

dr hab. n. med. Mirosław Jerzy Jarosz, prof. nadzw.  
Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie  
Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Ocena rozprawy doktorskiej pt.  
„Controlling medyczny jako element zarządzania ryzykiem w szpitalu”  
napisanej przez  
mgra Piotra Szykiewicza  
  
pod kierunkiem  
dr hab. Michała Marcza

## **1. Ocena formalnej poprawności pracy**

Przedstawiona do oceny praca ma formę jednostronnego wydruku komputerowego w twardej oprawie, zawierającego poza stroną tytułową, 162 numerowane strony. Struktura pracy, w ogólnym oglądzie, jest typowa dla prac badawczych prowadzonych w obszarze nauk medycznych, nauk o zdrowiu lub nauk społecznych. Po stronie tytułowej, znajduje się szczegółowy spis treści ponumerowany w układzie dziesiętnym, zawarty na trzech stronach. Zasadniczy tekst pracy został podzielony na 7 zasadniczych części (rozdziałów).

Pierwszą częścią jest „Wprowadzenie”, która stanowi blisko jedną piątą treści całej pracy (30 stron). Rozdział ten zawiera omówienie przedmiotu pracy na tle przeglądu piśmiennictwa oraz społeczne i poznawcze uzasadnienie podjęcia problematyki. Drugi rozdział, który nosi tytuł - „Problem badawczy, tezy i zadania pracy” zawiera na 6 stronach, opis problemu badawczego, tezy pracy, jej cel, ale także definicję pojęcia „controllingu medycznego”. Trzeci rozdział - „Metodyka i narzędzia zastosowane w pracy” dostarcza na 9 stronach ogólnej informacji o zastosowanych metodach (pierwszy podrozdział), ale także wyniki badań ankietowych wraz z ich interpretacją (drugi podrozdział). Czwarty rozdział został zatytułowany „Opis systemu informatycznego „Medmetriq”, w którym na 35 stronach zawarto opis funkcjonalności aplikacji informatycznej wykorzystanej w badaniach, ilustrowany licznymi obrazami „ekranów roboczych”. Rozdział piąty – „Opis wybranych raportów controllingu medycznego na przykładzie szpitali”, liczy 38 stron i

zawiera prezentację pięciu przypadków, będących analizami typu „benchmarking”, wykonanych z zastosowaniem opisanej w poprzednim rozdziale aplikacji informatycznej. Rozdział szósty, zatytułowany „Uwarunkowania wdrożenia controllingu medycznego” zawiera na 6 stronach rodzaj dyskusji omawiającej główne obszary zagadnień wpływających na przebiegu procesu wdrażania controllingu medycznego. Ostatni, siódmy rozdział zawiera na 4 stronach omówienie osiągniętych, według autora pracy, celów poznawczych i aplikacyjnych.

Na kolejnych 31 stronach pracy zawarto: 1) bibliografię załącznikową liczącą 165 pozycji ułożonych alfabetycznie; 2) słownik wykorzystanych pojęć i skrótów; 3) spisy tabel, ilustracji i załączników; 4) materiały załącznikowe oraz 5) streszczenie rozprawy w języku polskim i angielskim.

Jak stwierdzono wyżej, struktura pracy, w ogólnym oglądzie, jest typowa dla prac badawczych prowadzonych w obszarze nauk medycznych, nauk o zdrowiu lub nauk społecznych. Wątpliwości i zastrzeżenia recenzenta budzą jednak pewne elementy i szczegóły tej struktury.

Po pierwsze, pojęcie „controllingu medycznego” zostało omówione w odrębnym podrozdziale rozdziału drugiego, który zgodnie z jego tytułem miał być poświęcony omówieniu problemu badawczego oraz przedstawieniu tez i celów pracy. W opinii recenzenta właściwym byłoby przesunięcie podrozdziału definiującego pojęcie „controllingu medycznego” do rozdziału pierwszego, czyli „Wprowadzenia.”

