

Prof.dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk  
Instytut Zdrowia Publicznego WNZ  
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

## RECENZJA

**dorobku naukowo-badawczego, dydaktycznego, organizacyjnego i popularyzatorskiego  
dr Sebastiana Susmarskiego**

### 1. Sylwetka Habilitanta

Sebastian Susmarski w 1996 roku uzyskał stopień magistra finansów i bankowości w Uniwersytecie Gdańskim, na Wydziale Zarządzania. Stopień doktora nauk ekonomicznych uzyskał w Uniwersytecie Gdańskim, na tym samym Wydziale w roku 2003, broniąc pracę „Controlling w zarządzaniu zapasami a wynik finansowy przedsiębiorstwa”. Bezpośrednio po studiach podjął pracę na stanowisku asystenta w Katedrze Finansów macierzystego Wydziału. Po uzyskaniu stopnia doktorskiego został powołany na stanowisko adiunkta, początkowo w katedrze Finansów, a od roku 2017 w Katedrze Bankowości i Finansów. Pracując na etatach dydaktycznych był zaangażowany w prowadzoną w Uczelni działalność dydaktyczną.

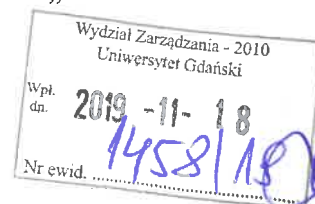
Poza pracą w Uniwersytecie Gdańskim podejmował także inne prace. W latach 1998-2005 był zatrudniony jako trener-konsultant firmy szkoleniowo-doradczej Nord Controlling. W latach 2003-2005 był adiunktem w Wyższej Szkole Bankowej w Gdańsku, W latach 2003-2007 był wykładowcą Pomorskiej Wyższej szkole Polityki Gospodarczej i Społecznej w Starogardzie Gdańskim, w latach 2006-2016 był dyrektorem Biura Ekonomicznego Pomorskiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej, a od 2017 roku jest dyrektorem Centrum Analiz I ekspertyz Uniwersytetu Gdańskiego,

### 2. Osiągnięcie naukowe

#### 2.1 Omówienie publikacji

Osiągnięciem naukowym jest cykl 8 publikacji powiązanych tematycznie zatytułowany „Racjonalność w wydatkowaniu środków pieniężnych na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia i decyzjach zarządzających publicznymi podmiotami leczniczymi”.

Występuje kłopot w ustaleniu numeracji publikacji wchodzących w skład osiągnięcia naukowego: w Autoreferacie na pierwszym miejscu umieszczony jest tekst „Analiza



interesariuszy...” z roku 2017, natomiast w Załączniku 4 na pierwszym miejscu jest „Ocena adekwatności podziału środków pieniężnych...”, opublikowany w 2018 roku. W konsekwencji, zmienia się numeracja wszystkich tekstów. W recenzji stosuje numerację z Załącznika, zgodnie z chronologicznym porządkiem, ale dla uniknięcia nieporozumień włączam skrótowe tytuły (Autor w Autoreferacie stosując odmienną numerację). W analizie wykorzystuję także zaczerpnięte z Autoreferatu, wskazane przez Habilitanta „główne tezy będące wkładem to teorii nauk ekonomicznych” (Autoreferat s.7).

### **Publikacja nr 1 (Ocena adekwatności...) 2018**

Stwierdzenie z Autoreferatu: „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”. Jest to typowe zdanie opisowe, relacjonujące otrzymany wynik (badania, analizy), stwierdzony w określonym czasie. Nie wydaje się, by zawierał treść wartą utrwalenia w nauce.

W odniesieniu do tej publikacji jestem w kłopotcie, co ma być przedmiotem recenzji, czyli co ma być oceniane. Autor deklaruje bowiem, że „Podmiotem badania były poszczególne OW NFZ, zaś jego przedmiotem: wielkość planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych, wysokość kwoty przekroczeń oraz wybrane wskaźniki demograficzne”(s.1). W moim rozumieniu wykorzystanych terminów, wyniesionym przed laty z zajęć z metodologii badań społecznych, wojewódzkie oddziały NFZ są również przedmiotem badania i analizy. W procesie tworzenia informacji przedstawionych w artykule przez Autora nie odegrały żadnej czynnej roli. Odnotowuję jednak, że być może, wraz z czasem znaczenie tych terminów zostało zmienione, jeśli na stronie Syninim.NET jest napisane: „osoba badana = podmiot badania”<sup>1</sup>. Więc może wystarczy rozstrzygnąć, czy OW NFZ jest osobą.

