Załącznik nr 3

Autoreferat

dr inż. Roman Andrzej Lewandowski
Instytut Nauk o Zarządzaniu i Jakości
Wydział Nauk Ekonomicznych
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Olsztyn, 17 czerwca 2022
(Aktualizacja z 09.11.2022)

Spis treści

1. Imię i nazwisko 3
2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej 3
3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych 4
4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r. poz. 85 z późn. zm.) 4
   4.1. Główne osiągnięcie naukowe 4
      Przesłanki podjęcia tematu oraz cel badań 5
      Struktura monografii i podstawowe ustalenia 7
      Wnioski 20
      Ograniczenia przeprowadzonych badań i kierunki dalszych prac 25
      Wkład do nauk o zarządzaniu i jakości 28
      Bibliografia 29
   4.2. Pozostały dorobek naukowy 32
      Zarządzanie jakością 32
      Kontrola jako funkcja zarządzania, w tym systemy oceny i pomiaru dokonań 34
      Badania uzupełniające 36
5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej 37
6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę 41
7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej. 43

1. Imię i nazwisko

Roman Andrzej Lewandowski

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej

- Stopień zawodowy magistra inżyniera nadany przez Akademię Rolniczo-Techniczną w Olsztynie w 1992 roku. Tytuł pracy magisterskiej: *Wpływ obróbki cieplnej stali z dodatkiem wanadu i boru na właściwości mechaniczne elementów pracujących w glebie*.
- Stopień doktora nauk technicznych w zakresie budowy i eksploatacji maszyn nadany uchwałą Rady Wydziału Budownictwa, Mechaniki i Petrochemii Politechniki Warszawskiej w dniu 29 września 1998 r.
  Tytuł rozprawy doktorskiej: *Modelowanie procesu obłuskiwania nasion roślin strączkowych*
  Promotor: prof. nzw. dr hab. inż. Leszek Mieszkalski
  Recenzenci: prof. nzw. dr hab. Włodzimierz Kęska,
  prof. nzw. dr hab. Daniela Żuk

Studia podyplomowe/kursy kwalifikacyjne:

-przed uzyskaniem stopnia doktora-

- Kurs Kwalifikacyjny dla Nauczycieli Teoretycznych Przedmiotów Zawodowych (dwusemestralny), Wojewódzki Ośrodek Metodyczny w Olsztynie, 1992-1993,
- Informatyczne Studia Podyplomowe (dwusemestralne) w Instytucie Matematyki i Informatyki, Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Olsztynie (obecnie UWM), 1994-1995,

-po uzyskaniu stopnia doktora-

- Executive MBA w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej, która jest połączeniem czterech szkół: LBS - London Business School, H.E.C School of Management - Paris, NHH Norwegian School of Economics and Business Administration i Politechniki Warszawskiej (studia czterosemestralne w j. angielskim), 1998-2000,
- Studia podyplomowe (dwusemestralne) Zarządzanie i Marketing w Służbie Zdrowia, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, 2002-2003.

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych

- **2021-obecnie**, adiunkt w Instytucie Nauk o Zarządzaniu i Jakości, Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie.
- **2016-2021**, adiunkt na Wydziale Zarządzania, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi.
- **2012-2019, 2021/22**, wykładowca na studiach podyplomowych: „Menedżer ochrony zdrowia", Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. prof. Tadeusza Kotarbińskiego w Olsztynie.
- **2015-2021,** wykładowca na studiach podyplomowych: „Zarządzanie podmiotami leczniczymi", Uniwersytet Gdański, Wydział Zarządzania, Katedra Organizacji i Zarządzania.
- **2005-2012,** wykładowca na studiach podyplomowych: „Zarządzanie i Marketing w Służbie Zdrowia", Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Wydział Nauk Ekonomicznych.

Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu poza jednostkami naukowymi

- **2003 - obecnie**, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce.
- **1999-2002**, zastępca dyrektora ds. zarządzania i marketingu w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce.
- **1999**, konsultant ds. systemów informatycznych – Central Soya Olsztynek sp. z o.o. (Eridania Béghin-Say Group).
- **1995-1999**, specjalista ds. informatyki w firmie Central Soya Olsztynek sp. z o.o. (Eridania Béghin-Say Group).
- **1992-1995**, nauczyciel elementów informatyki i fizyki w Zespole Szkół Zawodowych w Olsztynku.

