rozważaniach, analogicznie, jako A, B, oraz C.

Kryteria o ustalaniu wielkości próby badawczej oparto na następujących przesłankach, iż pozyskane tą drogą dane poddano niezbędnej weryfikacji oraz selekcji celem uzyskania z jednej strony wiarygodnych i kompletnych danych, a z drugiej - zapewnienia reprezentatywności próby, ponieważ podstawowe przekroje analityczne oczekiwane przy prezentacji wyników badań ograniczają się do układów: według wielkości zatrudnienia, województw, to przyjęto, iż próba rzędu 104 podmiotów publicznych będzie wystarczająco reprezentatywna, pod warunkiem wszakże, że struktura tej próby - pod względem wymienionych cech uwzględni w przybliżeniu proporcje występujące w badanej populacji.

Próbę badawczą dobrano w sposób losowo-warstwowy, warstwami były szpitale publiczne. Losowanie odbyło się z zachowaniem warstwowania według następujących kryteriów zróżnicowania:

- regionalnego - podział na województwa,
- struktury (ilości) zatrudnienia.

W omawianych badaniach wykorzystano techniki zbierania informacji, mające zarówno charakter ilościowy, jak i jakościowy. Zgodnie z przyjętą w rozprawie metodologią zasadą triangulacji, wykorzystano dane wtórne, pozyskane w wyniku:

- *analizy literatury* - publikacji oraz opracowań teoretycznych dotyczących ryzyka decyzyjnego w szpitalach publicznych oraz
- *badania dokumentów* - analizy istotnych dokumentów w obszarze zarządzania procesem ryzyka decyzyjnego oraz rozwiązań prawnych w tym obszarze.

Zostały one wykorzystane głównie w teoretycznych częściach rozprawy. Natomiast, dane pierwotne, uzyskano poprzez zastosowanie metody reprezentacyjnej (sondażu), polegającej na przeprowadzeniu badań (technika: autorski kwestionariusz ankiety) wśród danych zbiorowości, które zostały poddane pilotażowej ocenie w grupie N₁ 8 975, N₂ - 120; N₄ - 93 600, N₅ - 1000. Wynikiem było usunięcie nadmiarowych pozycji oraz dokonanie modyfikacji niektórych sformułowań w celu uzyskania przejrzystości oraz zwięzłości pytań. Opinie respondentów oceniano, wykorzystując 5-punktową skalę Likerta (od „zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak” z neutralną opcją odpowiedzi w środkowej pozycji). Przyjęte założenia uprawniają według autora do rozszerzenia wyników na populację zarówno pacjentów jak i lekarzy.

⁶Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

⁷ 509 szpitali publicznych bez MON oraz MSW: Stan na dzień 31.12.2007r.

Elektroniczna wersja kwestionariusza wypełniana była przy wypisie pacjentów przez przeszkolone pielęgniarki, posiadające wymagane środki techniczne do tego typu badań ponadto, respondenci mogli również uzyskać od nich dalsze informacje na temat prowadzonego badania. Otrzymane odpowiedzi zostały pogrupowane oraz zestawione w formie tabel i wykresów.

Następnie poddano je analizie opisowej oraz statystycznej - stały się wkładem w rozwój nauk o zarządzaniu i inspiracją do dalszej eksploracji tematyki zawartej w publikacjach dotyczących między innymi idei Partnerstwa Publiczno-Prywatnego - PPP:

2. Bober B., *The Idea Public-Private Partnership as a Chance for the Infrastructure of the Private Hospital*, [w:] *Integration in management*, Publisher. UMCS, Lublin 2012, [21].

Celem implementacji zasad PPP było wykazanie, iż szpitale publiczne zachowują się na rynku usług podobnie jak podmioty prywatne, podlegają zbliżonym regułom, według których te ostatnie funkcjonują. Dlatego też, jak każdy inny podmiot mogą być również przedmiotem oceny - poziomu ryzyka ze strony potencjalnych, prywatnych inwestorów. Uwzględnienie czynników ryzyka zawodowego zawarte w publikacji:

3. Bober B., *Ryzyko zawodowe kadry medycznej w procesie diagnostyczno-terapeutycznym*, [w:] *Determinanty ryzyka i zdarzeń wypadkowych w kształtowaniu bezpieczeństwa*, T. II, Wyd. Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2013c, [25].