Zmiany organizacyjne, które ukształtowały warunki, w jakich są przekazywane środki finansowy na świadczenia zdrowotne, zostały przedstawione w następujący sposób: „Wprowadzono m.in. nocną i świąteczną opiekę chorych (NOCH), a tryb konkursowy zamieniono na tryb ryczałtowy. Szpitale uzyskały pewność finansowania, ale ilość środków pieniężnych w systemie ochrony zdrowia nie uległa zmianie” (s. 338). Pierwsza część zdania jest fałszywa, albo drastycznie nieprecyzyjna, bo zmiana polegała na likwidacji odrębnie

---

<sup>1</sup> (<https://synonim.net/synonim/osoba+badana>).

organizowanej opieki nocnej i świątecznej i zastąpienie jej świadczeniami SORów. Przewidziane w przepisie równoległe prowadzenie NOCH wraz z SORem nigdzie praktycznie nie zostało podjęte, co doprowadziło do niemal całkowitego sparaliżowania działalności SOR. Druga część zdania zawiera informację niepełną, bowiem ryczałtowe finansowanie dotyczy tylko szpitali zaliczonych do sieci szpitalnej, które oferują tylko część świadczeń (nie muszą np. prowadzić oddziałów geriatrycznych). Konkludując – były to zmiany zbyt poważne i prowadzące do znacznych zmian, aby wystarczające było ich scharakteryzowanie w dwóch zdaniach.

### **Publikacja nr 2 (Analiza interesariuszy...) 2017**

Stwierdzenie z Autoreferatu “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.

Nie ma wątpliwości, że problem interesariuszy w systemie zdrowotnym jest jednym z najważniejszych, jakie można podjąć w analizach tego systemu. Z tego też powodu jest przedmiotem licznych publikacji w wielu krajach. Jednak wbrew przytoczonej tezie, w artykule nie analizuje się żadnego z podmiotów, które można uznać za interesariusza naszego systemu, i to na żadnym szczeblu (na różnych szczeblach występują różne grupy interesariuszy). Zamiast tego czytelnik otrzymuje informacje na temat samej koncepcji interesariuszy. W Autoreferacie jest również stwierdzenie, że „zastosowanie analizy interesariuszy prowadzi do uniknięcia subiektywizmu w ich analizie, gwarantuje podjęcie decyzji uwzględniającej głosy wszystkich zainteresowanych projektem”. Teza taka byłaby prawdziwa, gdyby cały proces został przeprowadzony przez działające podmioty w sposób dostatecznie rzetelny, a i wtedy rezultat mógłby być oceniany jako nieoptymalny – z różnych punktów widzenia. Istotną, potencjalną wartością analizy interesariuszy jest możliwość odnoszenia pojęcia racjonalności do stanowisk różnych interesariuszy, o czym jednak w tekście nie ma mowy.

### **Publikacja nr 3 (Wybrane problemy oceny efektywności...) 2016**

Stwierdzenie z Autoreferatu: „przyjęte wskaźniki charakteryzujące efektywność wykorzystywanych środków finansowych przez oddziały wojewódzkie NFZ wskazują na istotny problem”.

Autor słusznie pisze, że podstawą miary efektu instytucji jest relacja wielkości zużytych zasobów do wielkości (wartości) uzyskanego efektu. Ale jednocześnie przyjmuje, że tym efektem jest „liczba szpitali, liczba łóżek szpitalnych oraz liczba przychodni” (s.473). Oczywiście, jest to miara „jakiegoś” efektu (wielkości zasobów), ale waham się, czy można to uznać za wystarczającą miarę efektywności, jeśli w miarach tych pomijany jest element efektu zdrowotnego.

W innym miejscu Autor pisze: „Zadania realizowane przez państwowe fundusze celowe mogą być uniezależnione od pełnej procedury budżetowej, co może zapewnić długoletnią stabilność ich finansowania, niezależną od bieżących potrzeb budżetowych” (s.468). Można odnieść wrażenie, że Autor przyjmuje założenie, że stosowanie „pełnej procedury budżetowej” może przyczyniać się do destabilizacji zasilania budżetowego. Gdyby tak było, zasadny byłby pogląd, że procedury budżetowe nie są racjonalne, przynajmniej w perspektywie krótkookresowej. Biorąc pod uwagę, że nadrzędną kategorią całego monotematycznego cyklu jest pojęcie racjonalności, jest to stwierdzenie bardzo interesujące. Warto zauważyć, że teza taka jest zgodna z przytoczonym wcześniej twierdzeniem, że „...zwiększenie roli funduszy celowych w gospodarce może oznaczać zmniejszenie skuteczności polityki finansowej państwa i racjonalności działania organów publicznych” (s.469).

#### **Publikacja nr 4 (Modification of the information system...) 2013**

Stwierdzenie z Autoreferatu: „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”. Komentuję: nie sądzę, by postulat wprowadzania w życie niezidentyfikowanych zmian organizacyjnych i funkcjonalnych zmian w szpitalach mógł być traktowany jako wkład w rozwój nauki.