4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r. poz. 85 z późn. zm.)

4.1. Główne osiągnięcie naukowe

Jako osiągnięcie naukowe, które uznaję za mające znaczący wkład w rozwój nauk w zakresie nauk o zarządzaniu i jakości, wskazuję monografię: **Roman Andrzej Lewandowski „Kontrola menedżerska i jej wpływ na wyniki szpitali publicznych. Ujęcie modelowe", Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa 2022, Seria Monografie, ISBN 978-83-8286-103-7, 504 strony.**

Recenzentami wydawniczymi wskazanej monografii były:

- dr hab. Agata Austen, prof. UE
- prof. zw. dr hab. Elżbieta Skrzypek

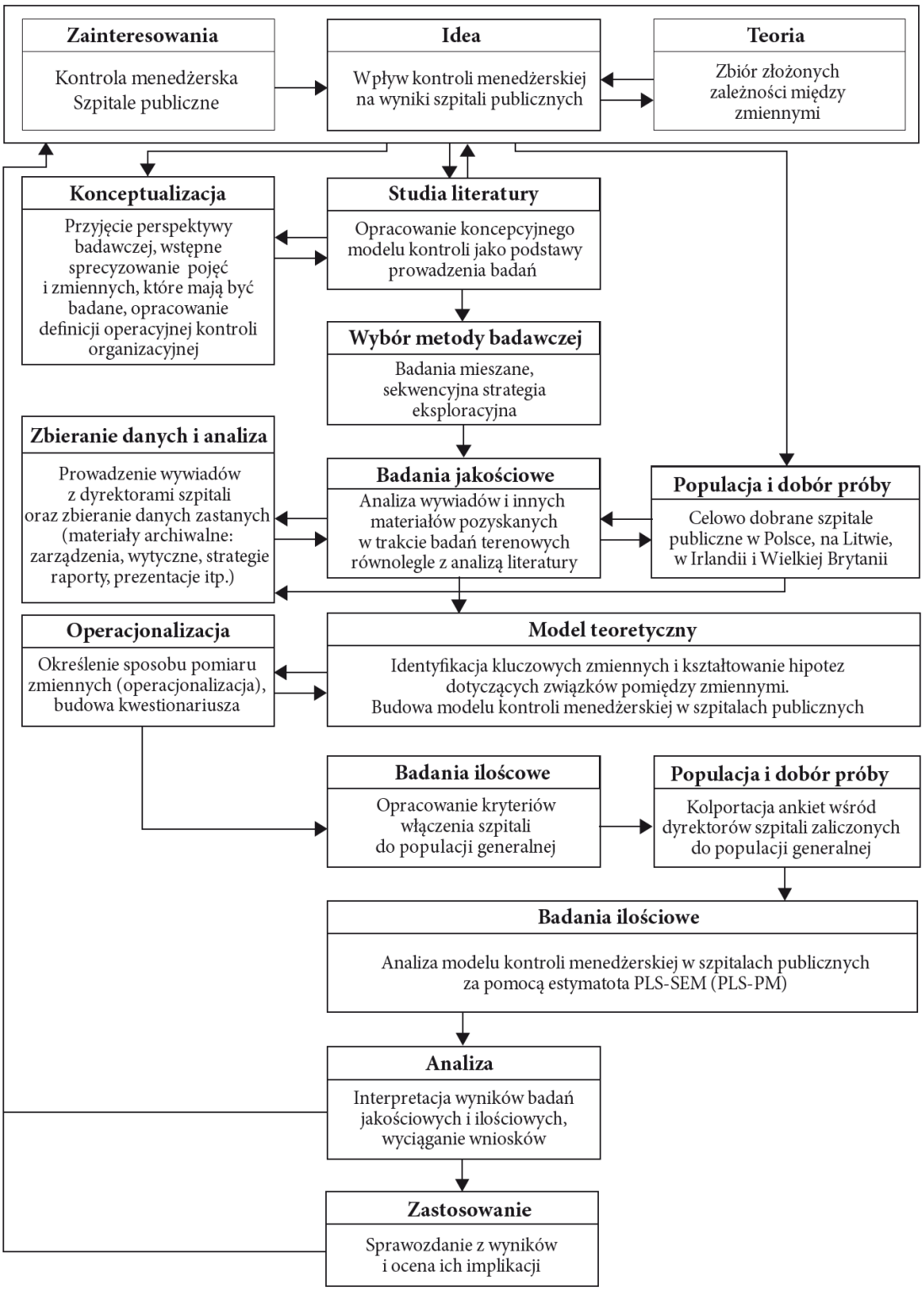
Przesłanki podjęcia tematu oraz cel badań

