Załącznik 3

do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego z 25 kwietnia 2019 roku

AUTOREFERAT

PRZEDSTAWIAJĄCY OPIS DOROBKU

I OSIĄGNIĘĆ NAUKOWYCH

dr Sebastian Susmarski

Katedra Bankowości i Finansów

Wydział Zarządzania

Uniwersytet Gdański

Spis treści

1. Wstępne informacje o kandydacie i jego dorobku 4

1.1 Imię i nazwisko 4

1.2 Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej 4

1.3 Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych 4

1.4 Zainteresowania naukowe – nurty badawcze 4

2. Wskazanie osiągnięcia wynikającego 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. 2016 r. poz. 882 ze zm. w Dz. U. z 2016 r. poz. 1311.) 7

2.1 Wykaz publikacji wchodzących w skład jednotematycznego cyklu publikacji stanowiący znaczący wkład w rozwój nauk ekonomicznych w dyscyplinie ekonomia. 7

2.2 Uzasadnienie wyboru problematyki i umiejscowienie go w teorii ekonomii. 10

2.3 Charakterystyka jednotematycznego cyklu publikacji 17

2.3.1 Wprowadzenie 17

2.3.2 Pytania i obszary badawcze 18

2.3.3 Obszar I Racjonalizacja wydatków na ochronę zdrowia w ujęciu makroekonomicznym oraz optymalizacja gospodarki finansowej publicznych podmiotów leczniczych. 21

2.3.4 Obszar II Identyfikacja problemów w zakresie racjonalizacji wydatków na ochronę zdrowia. 23

2.3.5 Obszar III Propozycja koncepcji racjonalizacji funduszy publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia i gospodarki finansowej publicznych podmiotów leczniczych 28

2.3.6 Obszar IV Konieczność modyfikacji przyjętych zmian systemowych 30

2.3.7 Podsumowanie 31

2.3.8 Wkład do dyscypliny ekonomia 32

2.3.9 Inne wątki badawcze poza jednotematycznym cyklem publikacji 35

3 Charakterystyka osiągnięć naukowo-badawczych wnioskodawcy 40

3.1 Statystyka publikacji 40

3.2 Projekty badawcze 41

3.2.1 Projekty naukowe 41

3.2.2 Projekty uczelniane 43

3.3 Projekty realizowane na rzecz otoczenia 43

3.4 Wygłoszone referaty 44

3.5 Wykaz cytowań 44

3.6 Nagrody i odznaczenia 45

4 Działalność organizatorska, dydaktyczna, popularyzatorska 45

4.1 Działalność organizatorska 45
4.2 Działalność dydaktyczna w Uniwersytecie Gdańskim 46
4.3 Działalność popularyzująca naukę 47
4.3.1 Aktywność zawodowa poza pracą w Uniwersytecie Gdańskim 48
4.3.2 Członkostwo w stowarzyszeniach naukowych 49
4.3.3 Udział w realizacji projektów popularyzatorskich 49
5. Plany naukowe wnioskodawcy 50

1. Wstępne informacje o kandydacie i jego dorobku

1.1 Imię i nazwisko

Sebastian Susmarski

1.2 Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

1996 – dyplom magistra finansów i bankowości

Uniwersytet Gdański, Wydział Zarządzania, kierunek finanse i bankowość, specjalność finanse;

praca magisterska: Opodatkowanie obrotu z działalności gospodarczej w Polsce

promotor: dr hab. Kazimierz Gorczyński, prof. UG

2003 – stopień doktora nauk ekonomicznych

Uniwersytet Gdański, Wydział Zarządzania

rozprawa doktorska: Controlling w zarządzaniu zapasami a wynik finansowy przedsiębiorstwa

promotor: dr hab. Kazimierz Gorczyński, prof. UG

recenzenci: dr hab. Wanda Skoczylas, prof. US, prof. zw. dr hab. Bogdan Nogalski

1.3 Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

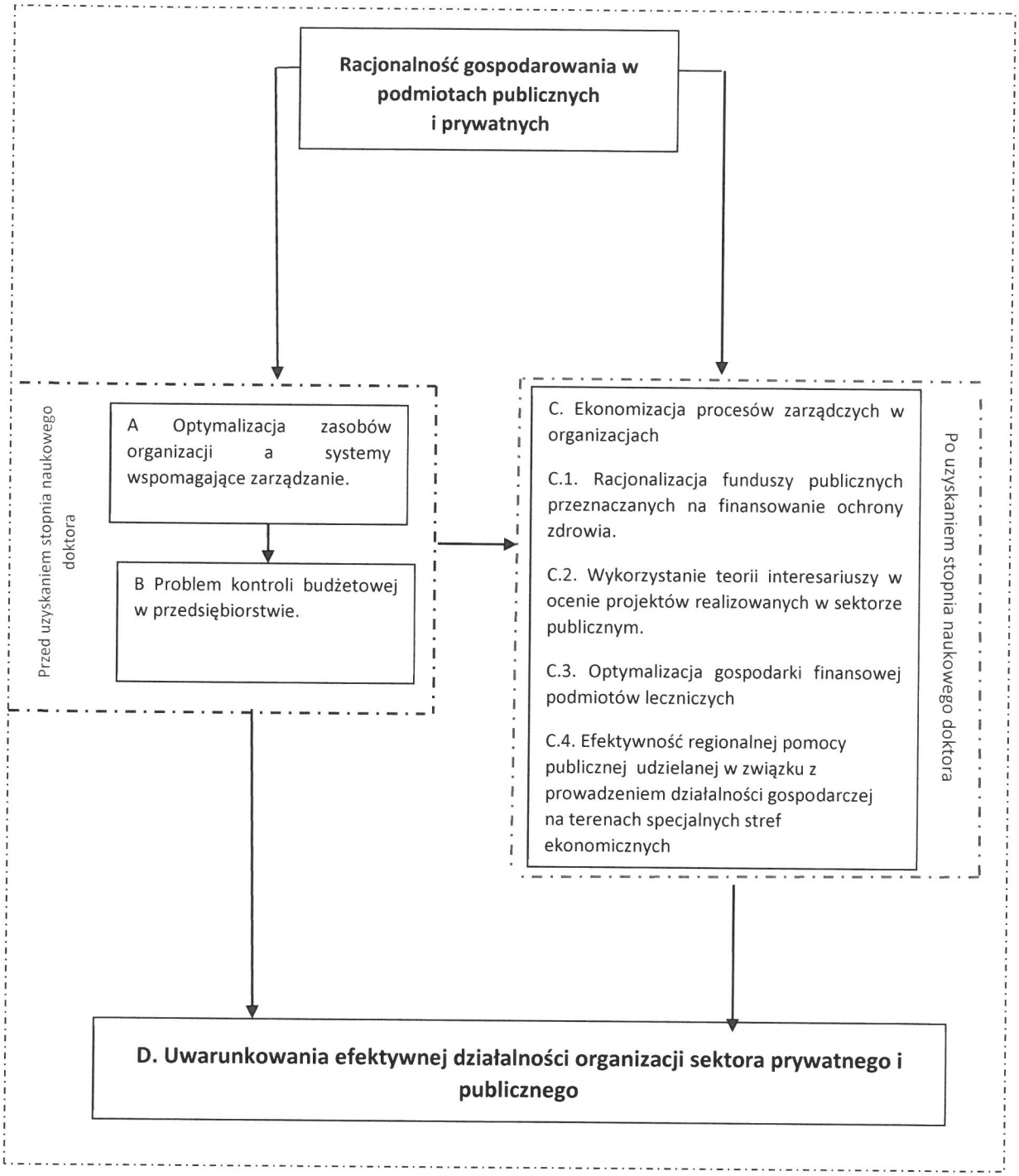
1996-2002	Zatrudnienie na stanowisku asystenta Uniwersytet Gdański, Wydział Zarządzania, Katedra Finansów
2003-nadal	Zatrudnienie na stanowisku adiunkta Uniwersytet Gdański, Wydział Zarządzania, Katedra Finansów, (od roku 2013 Katedra Finansów i Ryzyka Finansowego, od roku 2017 Katedra Bankowości i Finansów)

1.4 Zainteresowania naukowe – nurty badawcze

Moje zainteresowania naukowe, po napisaniu rozprawy doktorskiej, koncentrują się na pojęciu racjonalności, zarówno w ujęciu mikroekonomicznym, jak i makroekonomicznym.

W pierwszym okresie, po uzyskaniu dyplomu doktora nauk ekonomicznych, kontynuowałem badania związane z zastosowaniem rozwiązań optymalizacyjnych w sferze zarządzania zapasami w przedsiębiorstwach. W toku dyskusji naukowych realizowanych podczas spotkań Katedry Finansów UG, skierowałem uwagę na sektor ochrony zdrowia. Moje zainteresowania naukowe w tym zakresie przebiegały dwutorowo: dotyczyły optymalizacji gospodarki finansowej podmiotów leczniczych, ale także racjonalizacji funduszy publicznych przeznaczonych na finansowanie usług ochrony zdrowia. Obejmując stanowisko Dyrektora Biura Ekonomicznego Pomorskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej sp. z o.o. uzyskałem dostęp do unikalnych danych dotyczących funkcjonowania specjalnych stref ekonomicznych w Polsce. Rezultatem naukowym tej działalności stały się rozważania nad efektywnością regionalnej pomocy publicznej udzielanej przedsiębiorcom prowadzącym działalność gospodarczą na terenach specjalnej strefy ekonomicznej w oparciu o zezwolenie. Praca w Pomorskiej Specjalnej Strefie Ekonomicznej sp. z o.o. wiązała się z moim uczestnictwem, jako nadzorującego gospodarkę finansową przedsiębiorstwa w wielu projektach finansowanych zarówno ze źródeł krajowych, jak i zagranicznych. W toku realizacji jednego z nich, dedykowanego problematyce szeroko pojętego bezpieczeństwa w energetyce jądrowej (tereny pomorskiej specjalnej strefy ekonomicznej obejmują Żarnowiec – miejsce lokalizacji byłej elektrowni jądrowej oraz Krokową – potencjalne miejsce lokalizacji przyszłej elektrowni jądrowej) zainteresowałem się bezpieczeństwem finansowym takiej działalności, w tym teorią interesariuszy Freemana. W konsekwencji rozpocząłem badania naukowe w tym zakresie, co przełożyło się zarówno na udział w projekcie finansowanym z NCBIR, jak i w artykułach publikowanych m.in. w Gospodarce Narodowej.

W efekcie można wskazać obszary badawcze, w ramach których następowała koncentracja moich zainteresowań naukowych. W sposób syntetyczny zostały one przedstawione na Schemacie 1.



Doświadczenia zebrane w toku pozyskiwania materiałów do prac naukowych w punktach C.1., C.2. i C.3., zaprezentowane w nich rozwiązania teoretyczne, elementy metodyczne oraz ujęcie praktyczne posłużyły do stworzenia jednotematycznego cyklu publikacji. Pozostałe zakresy znalazły swoje odzwierciedlenie w innych opracowaniach i projektach naukowych.

2. Wskazanie osiągnięcia wynikającego 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. 2016 r. poz. 882 ze zm. w Dz. U. z 2016 r. poz. 1311.)

Na podstawie 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 wnioskuję o przyjęcie jednotematycznego cyklu 7 (słownie: siedmiu) publikacji wraz z ich omówieniem pod wspólnym tytułem:

Racjonalność w wydatkowaniu środków pieniężnych na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia i w decyzjach zarządzających publicznymi podmiotami leczniczymi.

2.1 Wykaz publikacji wchodzących w skład jednotematycznego cyklu publikacji stanowiący znaczący wkład w rozwój nauk ekonomicznych w dyscyplinie ekonomia.

Lp.	Tytuł opracowania	Główne tezy (kursywą zaznaczony został wkład do teorii nauk ekonomicznych)
Artykuły i rozdziały w monografiach		
[1]	Susmarski Sebastian: Analiza interesariuszy jako narzędzie wspomagające podejmowanie decyzji w systemie IOWISZ, [w]: Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 485, 2017, s. 453-461,	- od 27 września 2016 roku zasadność ponoszenia znaczącej części wydatków majątkowych JST w dziedzinie ochrony zdrowia stała się przedmiotem decyzji wojewodów w związku z wejściem w życie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ); - ***zastosowanie narzędzia w postaci analizy interesariuszy, poprzez analizę różnych grup interesów pozwala na ocenę ich wpływu na realizację projektów inwestycyjnych w dziedzinie ochrony zdrowia poprzez dokonanie ich klasyfikacji ze względu na siłę i kierunek oddziaływania;*** - opinia o celowości inwestycji jest wydawana wyłącznie na podstawie informacji zawartych we wniosku, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, regionalnej lub ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych, opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, informacji zawartych w innych złożonych wcześniej wnioskach oraz wydanych opiniach w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację map oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej;