Rozważania Autora rozpoczynają się od odległej historii, bo od ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Rzeczywiście, w art.5 tej ustawy jest mowa o tym, że cechą pozwalającą uznać szpital lub jego oddziały za kliniczne, a więc uczestniczące w procesie kształcenia i w badaniach naukowych, był fakt takiego ich wykorzystania. Nie bardzo jednak rozumiem, dlaczego Autor twierdzi, że jest to przejaw „The first solutions to extract teaching hospitals in the health care units...”(s.214) i byłby dzięczny za wyjaśnienie (nawiasem mówiąc czasownik „extract” (wyciągać, usuwać) występuje raczej w złożeniu „extract from”, a nie „extract in”). Błędne jest użycie terminu „medical university” w odniesieniu do realiów tamtego czasu, kiedy wydziały lekarskie były częścią uniwersytetów.

Autor słusznie pisze, że na mocy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej szpitale kliniczne zostały uznane za publiczne zakłady opieki zdrowotnej, ale nie ma podstaw, by uznać ministerstwo zdrowia za ich właściciela (tamże). Minister Zdrowia otrzymywał uprawnienie do określenia sposobu tworzenia i organizowania zakładu (art.63), z czego można wnioskować, że funkcje właścicielskie miły być przyznane innemu podmiotowi. W ustawie nie występuje pojęcie właściciela, ale organu, który tworzy zakład i pełni niektóre funkcje właścicielskie.

Ustawa z dnia 10 grudnia 1998 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wprowadziła dwie zmiany. Po pierwsze, dodała punkt 3a do art.8, co dawało możliwość utworzenia przez państwową uczelnię medyczną szpitala klinicznego jako niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Po drugie, wprowadziła do tekstu ustawy cały Rozdział 2a zatytułowany „Szpitale kliniczne”. Jest tam mowa o przekazaniu Rektorowi przez Ministra „obowiązki i uprawnienia wobec szpitala klinicznego prowadzonego w formie SPZOZ” (art.43b). Nie ma natomiast mowy o tym, by to Senat otrzymywał uprawnienia do tworzenia, przekształcania lub likwidacji szpitala, jak napisał Autor (Senates of the Universities were given the right to issue a permission to establish, transform or liquidate such a hospital s.214).

## **Publikacja nr 5 (Controlling w wycenie kosztów...) 2008**

Stwierdzenie z Autoreferatu: „uwzględnienie rozliczeń wewnętrznych działalności pomocniczej medycznej i pozamedycznej może prowadzić do racjonalizacji decyzji

ekonomicznych świadczeniodawcy”. Oczywistość tego stwierdzenia, zwłaszcza, że jest ono sformułowane w trybie warunkowym, jest bezsporna. Gdyby nauka miała składać się z tego rodzaju stwierdzeń, jej wartość mogłaby być zasadnie kwestionowana.

W części wprowadzającej Autor przedstawia kilka określeń mających przybliżyć funkcję kontrolingu (controllingu) pisząc, powołując różnych autorów, że jest to system zarządzania lub filozofia zarządzania, a w innym miejscu, że urzeczywistnia „wszystkie funkcje zarządzania, czyli planowanie, organizowanie, motywowanie i kontrolę” (s.195). Wprowadzając odpowiednik definicji pisze, że jest to „instrument zarządzania, który ma wspierać szczebel kierowniczy oraz pracowników zarządu w podejmowaniu decyzji” (s196). W ten sposób czytelnik dowiaduje się, do czego controlling może być wykorzystany, ale nie bardzo, na czym polega. Szczególnie ważne byłoby odróżnienie kontrolingu od kontroli jako funkcji kierowania, wymienianej wiele lat temu przez Henri Fayola, ale wymienianej także przez wielu innych autorów, w tym przez T. Kotarbińskiego i J. Zieleniewskiego, których Autor powołuje w innym miejscu przedstawionych materiałów. W związku z tym dobrze byłoby wyjaśnić, w jakim sensie controlling pojawił się w USA w roku 1880 – Autor pisze o funkcji kontrolera.

Przedstawiając argumenty przemawiające za wzrastającym znaczeniem kontrolingu Autor pisze o przedsiębiorstwach działających w warunkach konkurencyjności i globalizacji, a także o tym, że „...warunkiem skuteczności nowoczesnych metod zarządzania jest orientacja rynkowa i zapewnienie względnie trwałego bezpieczeństwa wzrostu przedsiębiorstwa” (s.196). Argumenty te, słuszne w odniesieniu do przedsiębiorstw w wielu branżach, tylko w niewielkim stopniu mogą odnosić się do sektora zdrowotnego w naszym kraju, szczególnie w czasach, kiedy działały SPZOZy. Mało który spośród nich konkurował o pacjenta – konkurencja dotyczyła pieniędzy z umowy z NFZ – mało który aspirował do ekspansji – troską było zdobycie środków w wielkości pozwalającej na uniknięcie długów. Wprawdzie próbowano traktować szpitale jak przedsiębiorstwa – ustawa z 2011 o działalności leczniczej – ale był to oczywisty błąd, z którego wycofano się przy pierwszej okazji.