Od dziesięcioleci większość krajów boryka się z problemami związanymi z efektywnością organizacji świadczących usługi medyczne. Relatywnie największa część środków przeznaczanych na ochronę zdrowia jest przekazywana szpitalom, które w przeważającej liczbie krajów europejskich i w Polsce są organizacjami publicznymi. W Polsce przed pandemią na szpitalnictwo przeznaczano ponad 30% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia, a pandemia wymusiła jeszcze wzrost nakładów na ten sektor do ponad 50%. Biorąc pod uwagę fakt, że szpitale publiczne leczą najbardziej złożone stany chorobowe, oznacza to, że są głównym gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Dlatego też wskazanie teoretycznych i praktycznych możliwości poprawy sprawności tych organizacji wydaje się kluczowym zagadnieniem umożliwiającym poprawę funkcjonowania ochrony zdrowia.

Badania wskazują, że w szpitalach relatywnie często identyfikuje się takie zjawiska, jak: marnotrawstwo, zbędne obciążenia administracyjne, błędy w realizacji procesów leczenia czy nawet oszustwa i nadużycia (Moryś, 2012; Covaleski i in., 1993, s. 74; Samuel i in., 2005, s. 250; Schwierz, 2016; Stadhouders i in., 2019, s. 71), a w naszym kraju dochodzi jeszcze do tego znaczne zadłużenie szpitali (Miszczyńska & Antczak, 2020, s. 50). Od dekad wiele państw wprowadza reformy mające na celu poprawę sprawności ochrony zdrowia, jednakże zastosowane do tej pory rozwiązania nie zmieniły w istotny sposób na lepsze funkcjonowania opieki zdrowotnej w dłuższej perspektywie (Schwierz, 2016; Stadhouders i in., 2019, s. 71). W obliczu niskiej skuteczności dotychczasowych działań służących likwidacji dysfunkcji obserwowanych w szpitalach, kluczowym obszarem poprawy sprawności świadczenia usług medycznych przez szpitale jawi się właściwe wykorzystanie kontroli menedżerskiej (Yu i in., 2018, s. 2), która jest najbardziej newralgiczną spośród wszystkich funkcji zarządzania i ma największy wpływ na wyniki organizacji (Kuc, 2009, s. 19; Merchant & Van der Stede, 2017, s. 1; Eisenhardt, 1985, s. 134; Kanthi Herath, 2007, s. 896). Należy jednak zaznaczyć, że w tym przypadku kontrola nie może być traktowana i rozumiana w sposób tradycyjny – jako porównywanie stanów faktycznych z wzorcami i wyciąganie z tych porównań wniosków (Adamiecki, 1927; Kuc, 2009, s. 24; Zieleniewski, 1972), ale powinna być rozumiana w sposób znacznie szerszy, obejmujący wszystkie instrumenty stosowane przez menedżerów w celu zapewnienia realizacji strategii i planów oraz ich ewentualnej modyfikacji, umożliwiających poprawę wyników uzyskiwanych przez szpitale.