		- uwzględnienie w procesie oceny projektów inwestycyjnych w dziedzinie ochrony zdrowia analizy interesariuszy prowadzi do uniknięcia subiektywizmu w ich analizie, gwarantuje podjęcie decyzji uwzględniającej głosy wszystkich zainteresowanych projektem.
[2]	Susmarski Sebastian: Wybrane problemy oceny efektywności funduszy publicznych na podstawie Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, [w]: Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio H Oeconomia, vol. 50, nr 4, 2016, s. 467-476	- pomiar efektywności w sektorze ochrony zdrowia ma szczególny charakter, co znacznie utrudnia stosowanie tradycyjnych metod. Wynika to z wielowymiarowości pojęcia efektywności w procesie oceny podmiotów gospodarczych; - mierzenie efektywności ochrony zdrowia leży w interesie wszystkich interesariuszy: rządu, płatników i społeczeństwa. Ochrona zdrowia jest sektorem gospodarki, który nie może być regulowany wyłącznie niewidzialną ręką rynku, dlatego konieczna jest także regulacja zewnętrzna; - ***przyjęte wskaźniki charakteryzujące efektywność wykorzystywanych środków finansowych przez oddziały wojewódzkie NFZ wskazują na istotny problem dystrybucji środków z wykorzystaniem algorytmu.***
[3]	Susmarski Sebastian: Modification of the information systems of Polish teaching hospitals as a way to improve their financial efficiency, [w]: Economics, vol. 92, nr 3, supl. B, 2013, s. 213-221	- podstawowym celem szpitali klinicznych jest obecnie wykonywanie działalności leczniczej oraz realizacja zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia; - można zauważyć istotny brak przejrzystości związany z przenikaniem się działalności polegającej na udzielaniu świadczeń leczniczych z działalnością dydaktyczną i naukowo-badawczą; - przenikanie się działalności polegającej na świadczeniu usług leczniczych z działalnością dydaktyczną i naukowo-badawczą może spowodować utrudniony dostęp do informacji, co w sposób istotny wpływa na ryzyko podejmowanych decyzji zarządczych; ***- biorąc pod uwagę możliwości wprowadzenia w życie oczekiwań związanych z dostarczeniem narzędzi niezbędnych do oceny realizacji założonych celów, poprawą jakości informacji, poprawą efektywności realizowanych procesów, koniecznym staje się dokonanie przekształceń wewnętrznych w szpitalach klinicznych w dwóch obszarach: organizacyjnym oraz funkcjonalnym.***
[4]	Susmarski Sebastian: Controlling w wycenie kosztów świadczeń	- istnieją rozbieżności w wycenie kosztów procedur medycznych;

	medycznych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, [w]: Współczesne finanse: stan i perspektywy rozwoju finansów przedsiębiorstw i ubezpieczeń, Kołosowska Bożena (*red.*), 2008, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, ISBN 978-83-231-2231-9, s. 195-203	- zastosowanie rachunku kosztów wynikającego z przepisów prawa może prowadzić do negatywnych konsekwencji finansowych dla podmiotu leczniczego; - ***uwzględnienie rozliczeń wewnętrznych działalności pomocniczej medycznej i pozamedycznej może prowadzić do racjonalizacji decyzji ekonomicznych świadczeniodawcy.***
[5]	Susmarski Sebastian: Zasady wyceny procedur medycznych w systemie controllingu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, [w]: Narzędzia controllingu w przedsiębiorstwie: praca zbiorowa/ Sierpińska Maria, Kustra Arkadiusz (red.), 2007, Vizja Press&It, ISBN 83-60283-91-5, s. 75-91	- ***adaptacja modelu DuPont'a do potrzeb prognostycznych poprawia racjonalność ekonomicznych decyzji zarządczych w zakładach opieki zdrowotnej,*** - marża pokrycia dla procedur medycznych może i często stanowi podstawę oceny efektywności finansowej podmiotów wykonujących te procedury;
[6]	Susmarski Sebastian: Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce na tle państw Unii Europejskiej w latach 1997-2001, [w]: Finanse/ Pietrzak Bogusław (*red.*), Monografie i Opracowania Naukowe - Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. Kolegium Zarządzania i Finansów, 2005, Szkoła Główna Handlowa. Oficyna Wydawnicza, ISBN 83-7378-177-3, s. 239-245	- całkowite wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 1997-2001 jako procent PKB były w Polsce niższe od średniej UE; - podobna sytuacja miała miejsce w odniesieniu do „nowych" państw członkowskich UE; - w latach 1997 – 2001 państwo finansowało w Polsce ok. 70% całkowitych wydatków na ochronę zdrowia, co oznacza znaczący udział wydatków prywatnych;
[7]	Susmarski Sebastian (2006), Controlling w procesie zarządzania wartością Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Konkurencyjność polskich przedsiębiorstw na rynku UE.	- konstrukcja budżetu w formule procesowej zapewnia możliwość tworzenia wystandaryzowanych raportów adekwatnie do potrzeb odbiorców; - wprowadzenie zadaniowej konstrukcji budżetu umożliwia uwzględnienie zasad budżetowania kroczącego; - ***zastosowanie innowacyjnych rozwiązań w zakresie konstrukcji rachunku kosztów umożliwia powstanie systemu***

	Wybrane aspekty. Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego Nr 2, Sopot, s. 221-230.	***informacji kierowniczej o ekonomicznych wynikach prowadzonej działalności.***
[8]	Susmarski Sebastian (2018), Ocena adekwatności podziału środków pieniężnych na finansowanie usług zdrowotnych opartego na algorytmie z punktu widzenia efektywności dysponowania funduszami przez oddziały wojewódzkie NFZ, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu Nr 532, s. 337-345.	- celem przeprowadzonego badania była ocena średniego wpływu otrzymanych kosztów świadczeń w zależności od tego, jaka była wysokość tego świadczenia. ***Jego wartość średnia została wyznaczona za pomocą estymatora ATE pozwalającego oszacować średni efekt oddziaływania dla całej próby;*** - środki na finansowanie usług zdrowotnych są przekazywane do oddziałów wojewódzkich NFZ w oparciu o archaiczny algorytm, który nie uwzględnia ani potrzeb zdrowotnych mieszkańców poszczególnych województw, ani efektywności wydatkowanych przez oddziały wojewódzkie NFZ środków, - ***niezależnie od liczby leczonych przypadających na 10 tysięcy ludności, liczby lekarzy oraz szpitali, pięć Oddziałów Wojewódzkich NFZ (mazowiecki, wielkopolski, małopolski, śląski oraz łódzki) otrzymuje istotnie wyższe środki na świadczenia zdrowotne,*** - wysokość planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych jest wprost proporcjonalna do liczby ludności w danym województwie, natomiast charakter tej zależności istotnie się zmienia wówczas, gdy przedmiotem staje się liczba leczonych przypadających na 10 tysięcy ludności w danym województwie.

2.2 Uzasadnienie wyboru problematyki i umiejscowienie go w teorii ekonomii.

Wśród zdarzeń będących inspiracją do wyboru drogi naukowej skoncentrowanej na różnorodnych wymiarach racjonalności w systemie ochrony zdrowia wymieniłbym trzy: przyjęcie propozycji Dyrektora Instytutu Organizacji i Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, prof. zw. dr. hab. Bogdana Nogalskiego poprowadzenia wykładu z zakresu zarządzania finansami w podmiotach leczniczych na studiach podyplomowych „Zarządzanie podmiotami leczniczymi", doświadczenia praktyczne związane z uczestnictwem w zespole wdrażającym system controllingowy w 7. Szpitalu Marynarki Wojennej Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej z Przychodnią w Gdańsku oraz Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nr 2 Akademii Medycznej w Gdańsku, a także wielogodzinne rozmowy z moimi przełożonymi: dr. hab. Kazimierzem Gorczyńskim, Kierownikiem Katedry Finansów

Przedsiębiorstw UG, a po Jego śmierci, z prof. zw. dr. hab. Ryszardem Wierzbą, Kierownikiem Katedry Finansów UG oraz dr. hab. Jerzym Gwizdałą, profesorem nadzwyczajnym, kierownikiem Katedry Bankowości i Finansów UG. Jakkolwiek w literaturze można wskazać wiele publikacji poświęconych strukturze i dynamice wydatków na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów UE (z wykorzystaniem danych pochodzących z Eurostatu lub WHO), zasadom konstrukcji algorytmu podziału środków budżetowych na ochronę zdrowia, czy też finansowaniu jednostek ochrony zdrowia przez gminę/powiat/województwo samorządowe lub działalności niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, to zastosowane przeze mnie rozwiązania teoretyczne doprecyzowujące realizację procesów optymalizacyjnych w ramach gospodarki finansowej podmiotów leczniczych, metodyczne, związane z rozszerzeniem kryteriów oceny projektów inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia oraz aplikacyjne, związane z modyfikacją rozwiązań administracyjnych, pozwalają na szersze spojrzenie na tematykę racjonalności w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Nakreślony przeze mnie problem badawczy koncentruje się na pojęciu racjonalności. Definicja encyklopedyczna racjonalności wskazuje na cechę świadomej działalności ludzkiej, polegająca na dobieraniu odpowiednich środków do osiągnięcia zamierzonych celów.[1] Warto podkreślić, że pojęcie racjonalności jest jednym z kluczowych, używanych we współczesnej nauce, ale jednocześnie „termin „racjonalność" nasuwa trudności interpretacyjne. Wiążą się one z faktem, że istnieje wiele płaszczyzn, na których termin ten może być stosowany. Poza tym, ma on charakter zarówno opisowy, jak i normatywny".[2] W ujęciu psychologicznym racjonalność przyjmuje się „za cechę samych procesów umysłowych, rozumianych jako procesy inferencyjne."[3] Istnieje także podejście, zgodnie z którym racjonalność jest traktowana jako jeden z kluczowych elementów stanowiących o sprawności działania. Jak pisze T. Kotarbiński „Im lepiej jest działanie przystosowane do okoliczności i w ogóle do wszystkiego, cokolwiek w sądzie prawdziwym stwierdzić można, tym bardziej jest ono racjonalne."[4] Podobnie jest ona rozumiana przez J. Zieleniewskiego, który definiuje racjonalność jako „poznawcze ugruntowanie działania".[5] Racjonalność postrzegana jest w tym

---

[1] https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/racjonalnosc;3965198.html (dostęp z 12.02.2019 r.)
[2] Kleszcz R., Kryteria racjonalności, Filozofia Nauki z 1996 roku, Nr 2, s. 121.
[3] Gładziejewski P., William Ramsey o psychologii potocznej, racjonalności i pojęciu reprezentacji w naukach kognitywnych, Diametros, Nr 31 (marzec 2012) s. 40.
[4] Kotarbiński T., Traktat o dobrej robocie, Wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1975, s. 123.
[5] Zieleniewski J., Organizacja i zarządzanie, Wyd. PWN, Warszawa 1981, s. 240.

przypadku jako kategoria prakseologiczna, dotycząca zarówno działań jednostek, jak i zbiorowości (takich, jak państwo, czy samorząd terytorialny), a związana ze sprawnością działania. Biorąc pod uwagę koncentrację jednotematycznego cyklu publikacji na tematyce ekonomiczno-finansowej, w dalszych rozważaniach skoncentruję się na zawężeniu pojęcia racjonalności do racjonalności gospodarowania rozumianej jako działalności człowieka zgodnej ze stanem wiedzy o otaczającej rzeczywistości, co pozwala mu osiągnąć najlepsze rezultaty społeczne i ekonomiczne.[6]

W moich badaniach z jednej strony w oparłem się na zagadnieniach związanych z ekonomiką zdrowia[7] (z uwzględnieniem oceny racjonalizacji wydatków państwowych funduszy celowych oraz aktywności państwa w sferze podejmowania decyzji o inwestycjach w sektorze ochrony zdrowia), włączając w to innowacyjne podejście w zakresie uwzględnienia w procedurze administracyjnej różnych postaw oraz oczekiwań interesariuszy, z drugiej zaś koniecznym stało się znalezienie konkretnych, praktycznych rozwiązań umożliwiających podjęcie racjonalnych decyzji zarządczych w sferze gospodarki finansowej świadczeniodawców wykorzystując całość wiedzy teoretycznej i praktycznej dotyczącej zarządzania przedsiębiorstwem, zwłaszcza w kontekście racjonalizacji działalności pomocniczej, zarówno medycznej, jak i pozamedycznej **[poz. 2, 4, 5, 7, 8].** W efekcie, w jednotematycznym cyklu publikacji dokonane zostało połączenie racjonalności teleologicznej polegającej na zapewnieniu zgodności działań z istniejącymi regułami **[poz. 1, 3]** z racjonalnością instrumentalną definiowaną jako dążenie do wzrostu rozmiarów działalności (produkcji, świadczenia usług) i poprawy jej efektywności[8] **[poz. 4, 5, 7].** W prezentowanym cyklu artykułów uwzględniłem także podejście obecne w pracach S. Owsiaka, zgodnie z którym „racjonalności nie można sprowadzić jedynie do zależności rachunkowej nakłady-efekty. Należy uwzględnić trudności w mierzeniu niektórych efektów ponoszonych nakładów (nie wszystkie pozwalają się zmierzyć w jednostkach pieniężnych), jak również wielorakość celów i

---

[6] Owsiak S., Metody budżetowania sfery nieprodukcyjnej, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Monografie, Nr 60, s. 13.

[7] Rozumianej jako dyscyplina ekonomiczna badająca zjawiska i prawidłowości występujące w dziale ochrony zdrowia. Ekonomika zdrowia należy do tzw. ekonomik branżowych, czyli dyscyplin ekonomicznych badających zależności i związki gospodarcze występujące w poszczególnych działach gospodarki narodowej. Cyt. za Białynicki-Birula P., Ekonomiczne uwarunkowania wzrostu wydatków na ochronę zdrowia w krajach o gospodarce rynkowej, Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie z 2004 roku, Nr 667, s. 6.

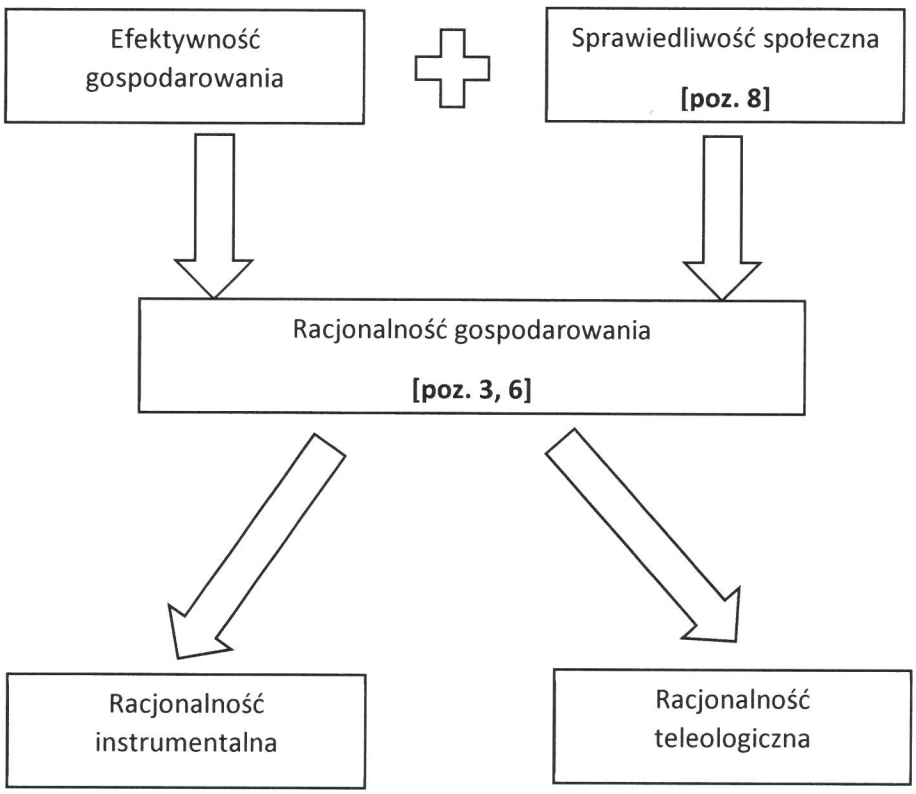
[8] Szołno-Koguc J., Funkcjonowanie funduszy celowych w Polsce w świetle zasad racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi, Wyd. UMCS, Lublin 2007, s. 17.