sprawia, iż kwestie zarządzania ryzykiem zawodowym środowiska medycznego w szpitalach publicznych, nabierają szczególnie istotnego znaczenia. Patrząc z tej perspektywy, wkład w rozwój nauk o zarządzaniu jest istotny a wybór przedmiotu dociekań naukowych uzasadniony. Ponadto, próbą opisu wkładu w rozwój nauk o zarządzaniu były również publikacje:

4. Bober B., *Rola informacji w procesie świadczenia usługi szpitalnej*, [w:] *Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia*, Wyd. Olsztyńskiej Szkoły Informatyki i Zarządzania im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego w Olsztynie, Olsztyn 2010, [10],
5. Bober B., *Zaufanie - czynnik kapitału społecznego szpitala publicznego redukujący ryzyko decyzyjne w procesie świadczenia usługi szpitalnej*, [w:] *Wpływ zmienności otoczenia na doskonalenie organizacji*, Wyd. UMCS w Lublinie, Lublin 2011, [15],
6. Bober B., *Czas w procesie kompleksowego świadczenia usług*, Wyd. *Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstw* nr 3(758) marzec 2013, [27],

przedstawiające wyniki analizy, które wykazały, iż czynnikami predykcyjnymi implementację Systemów Wspomagania Decyzji - SWD w zarządzaniu procesami świadczonych usług w szpitalach publicznych są między innymi informacje pozyskane w procesie wywiadu środowiskowego (model przedstawiony jest w trzecim rozdziale rozprawy, rys. 8), oparte na:

- wzajemnym zaufaniu w procesie wywiadu środowiskowego oraz
- czynnika czasu determinującego procesy świadczenia usług w podmiotach publicznych.

Natomiast z publikacji:

7. Bober B., *Efektywność – moralne dylematy w procesie świadczenia usługi szpitalnej*, [w:] *Zarządzanie w ochronie zdrowia*, Wyd. Olsztyńskiej Szkoły Informatyki i Zarządzania im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego w Olsztynie, Olsztyn 2011, [14],
8. Bober B., *Etyka - ryzyko decyzyjne w procesie świadczenia usługi szpitalnej*, [w:] *Problemy etyczne w organizacji uczącej się*, Wyd. UMCS w Lublinie, Lublin 2010, [12],

pochodzą dalsze, interesujące próby wniesienia wkładu w rozwój nauk o zarządzaniu, dotyczące wpływu regulacji prawnych Unii Europejskiej (UE) determinujących procesy harmonizacji oraz unifikacji rozwiązań w Polskiej ochronie zdrowia - szpitalach publicznych.

Także w ramach „prawa miękkiego” uwzględniane są te zagadnienia poprzez Kodeksy dobrych praktyk, standardy, rekomendacje, zalecenia, instrukcje przygotowywane przez środowisko medyczne. Pomimo tak rozbudowanego instrumentarium, przeprowadzone autorskie badania wykazały, iż poziom bezpieczeństwa prosumenta nie spełnia jego wymagań. Szpitale publiczne dysponują narzędziami pozwalającymi skutecznie oceniać poziom istotnych wiązek ryzyk w zarządzaniu procesem świadczonych usług, ale brak jest podejścia procesowego. Funkcja personalna:

9. Bober B., *Interdisciplinary Team as an Element of Knowledge Management in Medical Enterprise* [w:] *Human Potential Management In A Company*, Publisher Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Slovenska Republika 2012, [19],
10. Bober B., *Human Resources Management in the Network Organization in the Conditions of the Reform of Health Service on the Example of Public Hospitals*, Publisher Human Resources Management And Ergonomics 1/2014, v. VIII, 2014, [36],

w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych jest realizowana poprzez interdyscyplinarne zespoły diagnostyczno-terapeutyczne, w ramach których uczestnictwo oparte jest na posiadaniu *function specific competencies* umożliwiających ranking lekarzy. Implementacja zasad benchmarkingu w podmiotach publicznych może wpłynąć na proces redukcji „luki kompetencyjnej”.