Po drugie, w rozdziale trzecim „Metodyka i narzędzia zastosowane w pracy” znajduje się podrozdział „Ankieta badawcza”, który wbrew oczekiwaniom, nie zawiera wyłącznie opisu jednego z zastosowanych narzędzi badawczych, ale przede wszystkim wyniki uzyskane z badania ankietowego oraz wnioski płynące z tych wyników. *Nota bene* wnioski te poprzedzają prezentację wyników, co jest rozwiązaniem dość nietypowym.

Po trzecie, rozdział czwarty stanowiący ponad 20% pracy zawiera opis narzędzia informatycznego zastosowanego przy analizie opisanych dalej 5 przypadków (szpitali). W opinii recenzenta opis narzędzia informatycznego jest zbyt obszerny. Wykorzystana w pracy aplikacja informatyczna mogłaby zostać syntetycznie omówiona w podrozdziale rozdziału 3 – „Metodyka i narzędzia zastosowane w pracy” np. pod tytułem „Techniki i narzędzia badawcze” obok wspomnianej wyżej ankiety. Natomiast pełniejszy opis omawianej aplikacji informatycznej, jako specyficznego narzędzia badawczego, mógłby zostać umieszczony w załączniku.

Konsekwentnie, zarówno wyniki badania ankietowego jak i opisy wybranych 5 przypadków (szpitali), powinny być zamieszczone w odrębnym rozdziale omawiającym wyniki badań.

Pozostałe aspekty struktury pracy nie budzą większych wątpliwości recenzenta, z wyjątkiem pewnych usterek redakcyjnych dotyczących spisu treści i numerowania rozdziałów. Autor zastosował tzw. system dziesiętny, zwykle stosowany w dużych pracach, szczególnie o charakterze analitycznym lub technicznym. W systemie tym numeruje się wszystkie wyróżnione fragmenty tekstu (rozdziały, podrozdziały, pod-podrozdziały itd.) jednak z zachowaniem zasady podziału na części. Oznacza to, że nie powinny być wyróżniane i numerowane fragmenty tekstu nie będące wynikiem podziału. Inaczej mówiąc powinny być co najmniej dwie jednostki podziału tekstu niższego rzędu. Z usterką taką mamy do czynienia w rozdziale piątym, gdzie występują pojedyncze podrozdziały na trzecim poziomie. Inną usterką jest brak numeracji ostatnich części pracy, po rozdziale siódmym.

Ostania z tej grupy uwag dotyczy zamieszczenia „załączników” przed „streszczeniami”. Jak sama nazwa wskazuje, załączniki są czymś dodanym, uzupełniającym do pracy. Natomiast streszczenie jest traktowane zwykle jako element samej pracy i jest zwykle umieszczane po bibliografii końcowej ale przed załącznikami.

Innym, dość częstym, błędem edytorskim jest niekonsekwentne stosowanie zasady dotyczącej odstępów pomiędzy tytułami i podtytułami rozdziałów a tekstem zasadniczym. Z zasady należy stosować większy odstęp (np. dwa wiersze) nad tytułem, a mniejszy (jeden odstęp) pod tytułem. Chodzi o to aby optycznie tytuł był zbliżony do fragmentu tekstu którego dotyczy, a odsunięty od fragmentu tekstu poprzedzającego. Przykładem tego typu błędu jest strona 19.

Zasadniczy tekst pracy został podzielony na akapity, ale sposoby ich wyodrębniania i zaznaczania nie są jednolite. Stosowane są zarówno tzw. „wcięcia akapitu”, bez linii odstępu jak i oddzielanie akapitów tylko linią odstępu (bez wcięcia akapitu), ale czasami brakuje zarówno linii odstępu jak i wcięcia akapitu (przykłady na str. 10, 12, 14). Niekonsekwencja taka jest istotnym błędem edytorskim, pogarszającym czytelność tekstu. Zgodnie z zasadami edytorskimi w całym tekście należy stosować jeden sposób wyróżniania akapitów.