#### **Publikacja nr 6 (Zasady wyceny....) 2007**

Stwierdzenie z Autoreferatu: „adaptacja modelu Du Pont'a do potrzeb prognostycznych poprawia racjonalność ekonomicznych decyzji zarządczych w zakładach opieki zdrowotnej ”. Stwierdzenie to należy rozumieć jako relację z zastosowania tego modelu, co podniosło

wartość prognostycznej procedury. Autor przyjął ten wynik jako podstawę generalizacji, czego nie podejmuję się oceniać.

Autor pisze, że gospodarkę finansową SPZOZ można „...traktować jako czynności polegające na racjonalnym uruchamianiu strumieni pieniężnych oraz ich osiadaniu, czyli tworzeniu oszczędności z uwzględnieniem opłacalności związanej z „unieruchomieniem” pewnego, większego lub mniejszego zasobu środków pieniężnych” (s.77). Jest to definicja zaczerpnięta z książki o finansach przedsiębiorstw i to pochodzenie jest widoczne w stosowanej terminologii. Kiedy Autor przedstawia schematyczną charakterystykę modelu Du Pont’a stosuje takie nazwy jak zysk netto i przychody ze sprzedaży. Jest oczywiste, że w realiach publicznych instytucji zdrowotnych, działających w czasie powstawania tego tekstu, nie był to opis właściwy.

### **Publikacja 7 (Controlling w procesie zarządzania...) 2006**

Stwierdzenie z Autoreferatu: „zastosowanie innowacyjnych rozwiązań w zakresie konstrukcji rachunku kosztów umożliwia powstanie systemu informacji kierowniczej o ekonomicznych wynikach prowadzonej działalności”. Przyjmując, że „system informacji kierowniczej” do informacje pozyskiwane i wykorzystywane przez decydentów, to stwierdzenie, że kierownicy coś wiedzą o ekonomicznych wynikach działalności, dopiero po zastosowaniu innowacyjnych rozwiązań dotyczących rachunku kosztów, nie wydaje się zasadne.

Rozpoczynając swoje rozważania Autor pisze: „Analizując funkcjonowanie Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki zdrowotnej, zauważyć trzeba brak dbałości o kreowanie wartości tych przedsiębiorstw. Jako podstawowe czynniki decydujące o tym, wymienić należy: niską świadomość organów założycielskich, a także nieustanne problemy o charakterze organizacyjnym i finansowym” (s.221). Autor nie wyjaśnia, w jakim znaczeniu używa pojęcia „wartość SPZOZ”. W polskojęzycznej Wikipedii jest napisane, że wartość przedsiębiorstwa (ang. total corporate value) – to cena za jaką dane przedsiębiorstwo może być skutecznie zaoferowane do sprzedaży, co jest wyjaśnieniem kłopotliwym, nie zdarzyło się, by SPZOZ był wystawiany na sprzedaż. Bankructwa, czy likwidacje też zdarzały się bardzo rzadko. Pomijając kwestie terminologiczne warto zwrócić uwagę na elementy diagnozy, w której autor nie wystawia pochlebnego świadectwa organom założycielskim – rozumiem, że wszystkich szczebli. Teza o nieustannych problemach jest niejednoznaczna. Z jednej strony może odnosić się do trudności stwarzanych przez oporną materię – trudne przypadki zdrowotne, nieprzestrzegający zaleceń pacjenci – ale być może jest to efekt decyzji

podejmowanych przez niekompetentnych zarządzających. Brak powołania się na empiryczne ustalenia nie wzmacnia wagi przedstawionych opinii. Dalej autor pisze, że „...pytanie o potrzebę zarządzania wartością w SPZOZ jest naprawdę pytaniem o konkurencyjność tych jednostek”. Przy okazji innej publikacji o kontrolingu pisałem, że postulowanie uczestniczenia SPZOZ w konkurencji było błędne w czasie pisania tego tekstu, tak jak pozostaje błędne w odniesieniu do większości działających współcześnie w Polsce publicznych świadczeniodawców.