środków ich realizacji"[9] taktując to pojęcie szerzej i ujmując w publikacjach oprócz kryterium ekonomicznego, charakterystycznego dla efektywności gospodarowania stanowiącej pojęcie węższe niż racjonalność gospodarowania, także kryterium społeczne.

Osadzenie poszczególnych publikacji w teoretycznych aspektach racjonalności zostało przedstawione w Schemacie 2.

Schemat 2

Teoretyczne uwarunkowania racjonalności a publikacje jednotematycznego cyklu publikacji.



Dokonując analizy zakresu opracowań, warto zwrócić uwagę na fakt, iż ich podstawą była zarówno literatura krajowa, uwzględniająca specyfikę systemu ochrony zdrowia w Polsce, jak i zagraniczna, dostarczająca wiedzy na temat rozwiązań stosowanych w państwach UE. Przygotowując się do publikacji prac, dokonywałem gruntownej analizy piśmiennictwa i w większości przypadków brakowało mi odpowiedzi na pytanie o efektywność funduszy publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia. Z analizy porównawczej wydatków na ochronę zdrowia w Polsce w stosunku do innych państw członkowskich UE (w ujęciu

[9] Owsiak S. op. cit. s. 13.

wielowymiarowym – wydatków publicznych, prywatnych, per capita, w relacji do PKB) dokonanej wynika, że ochrona zdrowia w Polsce jest znacząco niedoinwestowana **[poz. 6].** Jednakże porównania dokonane w zakresie epidemiologii, zapadalności na poszczególne choroby wskazują, że zauważalna jest korelacja pomiędzy wysokością wydatków na ochronę a poziomem statusu zdrowotnego społeczeństwa.[10]

Koncepcje związane z ochroną zdrowia zaistniały szerzej w teoriach ekonomicznych relatywnie niedawno. Ich uwzględnienie w teoriach wzrostu gospodarczego wynikało z próby rozszerzenia modelu Solowa o wprowadzenie dodatkowego czynnika produkcji w postaci kapitału ludzkiego wykorzystując funkcję Cobba-Douglasa, przy utrzymaniu założenia stałych efektów skali produkcji. Uchylenie tego założenia pozwoliło na zaakcentowanie podejścia endogenicznego do procesu postępu technologicznego oraz stopy inwestycji/oszczędności w skali makroekonomicznej. W efekcie zaakcentowano, że wyższa dynamika wzrostu gospodarczego może zostać osiągnięta poprzez akumulację kapitału wiedzy, a w tym, oprócz kapitału B+R[11], także kapitału ludzkiego[12] oraz, że akumulacja tych czynników związana jest z osiągnięciem efektów zewnętrznych, co ma bezpośredni związek z weryfikowaną empirycznie w moich pracach badawczych teorią interesariuszy, oznacza bowiem, że z akumulacji kapitału B+R oraz kapitału społecznego korzystają interesariusze. Uwzględnienie roli kapitału ludzkiego w teoriach wzrostu endogenicznego zostało wyraźnie zaakcentowane w modelu Lucasa[13].

Rozważania te prowadzą do konkluzji, że istotny wpływ na jakość i poziom kapitału społecznego mają inwestycje w ochronę zdrowia.[14] A wpływ ten uwidacznia się poprzez, m.in. zapewnienie odpowiedniej jakości pracy oraz wzrost wydajności. Efekty inwestycji w zdrowie są wyraźnie widoczne w poziomie wskaźnika przeciętnego, dalszego trwania życia

---

[10] Analizując poziom wskaźnika statusu zdrowotnego PYLL (Potential Years of Life Lost – potencjalne stracone lata życia) w latach 1970-2008 można zauważyć zmniejszenie jego wartości w Polsce o 47%, a w krajach OECD o 59% - źródło: E. Nojszewska, Zróżnicowanie metod liczenia kosztów leczenia a racjonalizacja funkcjonowania ochrony zdrowia [w]: E. Nojszewska (red.), Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia, Wyd. Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa 2012, s. 19.

[11] Florczak. W., Koncepcja wzrostu endogenicznego i gospodarki opartej na wiedzy w naukach ekonomicznych, Studia Prawno-Ekonomiczne, t. LXXX, 2009, s. 216.

[12] Por. Kuder D., Nowe modele wzrostu gospodarczego a paradygmat zrównoważonego rozwoju, [w]: Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy, nr 38 (2/2014), s. 31.

[13] Por. Lucas R., On the Mechanics of Economic Development, „Journal of Monetary Economics", 22, 1988, s. 3 – 42.

[14] Por. Baldanzi A., Bucci A., Prettner K., 2016. "The Effects of Health Investments on Human Capital and R&D-Driven Economic Growth," Departmental Working Papers 2016-17, Department of Economics, Management and Quantitative Methods at Università degli Studi di Milano, https://ideas.repec.org/p/mil/wpdepa/2016-17.html, (dostęp 27.02.2019).

wyrażającego średnią liczbę lat, jaką w danych warunkach umieralności ma jeszcze do przeżycia osoba pochodząca z określonej zbiorowości. Generalnie[15] w społeczeństwach, zdrowych wskaźnik ten ulega wydłużeniu, co prowadzi do większej kumulacji oszczędności oraz zdolności do generowania długookresowych inwestycji, co w perspektywie przekłada się pozytywnie na poziom wzrostu gospodarczego. Należy też dodać, że potwierdzeniem wpływu zdrowia na kształtowanie kapitału społecznego w Polsce są odpowiednie zapisy zawarte w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Przepisy art. 68 pkt. 2 stanowią, że „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych"[16]. Trzeba też podkreślić, że Polska, stając się w 2004 roku członkiem Unii Europejskiej, przyjęła na siebie zobowiązania wynikające z art. 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, który w pkt. 1 stanowi, że „Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Działanie Unii, które uzupełnia polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego."[17], a w pkt. 7 „Działania Unii są prowadzone w poszanowaniu obowiązków Państw Członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej. Obowiązki Państw Członkowskich obejmują zarządzanie usługami zdrowotnymi i opieką medyczną, jak również podział przeznaczonych na nie zasobów".[18]

Koncepcje dotyczące ochrony zdrowia znalazły także odzwierciedlenie w teorii ekonomii dobrobytu, stanowiącej część klasycznej szkoły ekonomii skupiającej się na zagadnieniach normatywnych, zwłaszcza poświęconych sposobom organizacji gospodarki. Historycznie rzecz ujmując za początek funkcjonowania tej teorii przyjmuje się prace Pigou, „Bogactwo i dobrobyt" oraz opublikowaną w 1920 roku „Ekonomię dobrobytu", ale pojęcie dobrobytu, w tym uwzględnienie w tej kategorii ochrony zdrowia miało miejsce dopiero w latach czterdziestych XX wieku. Warto tu przywołać raport W. Beveridge'a „Social Insurance

---

[15] Sformułowanie „generalnie" użyte zostało celowo, bowiem zgodnie z ogłoszonymi 27 marca 2019 roku przez Prezesa GUS tablicami średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn wskaźnik ten w okresie ostatnich 2 lat wykazuje tendencję malejącą.

[16] Dz.U. z roku 1997, Nr 78, poz. 83

[17] Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej - tekst skonsolidowany uwzględniający zmiany wprowadzone Traktatem z Lizbony, Dz.U.2004.90.864/2.

[18] Ibidem.

and Allied Services", w którym postuluje on oddzielenie leczenia od administrowania świadczeniami pieniężnymi i ustanowienie kompleksowej usługi medycznej dla każdego obywatela, obejmującej wszystkie rodzaje leczenia i każdą formę niepełnosprawności pod nadzorem departamentów zdrowia.[19] Konsekwencją raportu Beveridge'a stało się uchwalenie m.in. ustaw: o oświacie, o ubezpieczeniu społecznym oraz o państwowej służbie zdrowia, w efekcie wprowadzająca w 1946 roku system bezpłatnej i powszechnej ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii.

Jak już wspomniałem, ekonomia dobrobytu skupia się na zagadnieniach normatywnych, czyli na ekonomicznej ocenie alokacji zasobów i polityki, która warunkuje tę alokację.[20] W moich badaniach **[poz. 8]** wyraźnie wskazuję nie tylko na ograniczenia oddziaływania rynku w sektorze ochrony zdrowia w Polsce ale na zaprzeczenie idei racjonalnego wg kryterium optymalności Pareto podziału zasobów opieki zdrowotnej. Na problem w działalności rynku w odniesieniu do usług ochrony zdrowia zwraca uwagę J. Suchecka zauważając, że „zawodność mechanizmów rynkowych powoduje, że klasyczne teorie popytu i podaży nie mogą być bezpośrednio odnoszone do opieki zdrowotnej z dwóch powodów. Po pierwsze – na rynku świadczeń zdrowotnych popyt jest popytem indukowanym przez podaż. Po drugie – w proponowanych modelach systemu zdrowotnego należy uwzględnić bodźce dla strony podażowej w celu ukierunkowania tych mechanizmów na działania gwarantujące zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludności".[21] Zawodność rozwiązań rynkowych połączona z nieefektywnością dystrybucji środków na pośrednictwem NFZ w oparciu o algorytm **[poz. 2]** oraz zaprzeczenie idei sprawiedliwości społecznej w dostępie do usług ochrony zdrowia jako konsekwencji nieefektywnego podziału środków **[poz. 8]** prowadzą do uwypuklenia znaczenia racjonalności gospodarowania funduszami pieniężnymi przeznaczanymi na ochronę zdrowia w Polsce.

---

[19] Beveridge W., Social Insurance and Allied Services, Presented to Parliament by Command of His Majesty November 1942, HMSO Cmd 6404, https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/beveridge-report/beveridge-comprehensive-medical-service-change-5/ (dostęp z 19.02.2019 roku).
[20] Suchecka J., op. cit. s. 72.
[21] Ibidem s. 73.

Wywody te prowadzą do konieczności dokonania oceny racjonalności wydatkowania środków pieniężnych przez płatnika jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, a także decyzji w sferze ładu ekonomicznego[22] podejmowanych przez świadczeniodawców.

2.3 Charakterystyka jednotematycznego cyklu publikacji

2.3.1 Wprowadzenie

Cykl publikacji zatytułowany **Racjonalność w wydatkowaniu środków pieniężnych na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia i w decyzjach zarządzających publicznymi podmiotami leczniczymi** został w założeniu skonstruowany w sposób uwzględniający empiryczny i intersubiektywny charakter badań humanistycznych. W związku z tym podjęte czynności badawcze mają za zadanie uwzględnić:[23]

- zasadę intersubiektywnej komunikowalności formułowanych twierdzeń;
- zasadę ich intersubiektywnej kontrolowalności;
- zasadę empirycznej stosowalności pojęć deskryptywnych.

W wyniku przeprowadzenia szczegółowych analiz przyjęte zostało założenie, że postępowanie władzy publicznej, płatnika oraz świadczeniodawcy dysponujących środkami pieniężnymi przeznaczonymi na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia ma charakter racjonalny tj. prowadzący do najbardziej preferowanych rezultatów opierając się w swoim działaniu na posiadanej wiedzy, doświadczeniu, a nawet posiadanych wartościach. W związku z tym działalność władz publicznych powinna uwzględniać możliwość zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa wyrażonych poprzez zestaw przyjętych indykatorów przy istniejących ograniczeniach budżetowych poprzez optymalną konstrukcję algorytmu podziału środków pieniężnych na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia pomiędzy oddziały

---

[22] Pojęcie ładu ekonomicznego obejmuje umiejętności uwzględniania w podejmowanych decyzjach o znaczeniu strategicznym i operacyjnym ograniczonych zasobów finansowych będących w dyspozycji jednostki, odróżniania kosztów ekonomicznych od kosztów księgowych, budżetowania działalności, wdrożenia nowoczesnych technik zarządzania (m.in. zarządzania strategicznego, zarządzania zmianami, zarządzania kosztami i dyscypliny kosztowej). Szerzej na ten temat: Cieśla K., Ład finansowy i ekonomiczny podstawą efektywności zakładów opieki zdrowotnej [w] Nojszewska E. (red.), Racjonalizacja w ochronie zdrowia, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 76.

[23] Por. Bonecki M., Interpretacja humanistyczna a teoretyczna rekonstrukcja kultury, „Filo-Sofija" Nr 12(2011/1), s. 190.

wojewódzkie NFZ oraz stworzenie obiektywnych ram dla selekcji podmiotów aplikujących środki publiczne na finansowanie usług ochrony zdrowia, zadanie płatnika powinno sprowadzać się do efektywnego gospodarowania pozyskanymi środkami z zachowaniem procedur kontrolnych, zaś świadczeniodawcy – optymalizacja gospodarki finansowej. **[poz. 4, 5, 6, 7, 8]**

Prezentowany cykl artykułów został skonstruowany z uwzględnieniem interdyscyplinarności i ma za zadanie m.in. łączyć wiedzę z zakresu ekonomiki zdrowia, finansów, zarządzania, nauk o zdrowiu. Artykuły i rozdziały w monografiach łączą w sobie nie tylko wywody oparte na wielodziedzinowym gruncie teoretycznym, będące efektem studiów literatury ale także na doświadczeniach praktycznych zebranych w toku aktywności zawodowej oraz elementach innowacyjnych będących pochodną prac nad projektem badawczym pn. „Innowacyjny model społeczno-ekonomicznych korzyści i kosztów w projektach infrastrukturalnych" finansowanym przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR 2015, IS-2/88, 2015-2017). Rozważaniom zawartym w publikacjach towarzyszyło tło, na które składały się przepisy prawa oraz metodyka badania gospodarki finansowej podmiotów publicznych i niepublicznych.

Biorąc pod uwagę zasięg opracowań, w większości przypadków publikowane są w Polsce. Jest to spowodowane przede wszystkim koncentracją badań na gospodarce polskiej i poszukiwaniu rozwiązań umożliwiających podjęcie działań optymalizacyjnych na gruncie polskim.

Podstawowym źródłem danych empirycznych były badania własne oraz dane udostępniane przez instytucje publiczne i podmioty komercyjne.

2.3.2 Pytania i obszary badawcze

W konsekwencji przeprowadzonego wywodu można postawić następujące główne pytanie badawcze:

Czy gospodarowanie środkami pieniężnymi przeznaczonymi na finansowanie usług zdrowotnych jest racjonalne z punktu widzenia płatnika i czy poziom finansowania świadczeń jest jedyną przesłanką decydującą o podejmowania racjonalnych decyzji finansowych przez świadczeniodawcę.