W ocenianej rozprawie, błędy literowe są rzadkie, podobnie rzadko zdarzają się błędy lub niejasności interpunkcyjne albo konstrukcje zdań wątpliwe gramatycznie. Są one jednak na tyle

mało istotne, że nie zasługują na ich przytaczanie i szersze omawianie. Jednak przed opublikowaniem całości lub części pracy wskazana byłaby korekta językowa.

Wszystkie ilustracje, niezależnie od ich typu (wykresy, schematy i obrazy ekranów) zostały opisane jako „Rycina”. Historycznie, określenie „rycina” wskazuje na archaiczną już technikę wykonania matrycy służącej do powielenia ilustracji w druku. Zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami edycji prac naukowych, różne typy ilustracji powinny być opisywane w adekwatny sposób i numerowane odrębnie. Stosowanie jednej nazwy dla różnych typów ilustracji jest raczej typowe dla prac popularnych, ale i wówczas właściwą, wspólną nazwą jest raczej „ilustracja.” Niestety zasady te są coraz częściej łamane nawet w publikacjach wydawanych drukiem, co nie zwalnia jednak recenzenta od obowiązku wskazywania jak być powinno.

Formalną wadą edytorską jest także umieszczanie opisu nad ilustracjami. Zgodnie z polskimi normami wydawniczymi (PN-78/N-01222.04), podpisy powinny znajdować się pod ilustracjami. Część ilustracji zamieszczonych w pracy, to tzw. „zrzuty ekranów”, które w większości przypadku są mało czytelne lub zupełnie nieczytelne (np. „ryciny” 55, 56, 57). Powstaje zatem pytanie co do celowości ich zamieszczania, w szczególności w głównej części pracy. Pełnią one, co najwyżej, pewną rolę dokumentacyjną i jako takie mogłyby ewentualnie znaleźć się w załącznikach.

Dyskusyjne jest także w opinii recenzenta wskazywanie informatycznego „Systemu Medmetriq” jako „źródła” w podpisach pod ilustracjami a nawet pod tabelami zawierającymi informacje z tego systemu. Wskazywanie „źródła” pod ilustracjami lub tabelami ma na celu wskazanie ich twórcy, w rozumieniu praw do własności intelektualnej. Przypisywanie „Systemowi Medmetriq” posiadania atrybutów twórczej inteligencji, wydaje się mocno przesadzone. Z opisu wynika, że „System Medmetriq” to sprawne narzędzie informatyczne użyteczne w procesie kontrolingu medycznego, a nie osoba fizyczna lub prawna (instytucja). Sam autor pisze na stronie 49 „System Medmetriq jest narzędziem analitycznym przeznaczonym dla kadry zarządzającej jednostkami służby zdrowia”. Jeżeli informacje dostępne dzięki niemu zostały wykorzystane przez autora, to zasadnym jest wskazanie jako źródło - „opracowanie własne”. Oczywiście nie wyklucza to wskazania wykorzystanego narzędzia informatycznego np. (... na podstawie informacji z „Systemu Medmetriq”), jednak w opisie ilustracji, ale nie w informacji o „źródle”), zwłaszcza gdy narzędzie informatyczne jest chronione znakiem towarowym .

Tabele zamieszczone w pracy są od strony edytorskiej estetyczne i czytelne, jakkolwiek w opracowaniach naukowych, zaleca się aby tabele, zwłaszcza te bardziej rozbudowane, miały numerowane kolumny i wiersze w celu jednoznacznego odwoływania się do ich zawartości.

Przypisy rzeczowe i bibliograficzne sporządzone są w większości poprawnie. Wśród zauważonych usterek należy wymieć: 1) brak niekiedy kropki końcowej (np. przypisy 2, 3, 4, 5); 2) brak czasu dostępu do źródeł internetowych – dotyczy wszystkich przypisów do źródeł internetowych; 3) wskazywanie w przypisie jedynie adresu internetowego bez podania nazwy instytucji lub nazwiska (autora) oraz tytułu lub nazwy cytowanego źródła (np. przypisy 27, 29).