Dalej Autor pisze co następuje: „Podstawowym problemem w skali makro wydaje się być niedostateczna ilość środków pieniężnych w systemie ochrony zdrowia. Jakkolwiek w wyniku kroczącego przyrostu wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne, środków tych stale przybywa, to jednak bez wprowadzenia dodatkowego, uzupełniającego źródła finansowania nie można mówić o znaczącej poprawie sytuacji finansowej w sektorze ochrony zdrowia”. Pierwszym elementem tego akapitu jest diagnoza. Choć obecnie opinia o niedostatecznym finansowaniu opieki zdrowotnej jest powszechnie przyjmowana, to w pracy naukowej można spodziewać się wskazania jej źródła. Element drugi to predykcja. Jawne podnoszenie składki było ograniczone w czasie i dotyczyło wyłącznie liczbowego wzrostu, a nie udziału w PKB. Trzecim elementem jest wyraźny postulat wprowadzenia dodatkowego źródła finansowania opieki zdrowotnej, w postaci jakiejś formy współpłacenia. Autor przedstawił tę rekomendację kilkanaście lat temu, nie był w tym samotny, bo takich postulatów było sporo, ale żadna decyzja nie zapadła. Można to zrozumieć: decyzja ma ogromny ciężar polityczny i nie jest przypadkiem, że nie występuje w żadnym programie liczących się partii politycznych.

### **Publikacja nr 8 (Wydatki na ochronę zdrowia...) 2005**

Artykuł rozpoczyna się od stwierdzenia, że „Początki reformy ochrony zdrowia sytuować należy w roku 1997, kiedy wprowadzone zostało powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Z przykrością stwierdzam, że jest to zdanie całkowicie fałszywe. Pojęcie „reformy” opieki zdrowotnej pojawiło się na początku lat osiemdziesiątych (Raport Grupy Doświadczenie i Przyszłość”). W rozpoczętej wtedy dekadzie powstało i tworzyło swoje opracowania co najmniej kilkanaście zespołów. W czasie obrad Okrągłego Stołu obradował odrębny podstolik zdrowotny. Co najmniej kilka dokumentów zostało napisanych w kierowanym przeze mnie w latach 1990-91 Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Osoba starająca się o stopień uznający samodzielność naukową nie może tego nie wiedzieć.

Ważne rozwiązania zawarte w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym były rezultatem okoliczności jej powstawania. Uchwalona przez zdominowany przez lewicę Sejm na początku 1997 roku, w roku następnym poddana została gruntownej nowelizacji, po wygranych przez AWS wyborach (21.IX) i weszła w życie w tym zmienionym kształcie. W tych okolicznościach, stwierdzenie Autora, że to wtedy wprowadzenie ustawy po prostu zapoczątkowało reformę nie zawiera żadnej istotnej informacji.

Okoliczności uchwalania ustawy mają też wpływ na stawianie pytania o jej cele. Jest oczywiste, że cele większości lewicowej były innej, niż prawicowej – może z wyjątkiem celu długookresowego, bo poprawa stanu zdrowia populacji jest deklarowana nieodmiennie przez wszystkich reformatorów.

## 2.2 Korzystanie ze źródeł

W niektórych publikacjach sposób korzystania – także ograniczonego korzystania – ze źródeł w znaczący sposób wpłynął na jakość prowadzonych rozważań. W publikacji 1 geograficzny rozrzut tematów poruszanych w powołanych publikacjach jest imponujący. Z jednej strony, powołano publikację na temat województwa pomorskiego, a z drugiej dwa odsyłacze kierując do Japonii i jeden do Francji, nie wspominając kilka odniesień europejskich. Podobnie jest w publikacji 3, gdzie jest powołany tekst poświęcony Brazylii. W publikacji 2, kiedy Autor omawia problemy analizy interesariuszy w spisie piśmiennictwa jest kilka wartościowych pozycji, ale Wikipedia nie jest powołana, chociaż można zauważyć, że pod hasłem „Stakeholder analysis<sup>2</sup>” są informacje przedstawione przez Autora (nie twierdzą, że Autor stamtąd czerpał wiedzę, ale zbieżność niewątpliwie istnieje). Nie ma natomiast powołania się na dokonania Szkoły Zdrowia Publicznego w Uniwersytecie Harvarda<sup>3</sup> i innych ośrodków zagranicznych<sup>4</sup>, czy też rodzimych publikacjach<sup>5</sup>, gdzie zajmowano się problemami specyficznymi dla sektora zdrowotnego. Biorąc pod uwagę specyfikę sektora zdrowotnego

---

<sup>2</sup> ([https://en.wikipedia.org/wiki/Stakeholder\\_analysis](https://en.wikipedia.org/wiki/Stakeholder_analysis))

<sup>3</sup> Thomas Bossert Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance, Soc. Sci. Med. Vol. 47, No. 10, pp. 1513±1527, 1998

<sup>4</sup> Nash, R., A. Hudson, and C. Luttrell. 2006. Mapping Political Context: A Toolkit for Civil Society Organisations. London: Research and Policy in Development Programme, Overseas Development Institute. <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/186.pdf>