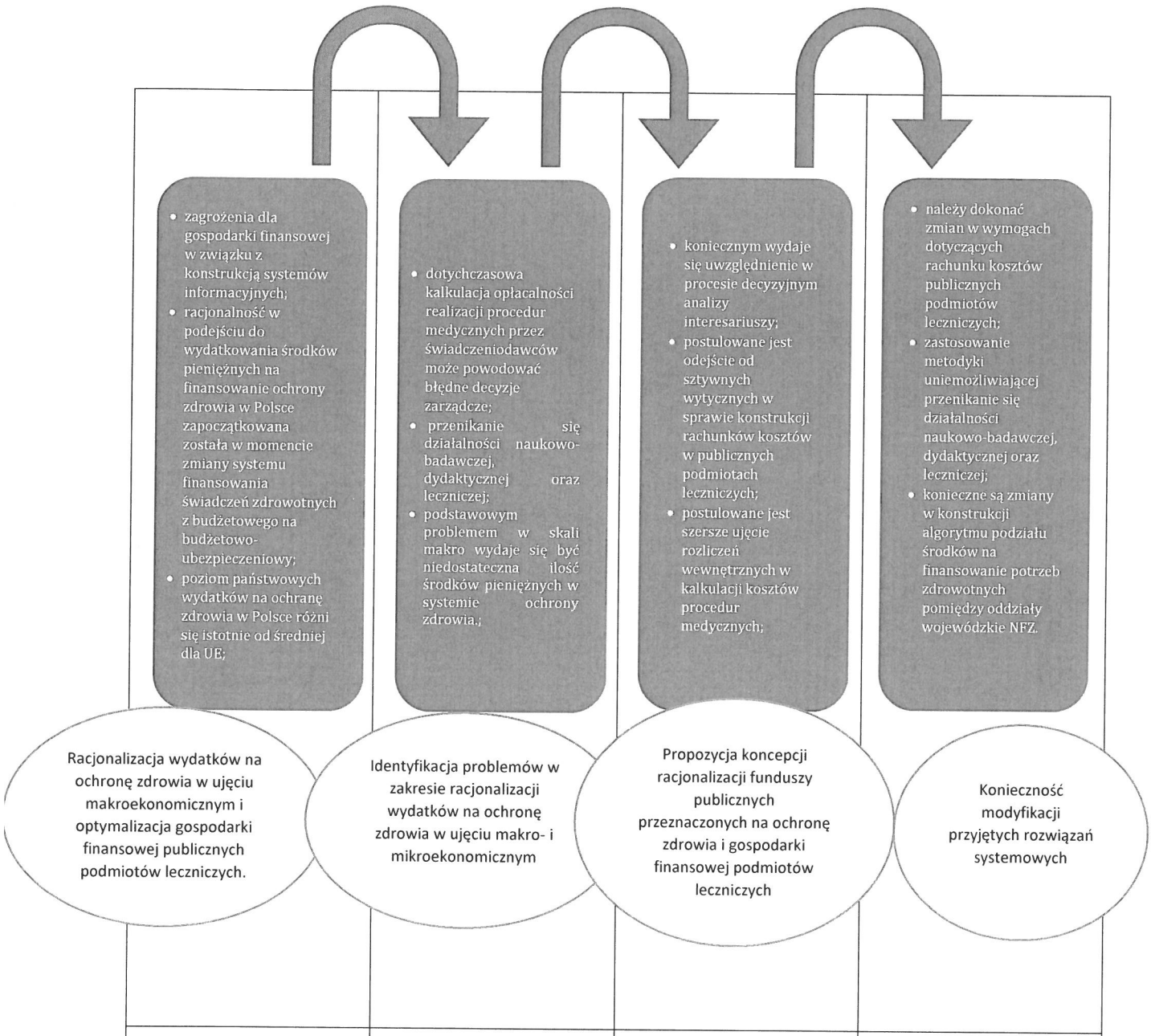
Ze względu na rozbudowany zakres zagadnień wchodzący w skład pojęcia racjonalności. W konsekwencji należy postawić następujące pytania pomocnicze.

- Czy działalność państwa w wymiarze wydatkowania środków na finansowanie ochrony zdrowia ma charakter racjonalny? **[pyt. 1]**
- Na jakich przesłankach oparte są decyzje zarządcze świadczeniodawców w sferze optymalizacji gospodarki finansowej? **[pyt. 2]**
- Jakie rozwiązania optymalizacyjne w zakresie gospodarki finansowej Świadczeniodawców należy podjąć, aby z jednej strony zapewnić realizację usług zdrowotnych, a z drugiej umożliwić działalność z zachowaniem płynności finansowej? **[pyt. 3]**
- Czy środki, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia są racjonalnie rozdzielane pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie? **[pyt. 4]**
- Czy wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w relacji do innych państw UE, a zwłaszcza tzw. nowych członków są wystarczające? **[pyt. 5]**

Na rys. 1 przedstawione zostały 4 główne obszary jednotematycznego cyklu wraz z przyporządkowanymi im numerami pozycji z cyklu ujętymi w punkcie 5.1 autoreferatu.

Rys. 1

2003 2018



Obszar I	Obszar II	Obszar III	Obszar IV
Publikacje odnoszące się do poszczególnych obszarów			
Poz. 1, 2,4 ,6, 8	Poz. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	Poz. 1, 3, 5, 6, 7	Poz. 1, 8.

2.3.3 Obszar I Racjonalizacja wydatków na ochronę zdrowia w ujęciu makroekonomicznym oraz optymalizacja gospodarki finansowej publicznych podmiotów leczniczych.

W jednej z ważniejszych definicji gospodarki finansowej określa się ją jako grupę czynności polegających na racjonalnym uruchamianiu strumieni pieniężnych oraz ich osiadaniu, czyli tworzeniu oszczędności z uwzględnieniem opłacalności związanej z „unieruchomieniem" pewnego, większego lub mniejszego zasobu pieniędzy[24]. Zastosowane tu pojęcie racjonalności w ujęciu ekonomicznym oznaczać będzie realizację optymalnego z punktu maksymalizacji stopnia realizacji celu przy posiadanych, możliwych do poniesienia nakładach lub też osiągnięcia określonego stopnia celu przy minimalizacji ponoszonych nakładów.[25] Pojęcie gospodarowania z uwzględnieniem kryterium racjonalności może być analizowane zarówno w skali mikro, w odniesieniu do podmiotów gospodarujących, jak również makro, biorąc pod uwagę system społeczno-gospodarczy. Zarówno na poziomie mikro, jak i makro, można wyróżnić racjonalność formalną (maksymalizacja funkcji celu i uporządkowany zbiór preferencji na poziomie mikro oraz ogólna zasada optymalności w sensie Pareto na poziomie makro) i racjonalność materialną (maksymalizacja konkretnej funkcji celu, preferencje egoistyczne lub altruistyczne na poziomie mikro oraz konkretna sytuacja optymalna w sensie Pareto na poziomie makro)[26]. Z uwagi na fakt, iż „racjonalność funkcjonowania podmiotów leczniczych w systemie opieki zdrowotnej powinna być nadrzędnym celem wszystkich jej uczestników"[27] oraz postępowanie racjonalne w skali mikro wiąże się z pozyskaniem informacji na temat angażowanych zasobów (ponoszonych nakładów) szczególnego znaczenia nabiera zakres i forma tych informacji. Akcentowanie maksymalnej precyzji w konstrukcji systemu informacyjnego opartego na rachunku kosztów jest widoczne w **[poz. 4, 5, 7].** Dotyczy to zwłaszcza podmiotów publicznych, prowadzących działalność w sektorze ochrony zdrowia. Warto podkreślić, że pierwsze próby uporządkowania prezentacji finansowych efektów działalności publicznych zakładów opieki zdrowotnej miały miejsce w roku 1992, kiedy wprowadzone zostały szczegółowe zasady ewidencji dochodów i

---

[24] Szyszko L., Szczepański J. (red.): Finanse przedsiębiorstwa, PWE, Warszawa 2003, s. 19.
[25] Por. Rudnicki L., Zachowanie konsumentów na rynku, Wyd. PWE, Warszawa 2000 s. 33.
[26] Por. Kwarciński T.: Racjonalność ekonomiczna i zasady moralne. [w]: K.A. Kłosiński, A. Biela (red.) Człowiek i jego decyzje. Wyd. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2009, s. 145-155.
[27] Węgrzyn M., Zmiana formy prawnej szpitali z samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na spółki prawa handlowego – oczekiwania i implikacje na przykładzie województwa dolnośląskiego, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Ekonomiczne problemy usług, nr 118, Wrocław 2015, s. 311.

kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.[28] Jak się wydaje podstawową przesłanką wprowadzenia konieczności prowadzenia bazy informacyjnej o dochodach i kosztach zakładów opieki zdrowotnej była realizacja funkcji nadzoru właścicielskiego w obliczu pogarszającej się kondycji finansowej jednostek. Wobec dynamicznie przebiegających zmian w otoczeniu, możliwości powstania i rozwoju niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej przemodelowane zostało podejście do kalkulacji kosztów w publicznych podmiotach leczniczych. Zwrócono uwagę na konieczność takiej ewidencji kosztów, aby umożliwić ocenę kosztów procedury medycznej. W związku z tym wprowadzone zostały nowe zasady rachunku kosztów.[29]

W moich pracach, w wyniku przeprowadzonych badań [**poz. 4, 5, 7]** wyraźnie wskazuję na niedostateczną informację pochodzącą z rachunku kosztów i możliwe, w związku z tym, nieracjonalne decyzje zarządcze, co stanowi odpowiedź na **[pyt. 2].** Problem z racjonalnością decyzji zarządczych nie wynika tylko z zastosowanego, zgodnie z przepisami prawa, rachunku kosztów pełnych, ale także nie uwzględnienia w fakultatywnych rachunkach kosztów rozliczeń wewnętrznych.

W skali makro, racjonalność w podejściu do wydatkowania środków pieniężnych na finansowanie ochrony zdrowia w Polsce zapoczątkowana została w momencie zmiany systemu finansowania świadczeń zdrowotnych z budżetowego na budżetowo-ubezpieczeniowy[30] oraz, że sukcesy reformatorów systemu opieki zdrowotnej dotyczą jedynie podziału pracy między różne jego zadania, koordynacja i integracja zostały natomiast zaniedbane.[31]

---

[28] Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 15 czerwca 1992 roku w sprawie szczegółowych zasad ewidencji dochodów i kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Monitor Polski z 1992 roku, Nr 19, poz. 145.

[29] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1998 roku w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 1998 roku, Nr 164, poz. 1194.

[30] Por. Hibner E., Ustrój ochrony zdrowia — podstawowe założenia strukturalne, Zarządzanie Publiczne 1/2005 Zeszyty Naukowe Instytutu Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 177.

[31] Rudawska I., Zintegrowana opieka zdrowotna – w poszukiwaniu poprawy efektywności, Problemy Zarządzania vol. 9, nr 3(33), s. 147.

2.3.4 Obszar II Identyfikacja problemów w zakresie racjonalizacji wydatków na ochronę zdrowia.

Wśród podstawowych problemów dotyczących finansowania ochrony zdrowia w Polsce należy wskazać przede wszystkim niski poziom wydatków, widoczny w liczbach bezwzględnych ale także relacji do PKB, szczególnie w odniesieniu do wydatków publicznych. Od czasu badań przeprowadzonych w **[poz. 6]** cyklu, sytuacja w tym zakresie nie uległa znaczącym zmianom. W dalszym ciągu w Polsce widoczny jest znaczący udział wydatków prywatnych. Jednakże problem finansowania ochrony zdrowia jest znacznie bardziej złożony, dotyczy bowiem także dystrybucji środków **[poz. 1, 2, 4, 8]** cyklu i to nie tylko, stosując nomenklaturę znaną z klasyfikacji budżetowej, pomiędzy dysponentem głównym a dysponentem II stopnia, ale także pomiędzy dysponentem II stopnia a dysponentem ostatecznym. Do tego dochodzą przenikające się kompetencje dysponentów głównych (np. w zakresie finansowania szpitali klinicznych, w których prowadzona jest także działalność dydaktyczna). W efekcie można zauważyć kumulację nieracjonalnych decyzji skutkujących nieracjonalnymi wydatkami na finansowanie ochrony zdrowia **[poz. 8]** cyklu.

Biorąc pod uwagę problematykę badawczą zaprezentowaną **[poz. 6]** cyklu i zaktualizowaną, bazując na danych OECD[32] dotyczących wydatków na ochronę zdrowia, w kontekście odpowiedzi na **[pyt. 5]** , warto zauważyć, że całkowite wydatki na ochronę zdrowia liczone jako %PKB wyniosły 6,7% (2017) i znajdowały się na poziomie porównywalnym z Estonią, wyższym niż na Łotwie oraz niższym niż w Czechach oraz Słowacji (7,1%). Z krajów tzw. „starej Unii", jedynie Irlandia notuje wydatki niższe niż 8%. Na te elementy porównawcze należałoby nanieść kolejne, specyficzne dla polskich rozwiązań dotyczących problemów z finansowaniem wydatków na ochronę zdrowia: [33]

- znaczne zaniżenie poziomu stopy składki na starcie wprowadzania reformy ochrony zdrowia,
- nieobjęcie niektórych rodzajów dochodów opłatą składki,

[32] OECD (2019), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (dostęp 26 marca 2019 r.)
[33] Golinowska S. i inni , Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania, Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2008, s. 34.

- opóźnianie przez instytucje rządowe przekazywania środków w sytuacji silniejszego ograniczenia budżetowego,
- dotowanie składki do ubezpieczeń zdrowotnych niektórych grup społecznych,
- brak realnego wzrostu przychodów ze składek od 2008 roku.

Zagadnienia obszaru II są istotne także z punktu widzenia świadczeniobiorcy, bowiem w tym przypadku uwidacznia się problem dostępu do świadczeń, co związane jest z szerszym problemem oceny ekonomicznej alokacji zasobów oraz polityki, która warunkuje tę alokację.[34] Dotychczas przyjęte[35] rozwiązania w zakresie podziału środków przeznaczonych na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia nie gwarantują równego dostępu do świadczeń, a odnosząc się do danych roku poprzedniego, jako bazy dla obliczeń, nie uwzględniają w żadnym stopniu kryterium efektywności gospodarowania środkami przez poszczególne oddziały wojewódzkie. Te spostrzeżenia znajdują potwierdzenie w literaturze, m.in. w publikacjach M. Węgrzyn, która wskazuje, że „nowo skonstruowany algorytm ma, podobnie jak poprzednie algorytmy, charakter autoregresywny, gdyż wskaźniki kosztowe wykorzystywane do obliczeń są wyliczane na podstawie roku poprzedniego. Taki algorytm podziału burzy ideę racjonalności i efektywności działania oddziałów NFZ, nie premiuje bowiem oddziałów NFZ np. za oszczędność. Równocześnie algorytm ten nie odnosi się do negatywnych skutków finansowych w przypadku osiągania gorszych efektów działania, mierzonych wskaźnikami obrazującymi stan zdrowotności w województwie czy dostępności do świadczeń."[36] Ten, istotny dla pacjenta problem ma wymiar praktyczny: poszukując świadczenia z zakresu endokrynologii w województwie śląskim można je otrzymać 25 marca 2019 roku[37], w

---

[34] Suchecka J., Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 72.