Lista bibliografii załącznikowej (piśmiennictwa) zawiera 165 pozycji uporządkowanych alfabetycznie. W rzeczywistości autor odwołał się do większej liczby źródeł, gdyż w bibliografii końcowej pominął niektóre źródła wskazane w przypisach dolnych (np. przypisy 1, 3). Należy docenić wysiłek autora, aby opisy bibliograficzne było sporządzone w ujednolicony sposób. Uwaga ta dotyczy także omówionych wyżej dolnych przypisów bibliograficznych. Nie udało się jednak uniknąć pewnych niekonsekwencji, w szczególności dotyczących cytowania pozycji zwartych (książek) i źródeł internetowych. Ten aspekt wymaga jeszcze dopracowania. Warto zastosować jednolity styl, najlepiej ICMJE<sup>1</sup> znany także jako "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" albo styl zalecany w polskich normach wydawniczych PN-ISO 690:2002 (dokumenty drukowane) lub PN-ISO 690-2:1999 (dokumenty elektroniczne).

Podsumowując, oceniana praca pod względem edytorskim, sprawia generalnie wrażenie starannej i dopracowanej, pomimo wykazanych wyżej szereg zastrzeżeń i usterek. Zarówno liczba jak i charakter błędów edytorskich sprawia, że w ocenianym aspekcie, przedstawiany do oceny tekst spełnia wymagania stawiane pracom doktorskim na poziomie dość dobrym, wymagając jednak dokonania wnikliwej korekty przed opublikowaniem części lub całości pracy.

---

<sup>1</sup> International Committee of Medical Journal Editors.

## 2. Ocena istotności i poprawności rzeczowej

Tytuł rozprawy, czyli „Controlling medyczny jako element zarządzania ryzykiem w szpitalu” budzi w opinii recenzenta dwie wątpliwości. Pierwsza ma charakter językowy i dotyczy słowa „controlling” w pisowni angielskiej. Słowo to już zadomowiło się w języku polskim jako „kontroling” i nie ma już uzasadnienia dla trwania przy oryginalnej pisowni. Druga wątpliwość dotyczy ograniczania w tytule zastosowania kontrolingu do „zarządzania ryzykiem”, gdyż w opinii recenzenta kontroling medyczny jest po prostu jednym z narzędzi zarządzania szpitalem. Oczywiście aspekt „ryzyka” w zarządzaniu tak szczególną instytucją jaką jest szpital jest szczególnie ważny, ale tak sformułowany tytuł zbędnie ogranicza zakres wykorzystania kontrolingu medycznego. *Nota bene*, zarządzanie czymkolwiek jest z definicji ryzykowne.

Problematyka, którą podjął autor mieści się w obszarze szeroko rozumianych nauk o zdrowiu, a dotyczy w szczególności zastosowania metod informatycznych oraz metod z dziedziny nauk o zarządzaniu i ekonomii w poszukiwaniu skutecznych metod kierowania/zarządzania instytucjami medycznymi.

Kontroling to metoda zarządzania polegająca na zbieraniu i analizie danych, planowaniu działań zmierzających do osiągnięcia zakładanych wyników, monitorowaniu aberracji oraz ich przyczyn i w efekcie inicjowaniu działań doskonalących. Wdrożenie kontrolingu wymaga dostępu do informacji o zależnościach pomiędzy działaniami a ich rezultatami i oznacza ciągły proces doskonalenia funkcjonowaniu instytucji. Kontroling w instytucjach medycznych można teoretycznie i formalnie podzielić na dwa obszary: 1) finansowy i 2) medyczny.