<sup>5</sup> np. Frączkiewicz-Wronka A. (red.): Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu (powołanie tej autorki nastąpiło w Autoreferacie, s.30)

organizacją zdrowotną. Śląsk, Katowice 2012; Włodarczyk C., Koprowska I. Wykorzystanie programu Policy Maker w polityce zdrowotnej. Niektóre aspekty wdrażania reformy opieki zdrowotnej w Polsce. „Problemy Polityki Społecznej” 2000, 2: 63 – 87

brak uwzględnienia tych źródeł powinien być odnotowany. Powołując różne źródła mające potwierdzać przedstawiane przez Autora tezy, nie zawsze przestrzegana jest zasada do sięgania po publikacje możliwie autorytatywne. W publikacji nr 3 pewnym kłopotem jest np. potraktowanie artykułu Katarzyny Dubas, jako jedyne źródła potwierdzającego tezę o komplikacjach związanych z pomiarem efektywności w sektorze zdrowotnym (s. 471). W publikacji 7 w przypisie 4 podany jest internetowy adres wspólnej publikacji Chalastra i Susmarski [www.nord-controlling.com.pl](http://www.nord-controlling.com.pl). Po jej uruchomieniu ukazuje się informacja: „Ta domena jest na sprzedaż. Kliknij tutaj, aby kupić w ciągu 5 minut”. Ponieważ nie zamierzałem niczego kupować – nie kliknąłem. Ale nie ukrywam ciekawości, co kryje się za przedstawionym w artykule odsyłaczem. W publikacji 8 nie wykorzystano literatury na temat polskiej reformy, doprowadziło to do jawnie nieprawdziwych stwierdzeń. Poza piśmiennictwem, w omawianiu jej celów można było skorzystać z uzasadnienia ustawy, a ponadto sam tekst ustawy też daje się do tego wykorzystać. Natomiast w odniesieniu do źródeł zewnętrznych wykorzystano dokument (jeden) WHO, ale pominięto systematycznie wydawane publikacje OECD (Health at Glance, Health Statistics)<sup>6</sup>, co znacząco zubożyło prowadzone rozważania

Habilitant pisze w Autoreferacie, że praca naukowa dostarczała mu możliwości „sięgnięcia do najnowszych rozwiązań naukowych w dziedzinie ekonomii, praz uznanych autorytetów zarówno polskich, jak i międzynarodowych...” (s.48). Analizując źródła wykorzystane w cyklu publikacji z trudem przyszłoby mi potwierdzenie tej opinii.

### **2.3 Ocena osiągnięcia**

Uderzającą cechą cyklu publikacji jest rozciągnięcie w czasie dat ich publikacji: od 2005 do 2018 roku. Fakt ten utrudnia ich uznanie za tematycznie powiązane, co jest ustawowym wymogiem. Zgodnie z deklaracją w Autoreferacie wspólnym tematem jest „Racjonalność w wydatkowaniu środków pieniężnych na finansowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia i w decyzjach zarządzających publicznymi podmiotami leczniczymi”. Deklaracja ta okazała się bardzo przydatna w lekturze poszczególnych pozycji, bowiem w żadnej z nich koncepcja racjonalności nie jest eksplicite rozważana. Można wprawdzie twierdzić, że w samej koncepcji „homo economicus” tkwi przesłanka o racjonalnym, czyli maksymalizującym korzyści, działaniu, ale mam wątpliwości, czy jest to wystarczająca podstawa definiowania wiodącej kategorii monotematycznego cyklu publikacji. Rozważania na temat racjonalności

---

<sup>6</sup> powołanie się na OECD nastąpiło w Autoreferacie, s.23

zostały podjęte w Autoreferacie powołaniem się na definicję encyklopedyczną (s.11). Niemniej, Autor kontynuując rozważania powołuje prace Kotarbińskiego i Zieleniewskiego, co z uznaniem należy odnotować, ale w żadnej mierze nie pogłębia znaczenia tej koncepcji. Jest to szczególnie niekorzystne biorąc pod uwagę wspomnianą już specyfikę sektora zdrowotnego, w analizie którego efekt zdrowotny nie może być całkowicie pomijany.

Odnosząc się do merytorycznych wartości przedstawionych w przedstawionych publikacjach dostrzegam wysiłek wykorzystywania koncepcji nauk ekonomicznych w analizie sektora zdrowotnego. Słuszny postulat międzydiscyplinarnej inspiracji polega jednak głównie na mechanicznym przenoszeniu twierdzeń dotyczących przedsiębiorstw na teren instytucji zdrowotnej – stąd powszechne stosowanie pojęcia zysku. Ponadto, widać nikły tylko związek z zagadnieniami, diskutowanymi w ostatnich latach w ekonomice zdrowia, na którą Autor powołuje się w Autoreferacie. Ten słaby związek może być następstwem mało energicznego sięgania do dobrych źródeł. W kilku przynajmniej przypadkach powołane zostały źródła mało mające wspólnego z analizowanym problemem (wskazałem je w charakterystyce poszczególnych pozycji).