Posiadane kompetencje uczestników interdyscyplinarnych zespołów są czymś „niewidzialnym”, jednak tworzą jak najbardziej „widzialne” efekty - redukcję ryzyka decyzyjnego oraz wzrost satysfakcji zdrowotnej prosumentów. Natomiast koordynacja polityki zdrowotnej - bezpieczeństwa zdrowotnego, powinna uwzględniać przemiany w ochronie zdrowia oraz regulacje i zalecenia UE. Jest ona niezbędna z uwagi na potrzebę odnoszenia istotnych korzyści w zarządzaniu procesem bezpieczeństwa zdrowotnego. Ponadto, wykazano, że szpitale publiczne odgrywają decydującą rolę w procesie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Determinantą jest zrównoważony rozwój sieci szpitali publicznych.

Powyższe publikacje argumentują udział ryzyka decyzyjnego w dotychczas nie w pełni poznanych procesach świadczenia usług w szpitalach publicznych, a uzyskane wnioski mogą przyczynić się do rozwoju nauk o zarządzaniu. Unikatowość uzyskanych wyników rozprawy, polega na jednorodności grupy badawczej oraz wieloletnich obserwacji. Zaprezentowana rozprawa przedstawia aktualny stan podmiotów publicznych, zawiera również propozycje praktycznych rozwiązań, wskazując narzędzia oraz możliwości redukcji ryzyka decyzyjnego i kształtowania poziomu satysfakcji interesariuszy.

Moim zdaniem opracowany model kompleksowego systemu zarządzania ryzykiem decyzyjnym, jest interesująca próbą wkładu w rozwój nauk o zarządzaniu. Stwarza również możliwość wdrożenia budżetu zadaniowego, implementację rachunku ABC oraz ABM. Instrumenty te umożliwiają ocenę skuteczności wykorzystania posiadanych zasobów w procesach świadczenia usług w szpitalach publicznych. Ponadto implementację procedur zarządczych oraz analizę ustawowych efektów realizacji i procesów satysfakcji interesariuszy podmiotów.

3. Działalność popularyzatorska dydaktyczna, naukowa

3.1. Działalność organizacyjna oraz współpraca międzynarodowa

Działalność naukowo-dydaktyczną rozpocząłem w 2006 roku, podejmując pracę, jako asystent w Wyższej Szkole Zarządzania im. Bogdana Jańskiego w Elblągu, następnie, jako adiunkt w Wyższej Szkole Zarządzania i Bankowości w Poznaniu. Po uzyskaniu stopnia naukowego doktora, uczestniczyłem/uczestniczę w projektach badawczych, realizowanych w International Academic Network „*Human Potential Development in Central and Eastern EU States*“ - HPD CEEUS:

- *Motivation and motivating* (moderator assoc. prof. Martina Blašková PhD, University of Žilina, Slovakia),
- *Organization as the space for human potential development* (moderator prof. dr. Vladiimiras Gražulis, Mykolas Romeris University, Lithuania), oraz
- jednostkach organizacyjnych macierzystych uczelni.

Ponadto przeprowadziłem autorskie badania na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, pomorskiego oraz wielkopolskiego w okresie od grudnia 2007 do stycznia 2011 roku, stwarzające możliwości realizacji zainteresowań naukowych, dając jednocześnie asumpt do prezentowania ich wyników w postaci publikacji. Uczestnictwo w konferencjach i sympozjach naukowych, krajowych i zagranicznych, jako naturalny element rozwoju naukowego, towarzyszyło stale w kolejnych etapach pracy naukowej, przejawiając się udziałem w konferencjach, co stanowiło wyzwanie, ale również przyczyniało się wymianie poglądów w procesie ciągłego rozwoju naukowego.

Zainteresowanie problematyką ochrony zdrowia - zarządzania szpitalami publicznymi oraz badania w jej ramach prowadzone, jak również publikacje je charakteryzujące, stanowią o moich próbach wkładu w rozwój dyscypliny nauk o zarządzaniu, są również przedmiotem dalszych analiz oraz kontynuacją badań, ponieważ wzrost znaczenia zarządzania ryzykiem decyzyjnym w procesie świadczenia usług szpitalnych, zwiększająca się jego dynamika rozwojowa, rosąca ilość zagrożeń, powodują istotne zmiany w formule funkcjonowania podmiotów wchodzących w skład organizacji sieciowej.

3.2. Formy popularyzowania nauki oraz upowszechniania badań naukowych

Turbulencja otoczenia szpitali publicznych powoduje konieczność myślenia poprzez pryzmat profesjonalnych rozwiązań oraz projakościowych wymagań prosumenta. Stąd w realizowanych publikacjach z tego zakresu skupiono się nie tylko na aspektach popularyzatorskich, ale podjęto również wyzwanie, ukierunkowane na analizę zachodzących zjawisk oraz poszukiwanie determinant warunkujących procesy rozwoju ochrony zdrowia - szpitali publicznych.