[35] Obecnie obowiązującym jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 listopada 2009 roku w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz.U. nr 193, poz. 1495)

[36] Węgrzyn M., Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia., [w] Wasilewski D., Węgrzyn M. (red.), Zarządzanie ryzykiem w opiece zdrowotnej. Nadzór i kontrola zarządcza, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu z 2015 roku, nr 410, s. 124.

[37]https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?search=true&Case=1&ServiceName=%C5%9AWIADCZENIA+Z+ZAKRESU+ENDOKRYNOLOGII&State=12&Locality=&Provider=&Place=&Street=, dostęp 14 marca 2019 roku.

województwie mazowieckim 6 kwietnia 2019 roku[38], a w województwie pomorskim, 15 lutego 2020 roku[39].

Zasadne zatem staje się udzielenie negatywnej odpowiedzi na problem poruszony w **[pyt. 4]**. Rozwiązaniami zaproponowanymi przeze mnie jest uwzględnienie w algorytmie podziału środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych kryterium efektywności. Algorytm podziału środków finansowych ewoluował w czasie, a ta ewolucja może stanowić efekt stałego doprecyzowania kryteriów, jakimi kierują się władze publiczne dokonując alokacji dóbr publicznych oraz dóbr społecznych.[40] W efekcie, w moich publikacjach został poruszony problem szerszy, obecny w poglądach J. Rawlsa, łączących zastosowanie w ochronie zdrowia teorii liberalnych oraz kolektywistycznych, a skoncentrowanych na pojęciu sprawiedliwości społecznej rozumianej jako zachowanie wzajemnej uczciwości przy utrzymaniu obowiązujących reguł właściwego postępowania, które zostały ustalone przez umowę społeczną.[41] Naruszenie tej umowy społecznej widać wyraźnie w **[poz. 8]** w którym wskazuję na istotnie lepszą pozycję Świadczeniobiorców usług zdrowotnych w województwie mazowieckim, wielkopolskim, małopolskim, śląskim oraz łódzkim, biorąc pod uwagę liczbę leczonych na 10 tysięcy, liczbę lekarzy oraz szpitali. Rozważania te prowadzą do wniosku, że działalność państwa w wymiarze wydatkowania środków na finansowanie ochrony zdrowia nie ma charakteru racjonalnego, co stanowi odpowiedź na **[pyt. 1]**.

Nawet w przypadku odejścia od rozważań Rawlsa, a zbliżając się do koncepcji sprawiedliwości Sena[42], który postuluje osiągniecie równości w dystrybucji czegoś, sytuacja w której 5 oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia znajduje się w wyraźnie lepszej sytuacji finansowej w dostępie do środków pochodzących z budżetu państwa stanowi jej zaprzeczenie **[poz. 8]**.

---

[38]https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?search=true&Case=1&ServiceName=%C5%9AWIADCZENIA+Z+ZAKRESU+ENDOKRYNOLOGII&State=07&Locality=&Provider=&Place=&Street=, dostęp 14 marca 2019 roku.

[39]https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?search=true&Case=1&ServiceName=%C5%9AWIADCZENIA+Z+ZAKRESU+ENDOKRYNOLOGII&State=11&Locality=&Provider=&Place=&Street=, dostęp 14 marca 2019 roku.

[40] Szersze spojrzenie na temat dostępności do świadczeń zdrowotnych można zauważyć w pracach A. Frączkiewicz-Wronki: Frączkiewicz-Wronka A., Jasłowski J., Owocorz-Cydzik B., Sobusik D., Samorządowa polityka zdrowotna, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2004, s. 13-22.

[41] Niżnik J., W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia, Wyd. Oficyna Wydawnicza BRANTA, Bydgoszcz-Kraków 2004, s. 42.

[42] por. Sen A., Inequality Reexamined, Wyd. Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1995, s. 12-13.

Kryterium racjonalności wydaje się być istotne nie tylko na etapie dystrybucji środków ale także na poziomie dysponowania środkami przeznaczonymi na finansowanie ochrony zdrowia przez władze publiczne. Działanie takie jest uwidocznione zarówno w rozszerzeniu katalogu zadań JST w zakresie zapewniania równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej[43] połączone z wprowadzeniem Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Z uwagi na fakt, iż opinia o celowości inwestycji (wydawana przez wojewodę) w przeważającej części oparta jest na ocenie parametrów innych niż ekonomiczne (informacji zawartych we wniosku, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, regionalnej lub ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych, opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, informacji zawartych w innych złożonych wcześniej wnioskach oraz wydanych opiniach w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację map oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej) można zauważyć wydawanie pozytywnych opinii dla projektów inwestycyjnych, które nie mają zapewnionego finansowania usług ze środków publicznych za pośrednictwem NFZ. Pozytywna opinia wojewody usuwa istotną przeszkodę w rozpoczęciu realizacji projektu inwestycyjnego. W przypadku finansowania projektu ze środków publicznych można poddać w wątpliwość gospodarność, celowość oraz rzetelność dysponowania środkami finansowymi przez władze publiczne. Nie jest trudno wyobrazić sobie sytuację, w której projekt inwestycyjny zostanie zakończony (np. wybudowanie przychodni) a nie otrzyma finansowania w drodze kontraktu z NFZ.

Opinię o celowości inwestycji wydaje wojewoda, nie bierze jednak pod uwagę faktu, iż:[44]

- organizacja składająca wniosek znajduje się w sieci relacji z wieloma interesariuszami, którzy wywierają wpływ na decyzje i zarazem pozostają pod jej wpływem,
- istotna jest natura tych relacji, z uwzględnieniem zarówno procesów, jak i efektów działań dla organizacji i jej interesariuszy,
- interesy wszystkich grup posiadających umocowanie mają istotną wartość,

[43] Wynikają one z przepisów art. 6 Ustawy o 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2016, poz. 1793.
[44] Frączkiewicz-Wronka A., Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2012, s. 10.

- kluczowym aspektem teoretycznym mającym znaczenie dla praktyki jest określenie warunków podejmowania decyzji menedżerskich w aspekcie wpływu interesariuszy.

W efekcie istnieje ryzyko, że decyzją organu administracji państwowej publiczne strumienie pieniężne zostaną uruchomione w sposób nieracjonalny.

Dokonując oceny stopnia racjonalności gospodarowania środkami pieniężnymi przez podmioty lecznicze warto zauważyć problemy w zakresie podejmowania decyzji w sferze angażowania zasobów będących w dyspozycji zarządzających. Na te problemy zwróciłem uwagę w **[poz. 3, 4, 5 oraz 7]** cyklu. Opierając się na doświadczeniach zebranych podczas wdrożenia systemu controllingowego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 Akademii Medycznej w Gdańsku zwróciłem uwagę na przenikanie się działalności leczniczej, dydaktycznej i naukowo-badawczej w sposób nie znajdujący odzwierciedlenia w zakładowym planie kont, zarówno w obrotach kont zespołu 7 – przedstawiających stronę przychodową działalności, jak i kont zespołu 4 oraz 5, na których dokonywana była rejestracja kosztów. Działalność lecznicza szpitali klinicznych jest finansowania ze środków NFZ w formie ryczałtu w związku z funkcjonowaniem w tzw. sieci szpitali. Jednocześnie w jednostkach tych prowadzi się działalność dydaktyczną, finansowaną w drodze dotacji otrzymanej od uczelni medycznej.[45] Zajęcia dydaktyczne ze studentami prowadzą pracownicy uczelni medycznej zatrudnieni w szpitalu klinicznym. Będąc pracownikami naukowo-dydaktycznymi, prowadzą badania naukowe realizowane w części w szpitalach klinicznych ale o środki finansowe na prowadzenie badań naukowych nie może wystąpić szpital tylko uczelnia medyczna.[46] Widząc problemy z przenikaniem się różnych rodzajów działalności i różnych źródeł ich finansowania zaproponowałem podejście umożliwiające modyfikację konstrukcji kont zespołu 4 i 5 kosztów, w sposób umożliwiający racjonalizację rozliczeń działalności leczniczej, dydaktycznej i naukowo-badawczej **[poz. 3]**. Co ciekawe, rok po wydaniu publikacji **[poz. 3]**, w raporcie NIK zwraca się wyraźnie uwagę na fakt, że „środki finansowe przekazywane szpitalom klinicznym na realizację zadań dydaktycznych nie pokrywały jednak ponoszonych z tego tytułu kosztów. Ministerstwo Zdrowia nie posiadało informacji o rzeczywistych kosztach ponoszonych przez poszczególne szpitale kliniczne, w związku ze szkoleniem studentów w tych szpitalach oraz nie

---

[45] Por. Rój J., Znaczenie czynnika finansowego w rozwoju technologii medycznych w klinice uniwersyteckiej, Wydawnictwo UE w Poznaniu, s. 104.

[46] Dubas-Jakóbczyk K., Ocena sytuacji finansowej szpitali Uniwersyteckich na podstawie sprawozdań finansowych za rok 2014, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej z 2017 roku, nr 1972, s. 101.

przeprowadzało analiz w tym zakresie. Według opinii rektorów uczelni medycznych, rzeczywiste koszty dydaktyki ponoszone przez szpitale nie są możliwe do precyzyjnego określenia z uwagi na fakt, że nie wszystkie szpitale prowadzą wyodrębnioną ewidencję księgową wydatków związanych z dydaktyką kliniczną i nie są w stanie sprecyzować wysokości faktycznie ponoszonych kosztów."[47] Zaproponowane przeze mnie modyfikacje zakładowego planu kont zawarte w **[poz. 3]** cyklu, w połączeniu z propozycjami dotyczącymi usprawnienia rozliczeń w zakresie wykorzystania zasobów w działalności podstawowej oraz pomocniczej medycznej i pozamedycznej, w tym w uwzględnieniu nowoczesnych rozwiązań w podejściu do wyceny procedur medycznych **[poz. 4, 5, 7]** pozwalają na udzielenie odpowiedzi na **[pyt. 3]**. Trzeba też zaznaczyć, że problem kondycji jakości gospodarowania zasobami przez szpitale kliniczne należy do istotnych, bowiem „szpitale kliniczne generują blisko 1/3 zobowiązań wymagalnych wszystkich zakładów opieki zdrowotnej. Zadłużenie na koniec 2014 r. odnotowano w ponad połowie szpitali (28 z 41). W dobrej kondycji finansowej były zaledwie cztery szpitale spośród 12 skontrolowanych. NIK zauważa także, że na koniec 2014 r. tylko 12 jednostek, czyli niespełna 30 proc., generowało aż 96,5 proc. zadłużenia wszystkich szpitali klinicznych."[48]

2.3.5 Obszar III Propozycja koncepcji racjonalizacji funduszy publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia i gospodarki finansowej publicznych podmiotów leczniczych

Racjonalne gospodarowanie funduszami publicznymi powinno odbywać się na każdym etapie dysponowania tymi środkami przez płatnika, co w konsekwencji prowadzi do możliwości podejmowania racjonalnych decyzji przez zarządzających publicznymi podmiotami leczniczymi.

Kryterium racjonalności musi być zatem obecne na etapie czynności związanych z[49]:

- przygotowaniem operacji pieniężnych;
- realizacją operacji pieniężnych;

---

[47] NIK o szpitalach klinicznych, https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-szpitalach-klinicznych.html, s. 10 (dostęp z 22.02.2019 roku).

[48] Por. NIK o szpitalach klinicznych, https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-szpitalach-klinicznych.html (dostęp z 22.02.2019 roku).

[49] Por. Szyszko L.. Szczepański J. op. cit. s. 19.

- podejmowaniem decyzji w sferze rzeczowego zarządzania organizacją.

W zakresie przygotowania operacji pieniężnych konieczna jest korekta mechanizmu oceny wniosków inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia za pomocą Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Powinna ona dotyczyć uwzględnienia w ocenie elementów analizy interesariuszy łączącej w sobie podejście m.in. administracji rządowej i samorządowej, świadczeniodawców, pacjentów, przedsiębiorców oraz inwestora. Takie podejście ma na celu zapobieżenie nie tak rzadkim sytuacjom, kiedy ocenę pozytywną otrzymuje podmiot nie mający, racjonalnie rzecz ujmując, szans na kontrakt z NFZ bądź ryczałt w związku ze znalezieniem się w tzw. sieci szpitali.[50]

Optymalna realizacja operacji pieniężnych dotyczy racjonalnego dysponowania funduszami publicznymi przez oddziały wojewódzkie NFZ. Operacje realizowane przez te podmioty w sposób istotny wpływają na zarówno na kondycję finansową świadczeniodawców, a w konsekwencji na dostępność usług ochrony zdrowia. Jak zauważa M. Węgrzyn „Ostatecznie uzyskana bowiem wysokość środków przekazana poszczególnym oddziałom Funduszu pozwala na pokrycie, lub nie, zrealizowanych na rzecz świadczeniobiorców przez podmioty lecznicze świadczeń opieki zdrowotnej, co wpływa bezpośrednio na ich kondycję finansową i możliwość rozwoju oraz dalszego udzielania świadczeń."[51] W efekcie konieczną wydaje się znacząca modyfikacja algorytmu podziału środków finansowych pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ o kryterium efektywności wykorzystywania publicznych zasobów pieniężnych. Nieracjonalną w świetle prowadzonych przeze mnie badań jest sytuacja, w której najbardziej zasobne w publiczne środki oddziały wojewódzkie wykorzystują je z najniższą efektywnością.

Warto podkreślić, że z punktu widzenia zarządzających publicznymi podmiotami leczniczymi, istotna powinna być jakość informacji służąca do podejmowania decyzji menedżerskich.

W obszarze racjonalnego podejmowania decyzji w sferze rzeczowego zarządzania organizacją kryterium racjonalności oznacza konstrukcję systemu informacyjnego w taki sposób, aby zapewnić optymalizację wykorzystania zasobów organizacji i umożliwić realizację

---

[50] Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 roku, poz. 844).
[51] Węgrzyn M., Wpływ algorytmu podziału... , op. cit. s. 130.

jej celów. Jednym z narzędzi może stać się spójny, znormalizowany system rozliczeń wewnętrznych.