Odrębnym problemem jest możliwość zaliczania treści przedstawionych w Autoreferacie, jako elementów całego dorobku. Uważam, że nie ma ku temu podstaw. Takie treści, jak rozważania na temat racjonalności, czy poglądy dotyczące ekonomiki zdrowia – jako niewystępujące w artykułach – nie powinny być brane pod uwagę.

### **3. Publikacje spoza cyklu**

Ciekawą cechą artykułu "Determinanty wyboru formy przekształcenia Szpitala Powiatowego w Pucku Sp. z o.o. jest daleko posunięta rozbieżność między treścią streszczenia i materiałem przedstawionym w tekście. W streszczeniu jest następująca zapowiedź: „W polskich jednostkach samorządu terytorialnego często można zauważyć spory o charakterze ambicjonalnym, zwłaszcza tam, gdzie przenikają się kompetencje różnych szczebli samorządu, bądź tam, gdzie granica pomiędzy tymi kompetencjami nie jest ostro zarysowana. Takim obszarem wydaje się być ochrona zdrowia w odniesieniu do samorządu powiatowego i wojewódzkiego. Jakkolwiek granice kompetencji są jasno określone przepisami prawa, to jednak sytuacja komplikuje się, gdy zarówno powiat, jak i województwo są właścicielami szpitali”. W tekście artykułu nie ma mowy o ambicjach, ani o konfliktach interesów między szczeblami samorządu. Byłoby chyba lepiej, gdyby w artykule było więcej spójności.

Inne problemy dają się dostrzec w publikacji „Możliwość zastosowania koncepcji corporate governance w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej”. Autor nie wyjaśnia, jaka jest definicja „corporate governance”, a określenie „nadzór korporacyjny” pojawia się w ostatniej linijce tekstu (dosłownie). W streszczeniu jest informacja, że koncepcja ta „stanowi dodatkowy sygnał dla inwestorów, świadczący o przejrzystym zarządzaniu i jasnych procedurach nadzorczych”. Warto też odnotować, że takie pojęcie, jak „asymetria informacyjna” jest używane przez Autora w zupełnie innym znaczeniu, niż to zaproponował Kenneth Arrow w Esejach z teorii ryzyka (1979), co chyba powinno być odnotowane.

#### **4. Aktywność publikacyjna – ogólnie**

Po uzyskaniu stopnia doktora habilitant opublikował 23 artykuły w czasopiśmie (13 samodzielnych), 25 rozdziałów w monografiach (16 samodzielnych), 6 publikacji w materiałach konferencyjnych (4 samodzielne). Przyniosło to Autorowi łącznie 224 punkty MNiSW. Przeważają publikacje w języku polskim. Dane te przytaczam za Autoreferatem, bo w materiałach nie ma zewnętrznej analizy bibliometrycznej. Nie wypowiadam się na temat rangi czasopism i książek, w których były publikowane poszczególne teksty, przyjmując przekazane wartości punktowe.

#### **5. Działalność dydaktyczna**

Po uzyskaniu stopnia doktora Habilitant prowadził zajęcia w ramach aktywności dydaktycznej Uczelni. Obejmowały one prowadzenie zajęć z ponad 15 przedmiotów dla studentów studiów stacjonarnych oraz niestacjonarnych, zarówno na stopniu licencjackim, jak i magisterskim, a wśród nich: „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”. Nie dostrzegam pośród nich zajęć poświęconym wiodącemu tematowi cyklu publikacji traktowanych jako osiągnięcie naukowe.

W trakcie swojej pracy dydaktycznej Habilitant wypromował 85 prac licencjackich, a w 63 był recenzentem, 67 prac magisterskich (45 recenzji), 46 prac dyplomowych. W dwóch przewodach doktorskich był promotorem pomocniczym.

Habilitant prowadził także zajęcia na studiach podyplomowych. Na kursie "Controlling w zarządzaniu przedsiębiorstwem" przedmioty: "Podstawy controllingu", "Budżetowanie I", "Controlling logistyczny", "Analiza finansowa w controllingu" wraz z seminariami, w latach 2002-2006. Na kursie "Zarządzanie podmiotami leczniczymi" przedmiot "Zarządzanie finansami w podmiotach leczniczych", w latach od 2004 nadal kontynuowane. Na kursie "Audyt wewnętrzny i kontrola zarządcza" przedmiot "Planowanie i budżetowanie w sektorze publicznym" w latach 2004-2006. Przedmioty na Studiach podyplomowych dla pracowników POLPHARMA S.A. (2004). Na kursie "Zarządzanie jednostkami administracji publicznej" - przedmioty „Planowanie, budżetowanie i analiza ekonomiczna jednostki administracji”, "Finanse publiczne" od roku 2018 nadal kontynuowane.