W praktyce jednak oba te obszary silnie wpływają na siebie. Kontroling finansowy skupia się na rachunkowości zarządczej natomiast kontroling medyczny na zakresie oferowanych usług w aspekcie zasobów i pozycji na rynku. Jest zatem oczywiste, że bez kontrolingu medycznego nie można uzyskać oczekiwanych wyników finansowych. Podobnie bez kontrolingu finansowego (analizy i zbilansowania kosztów i wpływów za realizowane usługi) nie jest możliwe realizowanie działalności medycznej.

W istocie zatem pojęcie kontrolingu medycznego można rozumieć jako zastosowanie metod kontrolingu finansowego w podmiotach udzielających usługi medyczne. Należy także podkreślić, że wdrożenie kontrolingu może skutkować pozytywną zmianą postaw i zachowań pracowników

medycznych, ponieważ informacje dostarczane przez system kontrolingu mogą być ważnym, obiektywnym elementem systemów oceny pracowników i ich motywowania. Udostępnienie pracownikom wiarygodnych i zrozumiałych analiz wzmacnia autorytet zarządzającego oraz sprzyja akceptacji wyznaczonych celów.

W swoim podejściu do zagadnienia kontrolingu medycznego, autor pracy zwraca także uwagę na jeszcze jeden aspekt. Według niego celem wdrożenia kontrolingu medycznego jest także wsparcie procesu decyzyjnego oraz procesu delegowania uprawnień i odpowiedzialności za wyniki medyczne i finansowe instytucji medycznej.

W opinii recenzenta, w sytuacji niepewności zasad finansowania systemu opieki medycznej w Polsce, warunkowanej w dużym stopniu względami politycznymi, a nawet ideologicznymi, wypracowanie skutecznych metod zarządzania szpitalem w warunkach dynamicznych zmian ryzyka finansowego, nabiera szczególnego znaczenia. Równoczesne monitorowanie wskaźników medycznych i finansowych instytucji medycznych ma znacznie nie tylko dla zarządzania tymi instytucjami ale stanowi informacyjną bazę do prowadzenia regionalnej i krajowej polityce zdrowotnej opartej na faktach (evidence base health care). Jest niepodważalną prawdą, co zauważa autor rozprawy, że bieżąca analiza sposobu realizacji świadczeń medycznych przyczynia się do poprawy ich efektywności poprzez eliminację działań nieprawidłowych lub zbędnych. Kontroling medyczny umożliwia między innymi identyfikację ryzyk, zarówno medycznych jak i finansowych, a przez to istotnie wpływa na jakość realizowanych świadczeń i w efekcie na bezpieczeństwo pacjentów

Podsumowując, stwierdzam, że ocenia praca mieści się w obszarze nauk o zdrowiu oraz spełnia wymagane od rozpraw doktorskich, kryteria istotności i rzeczowości.

### **3. Ocena poprawności metodologicznej**

#### **3.1 Opis dotychczasowego stanu wiedzy**

Autor rozprawy dokonał opisu aktualnego stanu wiedzy dotyczącej w rozdziale „Wprowadzenie” opisując uwarunkowania wdrażania kontrolingu medycznego, ewolucji metod zarządzania szpitalami w kontekście wykorzystania narzędzi informatycznych, wagę zagadnienia zarządzania ryzykiem w szpitalu. W rozdziale tym identyfikuje problematykę badawczą zwracając także uwagę na jej wymiar

społeczny. W rozdziale tym powinien znaleźć się także podrozdział definiujący pojęcie kontrolingu medycznego, na co zwrócono uwagę już w pierwszej części recenzji. Obraz aktualnego stanu wiedzy autor opiera o celowo i adekwatnie dobraną literaturę przedmiotu. Zwraca uwagę swobodne korzystanie przez autora z różnych źródeł, w tym obcojęzycznych. Problematyka badawcza została naświetlona w szerokiej perspektywie, zarówno geograficznej jak historycznej. Tekst tej części pracy opatrzony jest licznymi przypisami, zarówno o charakterze rzeczowym jak i bibliograficznym.