2.3.6 Obszar IV Konieczność modyfikacji przyjętych zmian systemowych

Elementy zmian systemowych wynikających z przeprowadzonych przeze mnie **badań [poz. 1, 8]** cyklu koncentrują się dwóch aspektach:

- bariery związane z dostępem do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- nieadekwatna koncentracja strumieni pieniężnych na finansowanie świadczeń z zakresu ochrony zdrowia, powodująca w konsekwencji nierówny dostęp do świadczeń zdrowotnych.

W związku z nie do końca obiektywną konstrukcją systemu IOWISZ konieczna wydaje się jego istotna modyfikacja. Użyteczność systemu IOWISZ sprowadza się do dostarczenia informacji pozwalającej na wydanie opinii o celowości inwestycji, co w przypadku oceny pozytywnej ma prowadzić do możliwości realizacji tylko tych projektów, które są zgodne z priorytetami zdrowotnymi. Opinia o celowości inwestycji jest wydawana wyłącznie na podstawie informacji zawartych we wniosku, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, regionalnej lub ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych, opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, informacji zawartych w innych złożonych wcześniej wnioskach oraz wydanych opiniach w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację map oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej. W efekcie pozytywna opinia o celowości inwestycji oznaczająca możliwość uzyskania istotnego źródła finansowania projektu, na poziomie działalności operacyjnej, w postaci środków publicznych nie uwzględnia opinii wszystkich interesariuszy. Stanowi to w oczywisty sposób zaprzeczenie idei governance, rozumianej jako ład organizacyjny.[52] W związku z tym istotną zmianą stosowaną w procesie

[52] Frączkiewicz-Wronka A., Analiza interesariuszy jako metoda wspierająca formułowanie strategicznych zamierzeń organizacji (wnioski z badań szpitali publicznych), Metody badań problemów zarządzania strategicznego, Prace Naukowe WWSZiP, T. 17, Wałbrzych 2012, s. 272.

decyzyjnym realizowanym przez administrację państwową powinna stać się konieczność sporządzenia analizy interesariuszy[53].

Efekty moich badań zawarte w **[poz. 8]** wskazują na zaprzeczenie idei sprawiedliwości społecznej w zakresie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Pięć oddziałów wojewódzkich NFZ (mazowiecki, śląski, wielkopolski, małopolski oraz dolnośląski) otrzymuje istotnie wyższe środki na świadczenia zdrowotne, co może oznaczać łatwiejszy dostęp do usług ochrony zdrowia przez mieszkańców. Ponadto, rok 2015 był istotny z punktu widzenia zmian o charakterze systemowym w finansowaniu świadczeń ochrony zdrowia. Na bazie sfinansowanych kosztów świadczeń wraz z nadwykonaniami zostały ustalone wysokości ryczałtów w związku z obecnością podmiotów leczniczych w tzw. sieci szpitali.

W związku z istotną nierównowagą w dostępie do świadczeń ochrony zdrowia oraz nieefektywnością w wykorzystywaniu posiadanych przez oddziały wojewódzkie NFZ środków na finansowanie świadczeń, co zostało przeze mnie wyeksponowane w **[poz. 2]** istnieje koniczność systemowej korekty metodyki konstrukcji algorytmu podziału środków na finansowanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy poszczególne oddziały NFZ.

2.3.7 Podsumowanie

Racjonalność w sferze ochrony zdrowia jest niewątpliwie pojęciem wieloaspektowym, postrzeganym z punktu widzenia różnych perspektyw. Jednakże nie powinna być rozpatrywana tylko na gruncie teoretycznym, a zyskać wymiar procesowy. Takie ujęcie może spowodować, że wszelkie zmiany dokonywane przez władze publiczne w sektorze ochrony zdrowia, skutkujące koniecznością podjęcia działań dostosowawczych w zakresie optymalizacji gospodarki finansowej na poziomie świadczeniodawców będą mieć charakter systemowy.

[53] Por. Mokrzycka A., Kowalska-Bobko I., Sagan A., Włodarczyk C., (2016) The 2014 primary health care reform in Poland: short term fixes instead of a longterm strategy., Health Policy Nr 120, s. 1229-1230.

2.3.8 Wkład do dyscypliny ekonomia

Aktywność naukowa po uzyskaniu stopnia naukowego doktora pozwoliła mi na uzyskanie efektów pozwalających na wykazanie wkładu w rozwój dyscypliny ekonomii i finansów. W prezentacji tych osiągnięć użyłem elementów tzw. triady naukowej, tj. zaakcentowanie wkładu na płaszczyźnie teoretycznej, metodycznej oraz weryfikacji empirycznej w formie działań o charakterze aplikacyjnym.

Wkład w nurt teoretyczny ekonomii

Zaprezentowany cykl publikacji porządkuje i rozwija pojęcie racjonalności gospodarczej, zarówno w ujęciu racjonalności teleologicznej, jak i instrumentalnej. W zamierzeniu ma na celu wypełnienie luki dotyczącej badań nad rolą pojęcia racjonalności w realizacji wydatków publicznych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia. Innowacyjnym rozwiązaniem stał się postulat zastosowania teorii interesariuszy w administracyjnych procesach decyzyjnych związanych z inwestowaniem w ochronie zdrowia. Analiza interesariuszy wskazuje z jednej strony na zwiększenie obiektywizmu w podejmowaniu decyzji, z drugiej zaś oznacza możliwość podjęcia dialogu ze wskazanymi w toku analizy interesariuszami. Wskazuje także, w jaki sposób projekt inwestycyjny może wpływać na otoczenie. Takie postępowanie prowadzi do racjonalizacji wydatków publicznych, bowiem pozytywna opinia o celowości inwestycji prowadzi do możliwości finansowania działalności operacyjnej ze środków publicznych.

Dodatkowo, poprzez wykazanie potencjalnie nierównego dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w części województw wykazałem istotną rolę interesariuszy w kształtowaniu kapitału społecznego wpisującą się w weryfikację teorii wzrostu endogenicznego, zwłaszcza w perspektywie efektów zewnętrznych. Zaprezentowany cykl publikacji powiązanych tematycznie rozwija teorie wzrostu endogenicznego poprzez uwypuklenie w niej analizy interesariuszy.

Wkład o charakterze metodycznym

W prezentowanym, jednotematycznym cyklu publikacji wskazałem na konieczność rozszerzenia metodyki oceny racjonalności funduszy publicznych, szpitali klinicznych oraz gospodarki finansowej publicznych podmiotów leczniczych.

Na problematykę nieprawidłowości w funkcjonowaniu funduszy celowych w Polsce w kontekście racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi zwracała uwagę m.in. J. Szołno-Koguc[54]. W publikacjach jednotematycznego cyklu zaproponowałem rozszerzenie metodyki oceny działalności elementy efektywności **[poz. 2]** oraz sprawiedliwości społecznej. **[poz. 8].**

Konstruując metodyczne elementy oceny efektywności funduszy publicznych w sposób innowacyjny wykorzystałem metodę estymacji przez dopasowanie. Użyteczność zastosowanej metody należy uznać za wysoką, bowiem pozwoliła na oszacowanie skuteczności różnych wysokości planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych przy występowaniu autoselekcji próby, a w konkluzji określenie efektu netto wynikającego bezpośrednio z oddziaływania. Z uwagi na fakt, iż celem przeprowadzonych w [poz. 8] badań była ocena średniego wpływu kosztów świadczeń zdrowotnych w zależności od wysokości świadczeń, do wyznaczenia wartości średniej użyty został estymator ATE (Average Treatment Effect) w postaci zaproponowanej przez LaLonde'a[55]:

$$ATE = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{n}[\tilde{Y}_i(1) - \tilde{Y}_i(0)]$$

Z uwagi na fakt, iż obliczenie estymatora ATE łączy się z wymogami dotyczącymi określenia definicji podobieństwa jednostek w grupach kontrolnych oraz zasad ich doboru, posłużono się metodą dopasowania za pomocą prawdopodobieństwa PSM (Propensity Score Matching) doceniając jej szczególną użyteczność w odniesieniu do danych obserwacyjnych, a w efekcie uzyskując rozkłady charakterystyk zmiennych kontrolnych na poziomie zbalansowanym.

Zastosowanie metod oceny efektywności gospodarowania środkami publicznymi przez oddziały wojewódzkie NFZ pozwoliło na sformułowanie postulatu rozszerzenia metodyki

[54] Szołno-Koguc J., op. cit. s. 347.

[55] Por. LaLonde, R.,1986, Evaluating the econometric evaluations of training programs with experimental data. American Economic Review (76(4)), s. 604-620.

konstrukcji algorytmu podziału środków pomiędzy poszczególne oddziały NFZ o kryterium efektywności.

Rozwiązania metodyczne dotyczące rozdzielenia działalności dydaktycznej, naukowo-badawczej oraz leczniczej w szpitalach klinicznych mające na celu zapewnienie wyższej sprawności działania tych jednostek.

W **[poz. 7]** wskazane zostały elementy poprawy racjonalności gospodarki finansowej świadczeniodawców zarówno na poziomie planowania wykorzystania zasobów rzeczowych, osobowych oraz finansowych poprzez adaptację dla tego celu modelu Du Ponta, jak również zwiększenia precyzji informacji o stopniu wykorzystania zasobów poprzez uwzględnienie rozliczeń wewnętrznych w odniesieniu do działalności pomocniczej medycznej i pozamedycznej.

Wkład o charakterze aplikacyjnym

W publikacjach jednotematycznego cyklu publikacji przyjęte zostały elementy podejścia interdyscyplinarnego. Na potrzebę stosowania tego typu podejścia zwraca uwagę S. Flejterski wskazując, że „postulat stosowania w sferze badań ekonomicznych podejścia interdyscyplinarnego, kompleksowego czy systemowego jest szczególnie istotny współcześnie, w warunkach stałego wzrostu stopnia złożoności życia gospodarczego. W jego labiryncie nie sposób się już poruszać bez znajomości rozmaitych dyscyplin spoza nauk ekonomicznych."[56] Stąd też w pracach jednotematycznego cyklu pojawiły się gotowe do zastosowania rozwiązania o charakterze finansowym, rachunkowym, ekonomicznym i zarządczym. Walor aplikacyjny rozwiązań zastosowanych w publikacjach cyklu jest zauważalny m.in. w założeniach konstrukcyjnych konta księgowego dla szpitali klinicznych, kalkulacji kosztów procedur medycznych, uwzględnieniem kryterium efektywności wykorzystanych środków pieniężnych przez oddziały wojewódzkie NFZ, modyfikacji konstrukcji systemu IOWISZ.

---

[56] Flejterski S., Współczesne nauki o finansach - status metodologiczny, struktura, otoczenie, paradygmaty, Konferencja „Ewolucja nauk ekonomicznych", Warszawa 2018, www.kne.pan.pl/images/Konferencja.../Konferencja_ENE_referat_S_Flejterski.pdf (dostęp z 21.02.2019 roku)

O słuszności przyjętych przeze mnie rozwiązań w zakresie racjonalności systemów informacyjnych szpitali klinicznych świadczy opublikowany w rok po publikacji raport NIK na temat gospodarki finansowej szpitali klinicznych.

Warto też zaakcentować fakt, iż zaproponowane przeze mnie rozwiązania optymalizacyjne, dotyczące gospodarki finansowej podmiotów leczniczych, zostały wprowadzone w życie podczas realizacji projektów wdrożeniowych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 Akademii Medycznej w Gdańsku oraz 7 Szpitalu Marynarki Wojennej SPZOZ z Przychodnią.

2.3.9 Inne wątki badawcze poza jednotematycznym cyklem publikacji

W schemacie 1, prezentującym różnorodne nurty mojej aktywności naukowej wyróżniona została między innymi część dotycząca problemu efektywności pomocy publicznej. Pojęcie pomocy publicznej zwróciło moją uwagę podczas pracy zawodowej w Pomorskiej Specjalnej Strefie Ekonomicznej sp. z o.o. Zainspirowany liczbą zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej na terenie pomorskiej strefy ekonomicznej, wielkością zatrudnienia (zarówno miejsc pracy nowo utworzonych, jak utrzymanych), wielkością nakładów inwestycyjnych, a więc danymi zawartymi w corocznie prezentowanej Informacji o realizacji Ustawy o specjalnych strefach ekonomicznych[57], podjąłem decyzję o dokonaniu próby oceny efektywności regionalnej pomocy publicznej udzielanej w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej na terenach specjalnych stref ekonomicznych. Myślą przewodnią tego nurtu stało się kilka pytań: Czy efekty osiągnięte dzięki funkcjonowaniu takiego narzędzia polityki gospodarczej jak specjalne strefy ekonomiczne przewyższają nakłady w formie np. zwolnień podatkowych? Jakie są koszty stworzenia 1 miejsca pracy w specjalnej strefie ekonomicznej i ile kosztuje 1 zł nakładów inwestycyjnych? Czy specjalne strefy ekonomiczne są skutecznym narzędziem realizacji polityki gospodarczej rządu? Wśród kluczowych osiągnięć naukowych zrealizowanych w ramach tego nurtu chciałbym wskazać rozdział „Pomoc publiczna a inwestycje w specjalnych strefach ekonomicznych - koncepcja

[57] Por. Informację wg stanu na 31 grudnia 2017 roku, orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/.../%24File/2591.pdf

zmian" w monografii pod red. S. Owsiaka „Nowe zarządzanie finansami publicznymi w warunkach kryzysu", jak również artykuł we współautorstwie z J. Gwizdałą opublikowany w czasopiśmie Ekonomika zatytułowany „The future prospects for the activities of special economic zones in Poland by 2020" oraz artykuł będący pokłosiem udziału w konferencji organizowanej w Uniwersytecie Wileńskim, zatytułowany „The efficiency of special economic zones in Poland and their influence on regional development based on the example of pomeranian special economic zone (w:) Economic Transformation of Central and Eastern European Countries". Pełny wykaz publikacji w ramach tego nurtu badawczego przedstawiam w osobnym zestawieniu.