Praca naukowo-dydaktyczna związana jest również z odpowiedzialnością pełnienia funkcji promotora prac dyplomowych, zarówno w uczelni macierzystej - Wyższej Szkole Zarządzania i Bankowości w Poznaniu - jak i innych uczelniach. Efektem opieki naukowej nad rozwojem studentów jest 130 prac licencjackich oraz magisterskich, wypromowanych w uczelni macierzystej oraz Wyższej Szkole „Kadr dla Europy” w Poznaniu. Uzyskiwane z ich recenzji oceny nie były niższe od noty dobrej, co potwierdza ich wysoki poziom merytoryczny.

Dodatkowym atutem prac było występowanie w każdym niemal przypadku części empirycznej, która dodatkowo pozwala na łączenie aspektów teoretycznych z praktycznymi. Chciałbym jednocześnie dodać, iż tematyka prac, oscylowała wokół problematyki strategicznych aspektów, dotyczących rozwoju organizacji oraz obszarów wymagających doskonalenia - restrukturyzacji, jak również możliwość aplikacji nowoczesnych metod usprawniających procesy zarządzania. W ramach studiów podyplomowych, oprócz prowadzenia zajęć dydaktycznych, pełniłem też funkcje promotora oraz w wielu przypadkach recenzenta prac dyplomowych. Prowadzę/prowadziłem również wykłady oraz ćwiczenia: z zarządzania strategicznego, koncepcji zarządzania, zarządzania jakością oraz zarządzania projektami na studiach I oraz II stopnia, jestem również twórcą programu o specjalności: zarządzanie ryzykiem decyzyjnym.

Dokonując podsumowania dorobku oraz osiągnięć naukowych od momentu uzyskania stopnia doktora, pragnę podkreślić, iż jestem autorem i współautorem 50 publikacji, w tym między innymi 2 monografie w języku polskim, 35 rozdziałów w monografiach w języku polskim, w tym 10 rozdziałów anglojęzycznych, 5 artykułów w recenzowanych czasopiśmie polskim oraz 5 artykułów w recenzowanych czasopiśmie w języku angielskim. Syntetyczne zestawienie zawarto (tab.1). Podkreślenia wymaga fakt, iż w dalszym ciągu kontynuuję pracę naukową przygotowując kolejne artykuły oraz referaty.

Tab.1. Struktura publikacji

Rodzaj	Przed doktoratem	Po doktoracie	Autor	Współautor
Monografie		2	1	1
Rozdziały w monografiach	3	35	31	4
Publikacje w czasopiśmie naukowych		10	8	2
Razem	3	47	40	7

Ponadto do dokumentacji załączono pisemne zestawienie deklaracji współautorów dotyczących procentowego udziału poszczególnych osób w każdej z prac.

W latach 2007-2014 **byłem uczestnikiem 25 konferencji naukowych o zasięgu międzynarodowym lub krajowym**, na których **wygłosiłem 20 referatów**. W ramach *HPD CEEUS* (od 2014r.), jestem również członkiem komitetów naukowych oraz recenzentem publikacji w czasopiśmie zagranicznych:

1. Vidrikova D., Boc K., *Acquiring of professional habits by the students with method of the continual simulation of activities in virtual private security service agency*, Publisher Human Resources Management and Ergonomics, 2015,
2. Matuska E, Sałek-Imińska A., *Diversity Management As Employer Branding Strategy- Theory And Practice*, Publisher Human Resources Management and Ergonomics, 2015.

Charakteryzując moje zainteresowania naukowo-badawcze po uzyskaniu stopnia doktora należy wskazać główne obszary zainteresowań: Zarządzanie...”:

1. „...jakością”,
2. „...ryzykiem decyzyjnym”,
3. „...strategiczne oraz”
4. „...zarządzanie zasobami ludzkimi”.

Wymienione obszary determinują procesy badawcze w ramach studiów literaturowych oraz pogłębionych badań empirycznych. Tematyka wybranych 10 publikacji koncentruje się wokół problematyki ochrony zdrowia - szpitali publicznych.