Podsumowując, recenzent stwierdza, że dokonany przez autora opis dotychczasowego stanu wiedzy, został przeprowadzony jasno i przekonująco oraz skutecznie uzasadnienia zasadność podjętej w pracy tematyki badawczej.

### **3.2 Problemy badawcze, cel pracy, metody badań**

Problem badawczy, przyjęte tezy oraz cel pracy został przedstawione bardzo syntetycznie ale równocześnie jasno i przekonująco na jednej stronie tekstu. Świadczy to dużej dyscyplinie intelektualnej autora i zdolności do jasnego widzenia i prezentowania problemów. Formalnym błędem jest jednak sformułowanie problemu badawczego w formie zdania twierdzącego.

Z zasady problem badawczy należy formułować jako pytanie problemowe, które w tym wypadku mogłoby brzmieć „Czy można zastosować narzędzia kontrolingu, wzbogaconego o wskaźniki opisujące medyczne procesy biznesowe, do wieloaspektowej oceny i zarządzania ryzykiem w podmiotach leczniczych?”

Po sformułowaniu problemu badawczego, autor stawia trzy „tezy badawcze”, które można streścić następująco: 1) kontroling jak metoda zarządzania nie funkcjonuje należycie w polskich szpitalach; 2) metoda kontrolingu w szpitalach musi w równym stopniu uwzględnić aspekt medyczny jak finansowy; 3) skuteczne wdrożenie kontrolingu w szpitalu może być szczególnie użyteczne w zarządzaniu ryzykiem.

Adekwatnie do postawionych tez, autor stawia cztery cele, z których trzy pierwsze mają charakter użytkowy, a ostatni z nich charakter *stricte* poznawczy. Jako cele aplikacyjne należy uznać: 1) zbudowanie modelu kontrolingu uwzględniającego zarówno aspekty finansowe jak i medyczne w ich wzajemnym powiązaniu; 2) opracowanie algorytmów oceny pracy szpitala w aspektach



finansowych i medycznych oraz zarządzaniem ryzykiem; 3) opracowanie zestawu wskaźników i raportów wspierających proces zarządzania szpitalem.

Jak łatwo zauważyć, te trzy cele można traktować jako cele szczegółowe w procesie skutecznego wdrożenia metody kontrolingu w warunkach złożonej instytucji usługowej jakim jest szpital. Natomiast, za cel poznawczy należy uznać identyfikację specyficznych problemów wynikających podczas wdrażania metody kontrolingu w Polskich szpitalach. Jest oczywiste, że wnioski jakie będzie można wyciągnąć z realizacji tego ostatniego celu, też mogą mieć w konsekwencji znaczenie praktyczne.

Po postawieniu celów pracy, autor dokonuje także rozwinięcia, a raczej uzasadnienia, postawionych wcześniej tez. Jest kwestią dyskusyjną czy ten fragment tekstu nie powinien być raczej przygotowaniem do postawienia tez i znajdować się na końcu rozdziału „Wprowadzenie.” Natomiast usterką edytorską jest odwoływanie się postawionych wcześniej tez przy pomocy skrótu „Ad.” z numerem tezy. Recenzent uznaje to za usterkę, gdyż wymaga to do cofania się aż do poprzedniego podrozdziału, w którym ponumerowane są nie tylko tezy ale także cele. W efekcie utrudnia to percepcję tekstu.

Zastosowane w pracy metody, zostały w opinii recenzenta opisane nieco chaotycznie. O usterkach w strukturze pracy w odniesieniu do tej części napisano już wyżej. Po zapoznaniu się z całością pracy recenzent zidentyfikował dwie metody: 1) sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem formularza ankiety; 2) analizę danych ilościowych metodą benchmarkingu wybranych 5 szpitalach na tle danych z innych szpitali z wykorzystaniem dedykowanego narzędzia informatycznego. Autor pisze jeszcze o wywiadzie fokusowym, ale dla recenzenta nie jest jasne w jakim zakresie metoda ta została wykorzystana (brak informacji ile wywiadów przeprowadzono, z kim je przeprowadzono, jakie były wyniki). Prawdopodobnie przeprowadzono je z osobami, które wypełniły ankiety, ale nie jest oczywiste czy ze wszystkimi.