1. Gwizdała J., Susmarski S., (2007), Rola specjalnych stref ekonomicznych we wspieraniu rozwoju regionalnego na przykładzie Pomorskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Ekonomiczne problemy usług Nr 471, ss. 107-114.
2. Gwizdała J., Susmarski S. (2007), Rola controllingu w funkcjonowaniu Specjalnych Stref Ekonomicznych, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Nr 467, Szczecin, ss. 149-157.
3. Susmarski S. (2007), Źródła kreacji wartości przez specjalne strefy ekonomiczne na przykładzie pomorskiej specjalnej strefy ekonomicznej (w:) Kapitał intelektualny w realizacji celów Strategii Lizbońskiej, Wydawnictwo Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, ss. 85-93.
4. Susmarski S. (2007), Zasady pomiaru efektywności Specjalnych Stref Ekonomicznych (w:) Strategie wzrostu wartości przedsiębiorstwa, Wydawnictwo Kreos, Szczecin, ss. 445-453.
5. Susmarski S. (2008), Perspektywy funkcjonowania specjalnych stref ekonomicznych w Polsce w kontekście kryzysu na rynkach finansowych (w:) Zarządzanie wartością przedsiębiorstwa w warunkach zakłóceń na rynkach finansowych, Wydawnictwo Fundacja Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, ss. 603-610.
6. Susmarski S. (2008), Działalność Specjalnych Stref Ekonomicznych a rozwój regionalny na przykładzie Pomorskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej, Region 2008. Pozyskiwanie inwestorów a rozwój regionalny, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, ss. 95-106.

7. Susmarski S. (2008), Ocena wpływu specjalnych stref ekonomicznych na otoczenie na przykładzie Pomorskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej (w:) Nowe trendy i wyzwania w zarządzaniu. Koncepcja zarządzania., Wydawnictwo Vizja Press&IT, Warszawa, ss. 155-162.
8. Susmarski S. (2008), Wpływy do budżetu a pomoc publiczna na przykładzie inwestorów Pomorskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej (w:) Rynek finansowy, Wydawnictwo UMCS, Lublin, ss. 432-439.
9. Susmarski S. (2008), The efficiency of special economic zones in Poland and their influence on regional development based on the example of pomeranian special economic zone (w:) Economic Transformation of Central and Eastern European Countries, Wydawnictwo Vilnius Publishing House, Vilnius, ss. 399-405.
10. Susmarski S. (2009), Podmioty zarządzające Specjalnymi Strefami Ekonomicznymi, ich wartość i perspektywy rozwoju, Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego Nr 3/1, Sopot, ss. 315-322.
11. Susmarski S. (2009), Realizacja celów Specjalnych Stref Ekonomicznych w Polsce w kontekście kryzysu na rynkach finansowych na przykładzie Pomorskiej SSE (w:) Rynek finansowy w erze zawirowań, Wydawnictwo UMCS, Lublin, ss. 791-799.
12. Susmarski S., (2010), Kondycja Specjalnych Stref Ekonomicznych w Polsce w okresie wychodzenia z kryzysu, Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Nr 4/2, ss. 401-407.
13. Susmarski S., (2011), Pomoc publiczna a inwestycje w specjalnych strefach ekonomicznych - koncepcja zmian (w:) S. Owsiak (red.) Nowe zarządzanie finansami publicznymi w warunkach kryzysu, PWE, Warszawa, ss. 91-99.
14. Susmarski S., (2011), Ryzyko spółek zarządzających specjalnymi strefami ekonomicznymi, Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego, Nr 4/4, ss. 209-216,
15. Gwizdała J., Susmarski S.,(2013), The future prospects for the activities of special economic zones in Poland by 2020, Ekonomika 3/92, Vilnius University, ss. 167-179.
16. Susmarski S., (2014), Negatywne konsekwencje finansowe przyjęcia wkładu niepieniężnego w postaci aportu prawa własności gruntów przez spółki zarządzające specjalnymi strefami ekonomicznymi, (w:) Finanse publiczne jednostek samorządu

terytorialnego. Źródła finansowania samorządu terytorialnego we współczesnych regulacjach prawnych, CeDeWu, Warszawa, ss. 269-278.

Przeprowadzone badania oraz studia literaturowe w ramach tego nurtu badawczego pozwoliły na powzięcie przypuszczenia graniczącego z pewnością, że regionalna pomoc publiczna udzielana w związku z działalnością gospodarczą na terenie specjalnej strefy ekonomicznej w oparciu o zezwolenie jest efektywna. Oznacza to, że efekty w postaci m.in. dodatkowych wpływów do budżetów jednostek samorządu terytorialnego w związku z udziałem w podatku dochodowym od osób fizycznych oraz z podatku dochodowego od osób prawnych (powyżej poziomu objętego zwolnieniem), podatku od nieruchomości (poza granicą zwolnienia z podatku udzielonego uchwałą rady gminy), dodatkowych wpływów do budżetu państwa z podatku od towarów i usług (z wyłączeniem eksportu oraz wewnątrzwspólnotowej dostawy towarów i usług opodatkowanych stawką „0"), a także dodatkowych wpływów od przedsiębiorstw kooperujących przewyższają nakłady w postaci utraconych wpływów do budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego z tytułu zwolnienia z podatku dochodowego od osób prawnych lub podatku dochodowego od osób fizycznych.

W pracach naukowych zrealizowanych w ramach tego nurtu zauważalna jest inspiracja praktyką gospodarczą, niemniej jednak podczas mojej aktywności zawodowej w Specjalnej Strefie Ekonomicznej sp. z o.o. starałem się dokonać transferu wiedzy naukowej do praktyki gospodarczej, poprzez m.in. wprowadzenie elementów zarządzania ryzykiem, wykorzystanie analizy dyskryminacyjnej do oceny perspektyw dla wyceny udziałów w podmiotach zewnętrznych, czy wykazanie w opracowaniach wewnętrznych wpływów działalności inwestorów oraz spółki zarządzającej pomorską specjalną strefą ekonomiczną na gospodarkę finansową wybranych gmin województwa kujawsko-pomorskiego.

W kolejnym nurcie badawczym, poświęconym wykorzystaniu teorii interesariuszy w ocenie projektów realizowanych w sektorze publicznym zacząłem prowadzić badania nad ryzykiem dla inwestycji publicznych w związku z działalnością interesariuszy. Inspiracją dla tych badań stał się rządowy projekt inwestycyjny „Budowa elektrowni jądrowej" i moja praca na rzecz projektu „Przeciwdziałanie i zwalczanie przestępczości zorganizowanej i terroryzmu w warunkach bezpiecznego, przyśpieszonego i zrównoważonego rozwoju społeczno-gospodarczego." finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Efektem prac badawczych stał się rozdział w monografii Energetyka jądrowa w Polsce poświęcony

elementom ryzyka konfliktów społecznych podczas budowy elektrowni jądrowej. Zawarłem w nim m.in. metodykę oceny tego typu ryzyka związanego z aktywnością interesariuszy w budżecie projektu. W kolejnych latach rozwijałem zainteresowanie teorią interesariuszy w kontekście ich wpływu na sukces projektów inwestycyjnych realizowanych w sektorze publicznym. W efekcie powstał cykl spójnych prac naukowych, które przedstawiam w zestawieniu.

1. Susmarski S.: Algorytm zarządzania ryzykiem konfliktów społecznych przy realizacji projektu budowy elektrowni jądrowej, w: Energetyka jądrowa w Polsce, 2012, Wolters Kluwer Polska, ISBN 978-83-264-0752-9, ss. 1063-1074
2. Susmarski S.: Zarządzanie interesariuszami w projektach realizowanych w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, w: Zarządzanie i Finanse, Uniwersytet Gdański, vol. 15, nr 2/1, 2017, ss. 305-314.
3. Susmarski S.: Zamojska A.,: Kryteria doboru strategii zarządzania interesariuszami projektu infrastrukturalnego, w: Gospodarka Narodowa, vol. 28, nr 6, 2017, ss. 95-113.

W efekcie moich prac naukowych, oprócz wskazania konieczności zarządzania interesariuszami podczas realizacji projektu inwestycyjnego, a dokładniej podczas cyklu życia projektu, bowiem część czynności należy wykonać na etapie koncepcyjnym, istotna okazało się uwzględnienie w analizie interesariuszy rachunku kosztów i korzyści społecznych. Konsekwencją rozszerzenia analizy interesariuszy o wskaźnik korzyści i kosztów społecznych stała się możliwość korekty wartości wskaźnika określającego efektywność projektu inwestycyjnego, NPV o zmonetyzowane elementy społeczno-ekonomiczne. Takie rozwiązanie ma szczególne znaczenie dla inwestycji realizowanych przez jednostki sektora finansów publicznych, gdzie kluczowe znaczenie dla oceny projektu ma jego celowość oraz gospodarność.

Poza głównymi nurtami badawczymi napisałem (sam oraz we współautorstwie) szereg tekstów stanowiących efekt badań stanowiących uzupełnienie głównych nurtów badawczych, jak np. poświęcone problematyce corporate governance w sektorze publicznym, ale także

stanowiące wątek poboczny badań np. artykuł poświęcony źródłom finansowania startupów oraz aktywnym uczestnictwem w święcie startupów – VentureDay 2017.[58]

3 Charakterystyka osiągnieć naukowo-badawczych wnioskodawcy

3.1 Statystyka publikacji

Od momentu uzyskania stopnia doktora we współautorstwie lub samodzielnie przygotowałem 67 różnego typu publikacji (szczegółowy wykaz zawieram w dalszej części opracowania):

- 23 artykuły w czasopismach, w tym 13 napisanych samodzielnie,
- 25 rozdziałów w monografiach, w tym 16 napisanych samodzielnie,
- 6 publikacji w materiałach konferencyjnych, w tym 4 napisane samodzielnie,
- 15 raportów i ekspertyz dla biznesu i administracji państwowej.

Przeciętnie, rocznie moja aktywność w tym zakresie kształtowała się na poziomie 4,19 publikacji.

W procesie tworzenia publikacji współpracowałem zarówno z przedstawicielami Katedry Bankowości i Finansów, pracownikami Wydziału Zarządzania UG, jak i osobami zewnętrznymi, przedstawicielami biznesu i innych ośrodków naukowych.

W Tablicy 1 przedstawiam zestawienie publikacji za lata 2003-2018.

Tablica 1 Sumaryczne zestawienie publikacji za lata 2003-2018.

Pozycje	Razem	Indywidualne	Współautorstwo	W jęz. angielskim
Rozdziały w monografiach	25	16	9	1
Artykuły w czasopismach	23	13	10	
Materiały konferencyjne (spoza Web of Science)	6	4	2	3

[58] https://ug.edu.pl/centrum-analiz/wydarzenia (dostęp 21.02.2019 r.)

W konsekwencji opracowanych i opublikowanych publikacji zgromadziłem ponad 224 punkty według wskaźników publikacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego 9 zgodnie z systemem bibliograficznym Biblioteki Głównej Uniwersytetu Gdańskiego). Rozkład zgromadzonych punktów w poszczególnych latach mojej pracy w UG zawarłem w Tabeli.2.

Tabela 2 Rozkład punktów MNiSW w poszczególnych latach pracy

Rok	Punktacja
2003	15
2004	3
2005	4,5
2006	17
2007	19
2008	27
2009	16
2010	8
2011	9
2012	4
2013	25
2014	5
2015	7,5
2016	20
2017	34
2018	10
Razem	224

3.2 Projekty badawcze

3.2.1 Projekty naukowe

W toku mojej pracy naukowej brałem aktywny udział w realizacji następujących projektów:

1. Zarządzanie ryzykiem w działalności jednostek samorządu terytorialnego ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka katastroficznego. Zespół badawczy: Jastrzębska Maria, Janowicz-Lomott Marietta, Łyskawa Krzysztof, Susmarski Sebastian, Galiński

Paweł, Jurkiewicz Tomasz. Numer projektu: 2011 NN113 360740. Projekt realizowany w latach 2011-2013.

Rola w projekcie: byłem jednym z wykonawców odpowiedzialnym za prezentację potencjału zarządzania ryzykiem w jednostkach samorządu terytorialnego. Realizowany przez zespół projekt koncentrował się na badaniach podstawowych, realizowanych w trzech głównych obszarach badawczych:

- w ujęciu podmiotowym były to jednostki samorządu terytorialnego,
- w ujęciu przedmiotowym były to zdarzenia o charakterze katastroficznym,
- w ujęciu procesowym było to zarządzanie ryzykiem.

W badaniu przeprowadzono badanie reprezentacyjne CATI samorządów terytorialnych w Polsce w zakresie postrzegania ryzyka katastroficznego oraz podejścia do realizowanych umów ubezpieczenia.

2. Innowacyjny model społeczno-ekonomicznych korzyści i kosztów w projektach infrastrukturalnych MISKK, Zespół badawczy: Bęben Robert, Chmielewski Mariusz, Glamowski Maciej, Gwizdała Jerzy, Ossowski Marek, Próchniak Joanna, Susmarski Sebastian, Zamojska Anna, Nr projektu NCBiR 2015, IS-2/88, projekt realizowany w latach 2015-2017

Celem projektu było utworzenie i popularyzacja innowacyjnego modelu umożliwiającego ocenę i kwantyfikację społeczno-ekonomicznych korzyści i kosztów wynikających z realizacji projektów infrastrukturalnych służących poprawie jakości życia i stymulowaniu rozwoju społeczno-gospodarczego lokalnych społeczności. Opracowany model służy usprawnieniu i wspieraniu procesu podejmowania decyzji inwestycyjnych, przy jednoczesnym wzmocnieniu sfery analizy społecznej. W ramach projektu przewiduje się opracowanie narzędzi analitycznych umożliwiających pomiar i wycenę ryzyka poszczególnych wariantów inwestycyjnych oraz pomiar i wycenę społecznych kosztów i korzyści.

Dotychczas stosowane narzędzia służące do oceny projektów infrastrukturalnych wykorzystywały jedynie wyniki analizy finansowej, często pomijając wpływ realizowanego

projektu na społeczeństwo. Wykluczenie tego istotnego aspektu może stanowić zagrożenie dla działalności lub istnienia wielu grup interesariuszy znajdujących się w obszarze oddziaływania danego projektu. Należy przy tym pamiętać, że projekty infrastrukturalne przekładają się w istotny sposób na społeczeństwo, gdyż warunkują rozwój społeczny, zapobiegają wykluczeniu społecznemu oraz wyrównują szanse rozwoju. Mając na uwadze tak istotne elementy, dysponenci środków na rozwój infrastruktury powinni posiadać innowacyjne narzędzie umożliwiające analizę społecznoekonomicznych korzyści i kosztów, które pomoże im w podejmowaniu trafnych decyzji o realizacji najpotrzebniejszych ze społecznego punktu widzenia projektów infrastrukturalnych.

Rola w projekcie: współautorstwo koncepcji oraz wykonania narzędzia informatycznego „Package StakeholderAnalysis: Measuring Stakeholder Influence" The R Project for Statistical Computing, jak również opracowanie dotyczące uwarunkowań realizacji projektów infrastrukturalnych jako elementu oceny aktualnego stanu wiedzy na temat potencjału wdrożenia innowacji społecznych w procesie analizy i budowy efektywnego systemu infrastruktury. Efektem projektu zostało narzędzie informatyczne do oceny wpływy interesariuszy na projekty infrastrukturalne zweryfikowane empirycznie podczas wdrożeń oraz cykl artykułów.