Podsumowując swoją działalność dydaktyczną oraz popularyzatorską, chciałbym podkreślić otwartość na współpracę z naukowcami innych polskich oraz zagranicznych uczelni, zaangażowanie w organizację oraz uczestnictwo w konferencjach naukowych, a także transfer wiedzy do praktyki poprzez kształcenie specjalistów na poziomie podyplomowym, w których byłem 67 przypadkach promotorem a w 51 recenzentem.

Podsumowując autoreferat, **celem przedstawionej rozprawy, była identyfikacja uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w procesie świadczenia usług szpitalnych.** Według autora, cel ten został zrealizowany poprzez badanie stanu wiedzy o ryzyku decyzyjnym występującym w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych, jako podmiotów funkcjonujących w warunkach rynkowych.

Przyjmując pewien poziom uogólnień, wnioski oraz zalecenia dotyczące kierunków rozwoju podmiotów publicznych i propozycje w zakresie aplikacji koncepcji kompleksowego zarządzania ryzykiem w procesie świadczenia usług szpitalnych, mogą być odpowiedzią na wyzwania, stojące przed współczesnymi szpitalami publicznymi. Przeprowadzone studia literaturowe oraz badania własne wykazały także, iż **współczesne ujęcia ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych wyróżnia pragmatyzm.**

Uwzględniając wyniki analizy modeli ryzyka decyzyjnego, jak również odniesienia do koncepcji organizacji sieciowej oraz zarządzania kapitałem intelektualnym można przypuszczać, iż rozwój nauki o zarządzaniu będzie intensyfikował dążenia badaczy do wypracowania wzorców ryzyka w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych dostosowanych do określonego kontekstu, w szczególności nowoczesnych modeli oraz koncepcji organizacji uczącej się. Można założyć, iż **współczesne ujęcia ryzyka w procesie świadczenia usług szpitalnych bazować będzie na założeniu spełniającym rolę aksjomatu, zgodnie, z którym ryzyko decyzyjne w procesie świadczenia usług szpitalnych jest epistemologicznie i fenomenologicznie zależne od kontekstu ich przejawiania: organizacyjnego, społecznego oraz biznesowego.**

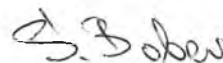
Niniejsza rozprawa odzwierciedla, z jednej strony tendencje występujące w tym obszarze problemowym natomiast, z drugiej ujawnia potencjał teorii oraz praktyki współczesnego zarządzania.

Ponadto, w toku przeprowadzonych analiz wykazano, iż wieloaspektowe próby wypracowania jednoznacznych oraz uniwersalnych rozwiązań w zakresie identyfikacji ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług szpitalach publicznych nie przyniosły zadawalających, powszechnie akceptowanych rozwiązań. Zarządzanie ryzykiem decyzyjnym wymaga podejścia procesowego, wykorzystania oraz implementacji kompleksowych projektów - scenariuszy świadczonych usług szpitalnych, co sprzyja zarówno skuteczności funkcjonowania, jak również osiąganiu przewagi konkurencyjnej na rynku usług szpitalnych i satysfakcji interesariuszy.

Efektom stopniowej ewolucji zainteresowań naukowo-badawczych jest wskazanie oraz omówienie rozprawy habilitacyjnej zatytułowanej: ***Metody analizy i oceny uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.*** Skoncentrowano się na prezentacji szerokiego spektrum uwarunkowań działalności szpitali publicznych, w formule studium teoretyczno - empirycznym, opartego na dogłębnych analizach, co wydaje się potwierdzać wkład pracy w rozwój nauk o zarządzaniu. Przedstawione w rozprawie modele mogą służyć za punkt wyjścia w określaniu metodyki badań w obszarze ryzyka decyzyjnego. Wykorzystane narzędzia badawcze przyczyniają się do skutecznego rozpoznania, podjętej tematyki uwarunkowań ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Ponadto, badania przeprowadzono na istniejącej populacji podmiotów publicznych, można, zatem wskazać element praktycznego zastosowania wykorzystanych modeli. Nie można ich przyjąć, wprost ale, po dokonaniu odpowiednich modyfikacji, mogą posłużyć za swoistą mapę - drogowskaz postępowania w procesach redukcji ryzyka decyzyjnego w podmiotach publicznych. Rozprawa stanowi, swoistego rodzaju kompendium wieloletnich autorskich badań związanych z uwarunkowaniami ryzyka decyzyjnego w szpitalach publicznych.

Poznań 2015r.



.....
podpis