W sondażu diagnostycznym wzięło udział 53 dyrektorów lub zastępców dyrektorów szpitali. Natomiast dane do analiz benchmarkingowych pochodziły z „ok. 20” szpitali spośród „ok. 70” szpitali „z których zebrano dane” (str. 42). Należy zakładać, że dane pochodziły ze szpitali którymi kierowali dyrektorzy objęci sondażem diagnostycznym, jakkolwiek nie jest to jasno stwierdzone. Niepokój recenzenta budzi także użycie określeń „około” w odniesieniu do liczby szpitali objętych badaniem. Co stało na przeszkodzie podaniu dokładnych liczb, przecież nie są to liczby aż tak duże

aby miały charakter „niepoliczalny”. Intrygującym recenzenta zagadnieniem jest także sposób w jaki z „ok. 70” szpitali wybrano „ok. 20”.

W tekście pracy pojawia się stwierdzenie, że „wyniki pracy mają charakter reprezentatywny”. Formalnie rzecz biorąc wyniki badań mogą być reprezentatywne o ile próba badana ma taki charakter. Autor stwierdza, że jego próba liczy ok. 5% szpitali w Polsce wybranych wg. kryterium wartości kontraktu i liczby łóżek. Pomijając fakt, że te dwa kryteria mogą być ze sobą ściśle powiązane, ich zakres wydaje się być zbyt ograniczony aby mogły uzasadniać reprezentatywność próby. A co z takim kryteriami jak tzw. poziom referencyjności, struktura oddziałów, lokalizacja geograficzna i administracyjna. Różnice pomiędzy szpitalami uniwersyteckimi a powiatowymi lub różnice pomiędzy kosztami funkcjonowania szpitali w różnych regionach kraju mogą istotnie wpływać na wyniki analiz i wnioski. Autor jest przecież tego świadomy, gdyż w innym miejscu (str. 84) pisze, że *„Przypadki zostały wybrane z bazy 67 szpitali z którymi podpisano umowę, z pominięciem szpitali klinicznych (mała próba – 2 jednostki, oraz szpitali monospecjalistycznych w tym pulmonologicznych i psychiatrycznych) . Każdy przypadek dotyczy innego szpitala, a dane tego szpitala są w zależności od przypadku porównywane z danymi od 13 do 27 innych, podobnych szpitali lub oddziałów. Jako kryterium podobieństwa wybrano strukturę organizacyjną (podobna liczba i charakter oddziałów) oraz strukturę rodzajów JGP rozliczonych na poszczególnych oddziałach (case mix).”*

Opisy zastosowanych narzędzi badawczych, którymi w opinii recenzenta, są: formularz ankiety oraz system informatyczny o nazwie własnej „Medmetriq” zostały rozproszone w różnych rozdziałach. Opis formularza ankiety i sposobu przeprowadzenia badania ankietowego jest dość zdawkowy, ale w zasadzie wystarczający. Natomiast opis systemu informatycznego jest zbyt szczegółowy, jak na potrzeby rozprawy doktorskiej z dziedziny nauk o zdrowiu. Natomiast kwestie doboru próby i wyboru szpitali do analizy przypadków metodą benchmarkingu, pozostają dla recenzenta nie do końca jasne i będą stanowić przedmiot jego dociekań podczas dalszych etapów postępowania doktorskiego.

Podsumowując, recenzent stwierdza, że problem badawczy, tezy i cele pracy zostały przedstawione jasno i przekonująco, natomiast metody zostały opisane w sposób budzący wątpliwości. Wnikliwsza lektura pracy pozwala jednak przyjąć, że autor ma wystarczające kompetencje z zakresu metodologii, o ile potrafi te wątpliwości wyjaśnić recenzentowi podczas dalszych etapów postępowania doktorskiego.