3.2.2 Projekty uczelniane

Oprócz udziału r realizacji projektów naukowych, finansowanych przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, realizowałem również projekty uczelniane:

1. Badania statutowe Katedry Bankowości i Finansów poświęcone efektywności funduszy publicznych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia w Polsce.
2. Granty na badania własne.

3.3 Projekty realizowane na rzecz otoczenia

Moja działalność na rzecz otoczenia związana była głównie z tworzeniem analiz oraz ekspertyz na rzecz przedsiębiorstw oraz organów administracji państwowej, także za

pośrednictwem wyspecjalizowane jednostki Uniwersytetu Gdańskiego – Centrum Analiz i Ekspertyz. Aktywność w zakresie współpracy z otoczeniem była zgodna z obszarami moich zainteresowań naukowych i pozwalała na stworzenie „Udokumentowanego efektu praktycznego, gospodarczego lub społecznego, prowadzonych w jednostce prac B+R (badań naukowych i prac rozwojowych)." W szczególności wymienić tu można opracowanie na rzecz Zarządu Morskiego Portu w Gdyni „Koncepcja pomiaru korzyści i kosztów społeczno-ekonomicznych inwestycji infrastrukturalnych portów morskich na przykładzie portu zewnętrznego ZMPG S.A."

3.4 Wygłoszone referaty

Praca zawodowa w uczelni wyższej wiąże się z koniecznością prezentacji efektów prac badawczych podczas wystąpień publicznych, w formie uczestnictwa w konferencjach naukowych oraz wygłaszania referatów. Podczas mojej pracy zawodowej w Uniwersytecie Gdańskim uczestniczyłem w sposób czynny (z referatem) w kilkudziesięciu konferencjach naukowych.

Miałem też okazję występować w siedzibie Parlamentu Europejskiego w Brukseli podczas obrad Europejskiego Parlamentu Przedsiębiorców, aktywnie uczestnicząc w tworzeniu stanowiska polskich przedsiębiorców.

3.5 Wykaz cytowań

Z zestawienia cytowań sporządzonego na podstawie bazy Google Scholar wynika, że 6 moich prac było cytowanych 8 razy. Wskaźnik h-indeks osiągnął poziom 1. (bez autocytowań)

W bazie Research Gate liczba odczytów moich publikacji wyniosła 434, z czego pełnych tekstów 152, ze wskaźnikiem RG Score równym 2,24.

3.6 Nagrody i odznaczenia

2018 rok – nagroda Rektora UG I stopnia

2010 rok - medal Komisji Edukacji Narodowej

4 Działalność organizatorska, dydaktyczna, popularyzatorska

4.1 Działalność organizatorska

Dokonując charakterystyki moich osiągnięć organizacyjnych, chciałbym zwrócić uwagę na fakt, iż obok pracy dydaktycznej, aktywnie włączam się w rozwój Uniwersytetu Gdańskiego. Biorę udział w realizacji projektów ogólnouczelnianych, pracach Komisji Senackich UG. Syntetyczne zestawienie tych aktywności zawiera Tabela 3.

Tabela 3

Wybrane aktywności organizacyjne w Uniwersytecie Gdańskim

Wyszczególnienie	Akt normatywny	Funkcja	Okres
Zespół ds. wdrożenia controllingu w Uniwersytecie Gdańskim	Zarządzenie nr 37/R/08 Rektora Uniwersytetu Gdańskiego z dnia 14 października 2008 roku w sprawie powołania Zespołu ds. wdrożenia controllingu w Uniwersytecie Gdańskim	Członek zespołu	2008-2012
Komisja ds. utworzenia spółki celowej w zakresie badań naukowych i transferu technologii	Zarządzenie nr 14/R/12 Rektora Uniwersytetu Gdańskiego z dnia 29 lutego 2012 roku	Członek Komisji	2012-2013
Komisja ds. projektu Science Shop w Uniwersytecie Gdańskim	Zarządzenie nr 31/R/18 Rektora Uniwersytetu Gdańskiego z 9 marca 2018 roku	Członek Komisji	2018 – obecnie

W ramach działalności organizatorskiej, począwszy od 8 maja 2017 roku objąłem stanowisko Dyrektora Centrum Analiz i Ekspertyz Uniwersytetu Gdańskiego, powołanego Zarządzeniem Rektora Uniwersytetu Gdańskiego nr 30/R/17 z dnia 06 kwietnia 2017 roku. Wśród zadań Centrum należy wskazać organizację relacji pomiędzy środowiskiem Uczelni a otoczeniem, w tym działalność na potrzeby zainteresowanych podmiotów gospodarczych oraz jednostek administracji publicznej i osób fizycznych w zakresie przygotowywania specjalistycznych analiz, ekspertyz i opinii, a także pozyskiwanie zleceniodawców ekspertyz, analiz i opinii dla jednostek organizacyjnych lub pracowników Uczelni. Prowadzona przeze mnie jednostka osiągnęła od początku działalności obroty przekraczające 3 mln. złotych

W ramach działalności organizatorskiej należy wymienić uczestnictwo w pracach komitetów organizacyjnych i naukowych konferencji naukowych, jak na przykład członkostwo w komitecie organizacyjnym konferencji Zjazd Katedr Prawa Ochrony Środowiska „SPRAWIEDLIWOŚĆ EKOLOGICZNA W GOSPODARCE, ENERGETYCE I ADMINISTRACJI" Gdańsk, 9-11 maja 2016 roku, pełnienie funkcji przewodniczącego komitetu organizacyjnego sympozjum naukowego Stan i perspektywy systemu ochrony zdrowia w Polsce, 18 maja 2018 r., oraz funkcji członka komitetu organizacyjnego i naukowego sympozjum naukowego Interdyscyplinarny i instytucjonalny transfer wiedzy w systemie ochrony zdrowia, 25 stycznia 2019 roku.

4.2 Działalność dydaktyczna w Uniwersytecie Gdańskim

Po uzyskaniu stopnia doktora wśród aktywności dydaktycznych mogę wskazać:

- prowadzenie zajęć z ponad 15 przedmiotów dla studentów studiów stacjonarnych oraz niestacjonarnych, zarówno I, jak i II stopnia, a wśród nich m.in.: „Podstawy finansów", „Finanse", „Finanse przedsiębiorstw", „Finanse publiczne", „Finanse gospodarstw domowych", „Zarządzanie finansami przedsiębiorstw", „Zarządzanie majątkiem obrotowym", „Controlling finansowy", „Controlling w sektorze publicznym", „Analiza podatkowa", „Analiza podatkowa i planowanie podatkowe", „Podatki w przedsiębiorstwie", „System podatkowy w Polsce", „System podatkowy w Polsce na tle UE", „Rynki finansowe".

- wypromowane prace podyplomowe w liczbie 46;

- wypromowani dyplomanci (licencjat) w liczbie 85;

- zrecenzowane prace dyplomowe (licencjat) w liczbie 62;

- wypromowani magistranci w liczbie 67;

- zrecenzowane prace magisterskie w liczbie 45.

- realizacja zajęć na studiach podyplomowych:

- „Controlling w zarządzaniu przedsiębiorstwem" – przedmioty „Podstawy controllingu", „Budżetowanie I", „Controlling logistyczny", „Analiza finansowa w controllingu" wraz z seminariami (2002-2006),
- „Zarządzanie podmiotami leczniczymi"- przedmiot „Zarządzanie finansami w podmiotach leczniczych" (2004-obecnie),
- „Audyt wewnętrzny i kontrola zarządcza" – przedmiot „Planowanie i budżetowanie w sektorze publicznym" (2004-2006),
- Studia podyplomowe dla pracowników POLPHARMA S.A. (2004),
- „Zarządzanie jednostkami administracji publicznej" – przedmioty „Planowanie, budżetowanie i analiza ekonomiczna jednostki administracji", „Finanse publiczne" (2018-obecnie),

Promotorstwo pomocnicze

W 2016 roku uchwałą Rady Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego zostałem mianowany promotorem pomocniczym w przewodzie doktorskim mgr Jarosława Białk zatytułowanym „Rola partnerstwa publiczno-prywatnego w finansowaniu inwestycji drogowych realizowanych przez powiaty grodzkie w Polsce" promotor dr hab. Jerzy Gwizdała, profesor nadzwyczajny. Przewidywany termin obrony - wrzesień 2019 roku.

Biorąc pod uwagę moje zainteresowania naukowe, w 2017 roku Rada Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego powierzyła mi funkcję promotora pomocniczego mgr Ewy Pietryki w przewodzie doktorskim na temat „Ekonomiczno-organizacyjne aspekty finansowania ochrony zdrowia przez jednostki samorządu terytorialnego w Polsce", promotor dr hab. Jerzy Gwizdała, profesor nadzwyczajny.

4.3 Działalność popularyzująca naukę

4.3.1 Aktywność zawodowa poza pracą w Uniwersytecie Gdańskim

Podczas mojej pracy na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego starałem się łączyć dydaktykę z aktywnością zawodową poza Uczelnią (przedsiębiorstwa, inne uczelnie wyższe). W pracy zawodowej starałem się empirycznie weryfikować wiedzę teoretyczną oraz elementy o charakterze metodycznym. Praca naukowa dostarczała mi możliwości sięgnięcia do najnowszych rozwiązań naukowych w dziedzinie ekonomii, prac uznanych autorytetów, zarówno polskich, jak i międzynarodowych, a praca zawodowa pozwalała na wprowadzanie tych rozwiązań w życie. Aktywność zawodowa poza Uczelnią została zaprezentowana w Tabeli 4.

Tabela 4 Aktywność zawodowa poza Uniwersytetem Gdańskim

Wyszczególnienie	Stanowisko	Okres
Nord Controlling	Trener - konsultant	1998-2005
Pomorska Specjalna Strefa Ekonomiczna sp. z o.o.	Dyrektor Biura Ekonomicznego	2006-2016
Wyższa Szkoła Bankowa w Gdańsku	Adiunkt	2003-2005
Pomorska Wyższa Szkoła Polityki Gospodarczej i Społecznej w Starogardzie Gdańskim	Wykładowca	2003-2007
Centrum Analiz i Ekspertyz UG	Dyrektor	2017 – obecnie

Wiedza i doświadczenie zdobyte w toku mojej pracy zawodowej oraz posiadany stopień naukowy umożliwiły mi pełnienie funkcji w organach nadzorczych spółek Skarbu Państwa. W latach 2006-2007 pełniłem funkcję członka Rady Nadzorczej w przedsiębiorstwie Siarkopol S.A. reprezentując Skarb Państwa. W roku 2009 Prezydent Miasta Gdańska, Paweł Adamowicz powierzył mi funkcję przedstawiciela Gminy Miasta Gdańska w Radzie Nadzorczej BIEG2012 sp. z .o.o. (obecnie Arena Gdańsk sp. z o.o.) – firmy odpowiedzialnej za budowę, a obecnie eksploatację Stadionu Energa Gdańsk. Funkcję tę pełnię do chwili obecnej.

Firma/Instytucja	Stanowisko	Okres

Siarkopol Gdańsk S.A.	Członek Rady Nadzorczej – przedstawiciel Skarbu Państwa	2006-2007
Arena Gdańsk sp. z o.o. (dawniej BIEG2012)	Członek Rady Nadzorczej – przedstawiciel Gminy Miasta Gdańska	2009 – obecnie
Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku	Zastępca Przewodniczącego – przedstawiciel Sejmiku Województwa Pomorskiego	2013-2016
Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku	Przewodniczący Rady powołany przez Ministra Zdrowia	2016-2017
Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku	Przewodniczący Rady	2017-obecnie

Uznanie, jakie zdobyłem łącząc pracę dydaktyczną i zawodową zaowocowało członkostwem w delegacji przedsiębiorców Rzeczypospolitej Polskiej podczas obrad European Parliament of Enterprises w siedzibie Parlamentu Europejskiego w Brukseli 14 października 2008 roku oraz 14 października 2010 roku.

4.3.2 Członkostwo w stowarzyszeniach naukowych

Instytucja naukowa	Stanowisko	Okres
Pomorski Instytut Naukowy im. Profesora Brunona Synaka	Członek Zarządu	2014-2017
Gdańskie Towarzystwo Naukowe	Członek	2019-obecnie

4.3.3 Udział w realizacji projektów popularyzatorskich

Wiedza, którą zdobyłem podczas pracy naukowo-dydaktycznej w Uniwersytecie Gdańskim połączona z doświadczeniami zawodowymi z aktywności poza Uczelnią pozwoliły mi na zdobycie dodatkowych kompetencji w zakresie nadzoru nad realizacją dużych projektów inwestycyjnych, finansowanych zarówno ze środków krajowych, jak i tych, pochodzących z UE. Do najważniejszych z nich należą: projekt budowy Stadionu Energa Gdańsk oraz projekt Komercjalizacji Frontu Wyspy Ostrów. Pierwszy z projektów, o wartości 730 mln zł, jest dla

mnie istotny z punktu widzenia możliwości transferu wiedzy naukowej do praktyki gospodarczej. Kluczowymi obszarami naukowymi, które zostały przeze mnie wykorzystane w pracach nad tym projektem były: wiedza z zakresu pomocy publicznej oraz racjonalizacji wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego z uwzględnieniem analityk interesariuszy. Drugi projekt dotyczył zakupu od inwestora ukraińskiego oraz stworzenia koncepcji kompleksowej rewitalizacji obszaru przemysłowego położonego na Wyspie Ostrów w Gdańsku. W tym projekcie istotnymi obszarami związanymi z transferem wiedzy naukowej do praktyki gospodarczej były kwestie związane z problematyką pomocy publicznej oraz racjonalizacji zarządzania finansami organizacji.

5. Plany naukowe wnioskodawcy

Moimi zamierzeniami są te, związane z kontynuacją rozważań na temat racjonalności funduszy publicznych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia, w tym analiza rozwiązań finansowych związanych z funkcjonowaniem tzw. sieci szpitali. Jednocześnie, biorąc pod uwagę wyzwania, które stawia przed uczelniami Ustawa z 30 sierpnia 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym oraz moje uczestnictwo w projekcie międzynarodowym: Building University-to-Community Systems in CEE to Connect Community Needs (Instytucja Finansująca: Norweski Mechanizm Finansowy, wniosek w trakcie oceny), zamierzam powrócić do problematyki działalności szkół wyższych, tym razem w zakresie ich roli w budowaniu kapitału społecznego.

Sebastian Susmarski