Ponadto Habilitant, będąc zatrudnionym w instytucjach kształcących poza UG, wymienionych w pkt.1, prowadził zajęcia w realizowanych tam programach dydaktycznych.

## **6. Udział w projektach badawczych**

Zgodnie z informacjami przedstawionym w Autoreferacie Habilitant uczestniczył w następujących projektach:

1. Zarządzanie ryzykiem w działalności jednostek samorządu terytorialnego ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka katastroficznego 2011-2013 (2011 NN113 360740) – 6 realizatorów;
2. Innowacyjny model społeczno-ekonomicznych korzyści i kosztów w projektach infrastrukturalnych MISKK 2015-2017 (NCBiR 2015,IS-2/88) – 8 realizatorów (na stronie projektu – 5 realizatorów<sup>7</sup>). W wyniku uczestnictwa w grantie powstała publikacja ! i 2 monotematycznego cyklu publikacji Habilitanta, a także jedna z publikacji spoza cyklu: Determinants of Choosing the Form of the Transformation of the County Hospital in Puck

Plus granty statutowe i własne

## **7. Inne formy aktywności**

---

<sup>7</sup> <https://www.researchgate.net/project/Innowacyjny-model-spoleczo-ekonomicznych-korzysci-i-kosztow-w-projektach-infrastrukturalnych-MISKK-NCBiR-2015-IS-2-88-2015-2017>

Poza zaangażowaniem w pracę naukową i dydaktyczną Habilitant angażował się w liczne działania służące społeczności. Za Autoreferatem wymieniam następujące:

Siarkopol Gdańsk S.A. – członek rady Nadzorczej, przedstawiciel Skarbu Państwa, latach 2006-2007;

Arena Gdańsk sp. z o.o. (dawniej BIEG2012) – członek Rady Nadzorczej, przedstawiciel Gminy Miasta Gdańska od 2009 – nadal;

Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku – Zastępca Przewodniczącego – przedstawiciel Sejmiku 2013-2016;

Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku – Przewodniczący Rady powołany przez Ministra Zdrowia w latach 2016-2017;

Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku – Przewodniczący Rady od 2017 nadal.

Habilitant uczestniczył także w aktywnościach stowarzyszeń naukowych. W latach 2014-2017 był członkiem Zarządu Pomorskiego Instytutu Naukowego im. Profesora Brunona Synaka, w roku 2019 został członkiem Gdańskiego Towarzystwa Naukowego.

## **8. Działalność popularyzująca naukę**

Moim zdaniem informacje przedstawione w punkcie 4.3.3 Udział w realizacji projektów popularyzatorskich: projekt budowy stadionu i projekt komercjalizacji wyspy Ostrów są formą zaangażowania organizacyjnego.

## **9. Konkluzja**

Habilitant, dr Sebastian Susmarski, ma niewątpliwie imponujący dorobek organizacyjny, zarówno w ramach Uczelni, jak i poza nią. Aktywność dydaktyczna była na odpowiednim poziomie, aczkolwiek liczba zajęć związanych z głównym – deklarowanym przedmiotem teoretycznych zainteresowań, a więc kwestią racjonalności – ni była nadmierna. Aktywność badawcza – udział w dwóch projektach, nie podejmowanie funkcji kierowania grantami – jest poniżej przeciętnej.

Mam zastrzeżenia co do jakości tekstów przedstawionych w cyklu jednotematycznych publikacji. Już ich podporządkowanie problemami racjonalności budzi wątpliwości, biorąc pod uwagę, że koncepcja ta nie była analizowana w żadnym z artykułów, a i jej prezentacja w

Autoreferacie nie jest rozbudowana. Fakt ich publikowania na przestrzeni 14 lat nie może być podstawą zarzutów, ale nie przekonuje co do trwałości badawczych zainteresowań. Baza literaturowa, a co za tym koncepcyjna, zwłaszcza w odniesieniu do zagadnień poruszanych w ekonomice zdrowia, także może budzić wątpliwości. Niektóre teksty robią wrażenie mało spójnych pod względem konstrukcyjnym.

Zgodnie z art. 16.1 ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, Dz.U. z 2017 r. poz. 1789 z późn. zm.), w związku art.179 ust. 1 ustawy – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 3 lipca 2018 roku, Dz, U. z 2018, poz. z późn. zm. 1669 w zw. Dorobek Habilitanta powinien stanowić znaczny wkład autora w rozwój określonej dyscypliny (ekonomii, w dziedzinie nauk ekonomicznych). Ponieważ przedłożony do oceny dorobek dr Sebastiana Susmarskiego nie spełnia tego warunku, nie przedstawiam wniosku o podjęcie kroków prowadzących do finalizacji przewodu habilitacyjnego.

Kraków, 14 listopada, 2019