### 3.3 Prezentacja wyników oraz dyskusja

Wyniki pracy zostały przedstawione w sposób rozproszony, w różnych rozdziałach, o czym wspomniano już wyżej i zasugerowane zmiany w strukturze pracy. Pomijając względy formalne i opisane wcześniej usterki edytorskie (np. nieczytelność ilustracji) zarówno wyniki sondażu diagnostycznego jak i opisy 5 przypadków benchmarkingu, są w opinii recenzenta wystarczające dla sformułowania wniosków. Elementy omówienia wyników i dyskusji autor zawarł w rozdziale pt. „Uwarunkowania wdrożenia controllingu medycznego”. W rozdziale tym autor ujawnia umiejętność syntezy poznawczej, uwzględniającej wieloczynnikowy i wieloaspektowy charakter omawianych zjawisk. To bardzo ważna, nieomal kluczowa, umiejętność jaką powinien się charakteryzować badacz. Poszukiwanie prostych zależności przyczynowo-skutkowych, opartych jedynie na zbieżności czasu i miejsca, prowadzi zwykle na manowce poznania naukowego. W przypadku autora ocenianej rozprawy nie ma takiej obawy. W prowadzonej dyskusji, uwzględnia on zarówno wyniki analiz liczbowych jak i uwarunkowania społeczne, polityczne czy wreszcie psychologiczne w odniesieniu do zachowań i postaw kadry zarządzającej i personelu medycznego. Autor ujawnia zatem zdolność do holistycznego podejścia do problemu, w najlepszym tego słowa znaczeniu.

### 3.4. Rzetelność i realność stawianych wniosków

W rozdziale „Podsumowanie”, autor dość pewnie stwierdza, że *„W ramach pracy zrealizowano wszystkie stawiane przed nią cele..”*. Jego entuzjazm jest tak duży, że wylicza ich aż sześć, chociaż wcześniej postawił tylko cztery. Oczywiście jest to usterka redakcyjna łatwa do naprawienia poprzez adekwatne połączenie ze sobą wyliczanych punktów. Autor przekonująco uzasadnia także, że uzyskane w pracy wyniki potwierdzają postawione tezy. Ponadto autor formułuje prognozę dotyczącą ewolucyjnego rozwoju controllingu medycznego w szpitalnictwie, który według niego będzie miała charakter etapowy, zależny od towarzyszącej ewolucji organizacyjnej (dojrzwaniu) podmiotów sektora medycznego oraz od doskonalenia kluczowych dla tego sektora regulacji prawnych i finansowych.

Autor zakłada, że będzie się to odbywało w pięciu fazach: począwszy od controllingu wewnątrzszpitalnego a skończywszy na wykorzystaniu systemów controllingowych do oceny efektywności metod leczenia, alokacji środków i usprawniania systemu powszechnego dostępu do usług medycznych (evidence base health care).

Podsumowując, autor wykazał się umiejętnością trafnego wyciągania wniosków poznawczych, aplikacyjnych i postulatywnych na podstawie analizy aktualnego stanu wiedzy i uzyskanych wyników badań własnych.

#### **4. Podsumowanie i wniosek**

Reasumując przedstawione wyżej oceny cząstkowe stwierdzam, że oceniana rozprawa doktorska, zatytułowana „Controlling medyczny jako element zarządzania ryzykiem w szpitalu” napisana przez mgra Piotra Szynkiewicza pod opieką dra hab. Michała Marcza, stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, wykazuje ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w dziedzinie nauk o zdrowiu oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

Stwierdzam, że przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 z późn. zm.) i wnioskuję do Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie mgra Piotra Szynkiewicza, do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Lublin, 20 listopada 2015 r.

dr hab. n. med. Mirosław J. Jarosz