Pomimo oczywistej ważkości kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych, brakuje kompleksowych teorii w tym obszarze. Relatywnie niski poziom wiedzy i słabe rozpoznanie tej dziedziny były inspiracją do podjęcia pogłębionych badań eksploracyjnych i eksplanacyjnych, służących rozwojowi teorii kontroli menedżerskiej w tychże szpitalach. Analiza literatury pokazała, że badań w tym zakresie, zakrojonych na większą skalę, do tej pory na świecie nie prowadzono, co wskazuje na istnienie luki poznawczej obejmującej rozpoznanie funkcjonowania kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. W obszarze luki badawczej zidentyfikowano braki w polu teoretycznym, wynikające głównie ze stosunkowo niskiego stanu wiedzy o specyficznych cechach szpitali publicznych i ich otoczeniu. Brakowało również spójnej definicji kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych, wiedzy na temat elementów składowych tej kontroli oraz wzajemnych relacji pomiędzy tymi elementami i ich związków z wynikami uzyskiwanymi przez szpitale. Badania literaturowe pokazały także luki w obszarze metodycznym, w szczególności w zakresie sposobów operacjonalizacji zmiennych nieobserwowalnych kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych oraz w obszarze empirycznym związanym z identyfikacją rzeczywistych praktyk kontroli menedżerskiej w tych placówkach. Pogłębionej analizy wymagają również wzajemne powiązania pomiędzy poszczególnymi elementami kontroli menedżerskiej, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu stosowanych praktyk kontrolnych na

zapewnienie sprawności funkcjonowania i na wyniki uzyskiwane przez szpitale publiczne. Zaobserwowana luka poznawcza stała się zatem przesłanką do sformułowania celu badań, którym została identyfikacja głównych elementów kontroli menedżerskiej i powiązań między nimi, co pozwoliło na opracowanie spójnego modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. Szczegółowy przebieg procesu badawczego przedstawiono na rysunku 1.



Rysunek 1. Przebieg procesu badawczego kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych
Źródło: opracowanie własne.

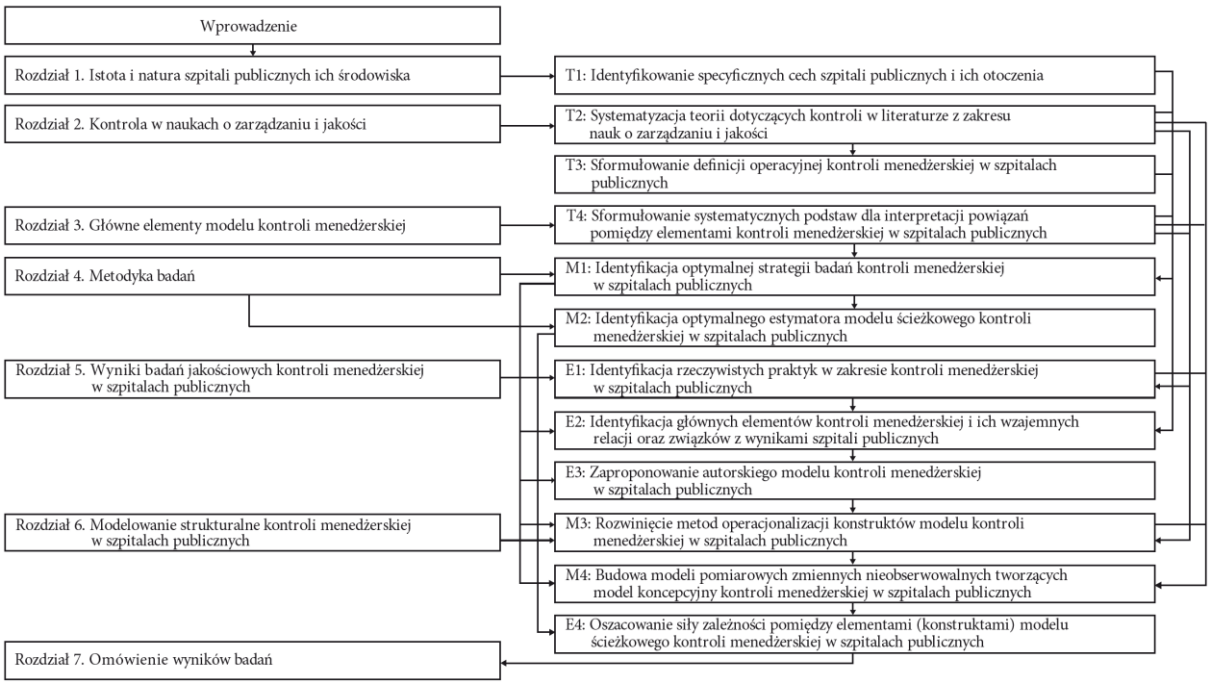
W monografii kontrola menedżerska i jej wpływ na wyniki szpitala są rozpatrywane z perspektywy naczelnego kierownictwa, czyli dyrektora szpitala, przy uwzględnieniu kluczowej roli systemów informacyjnych, innowacji, postrzeganej niepewności środowiska i zaufania. Należy podkreślić, że badania nie obejmują kontroli sprawowanej przez kierowników średniego szczebla (ordynatorów), kontroli kolegialnej stosowanej przez profesję medyczną (Ouchi, 1980) i innych form kontroli funkcjonujących w szpitalu. W badaniach skupiono się natomiast na interakcji naczelnego kierownictwa z menedżerami średniego szczebla, czyli kierownikami (ordynatorami) oddziałów szpitalnych i innych działów medycznych oraz podległymi im, czy też raczej współpracującymi z nimi profesjonalistami medycznymi. Większość pracujących we współczesnych szpitalach lekarzy posiada bowiem specjalizację, co powoduje, że są autonomicznymi profesjonalistami, biorącymi pełną odpowiedzialność za swoją pracę. Z tego też powodu odniesienia do profesjonalistów medycznych, w większości przypadków dotyczą lekarzy jako zasadniczej grupy medyków, mającej prawo do podejmowania istotnych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych, co ma kluczowy wpływ na jakość świadczonych usług oraz koszty i przychody szpitali. Osiągnięcie głównego celu pracy wymagało realizacji celów cząstkowych w trzech płaszczyznach:

1. Teoretycznej, w tym:
   - T1: Identyfikacji specyficznych cech szpitali publicznych i ich otoczenia.
   - T2: Systematyzacji teorii dotyczących kontroli w literaturze z zakresu nauk o zarządzaniu i jakości.
   - T3: Sformułowania definicji operacyjnej kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
   - T4: Sformułowania systematycznych podstaw dla interpretacji powiązań pomiędzy elementami kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
2. Metodycznej, związanej z:
   - M1: Identyfikacją optymalnej strategii badań kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
   - M2: Identyfikacją optymalnego estymatora modelu ścieżkowego kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
   - M3: Rozwinięciem metod operacjonalizacji konstruktów modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
   - M4: Budową modeli pomiarowych zmiennych nieobserwowalnych tworzących model koncepcyjny kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
3. Empirycznej, w której dokonano:
   - E1: Identyfikacji rzeczywistych praktyk w zakresie kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
   - E2: Identyfikacji głównych elementów kontroli menedżerskiej i ich wzajemnych relacji oraz związków z wynikami szpitali publicznych.
   - E3: Przedstawienia propozycji autorskiego modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
   - E4: Oszacowania siły zależności pomiędzy elementami (konstruktami) modelu ścieżkowego kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.

Struktura monografii i podstawowe ustalenia

Praca ma charakter studium teoretyczno-empirycznego, w którym ze względu na złożoność podejmowanych rozważań elementy teoretyczne, metodyczne i empiryczne wzajemnie się przenikają.

Realizacja przyjętych celów badawczych stanowiła podstawę opracowania struktury monografii (Rysunek 2). Praca składa się z wprowadzenia, siedmiu rozdziałów, zakończenia i aneksów.



Rysunek 2. Relacje pomiędzy strukturą pracy a celami szczegółowymi
Źródło: opracowanie własne.

W rozdziale 1 omówiono cechy rynku ochrony zdrowia, usług medycznych i szpitali, jako organizacji publicznych. Wskazano czynniki rzutujące na funkcjonowanie szpitali, w tym te wpływające na złożoność zarządzania szpitalami i sytuację finansową tych organizacji. Podkreślono też rolę profesji medycznej (szczególnie lekarzy), jako głównego zasobu organizacyjnego i złożonych relacji pomiędzy profesjonalistami medycznymi a menedżerami (dyrektorami szpitali) w świetle coraz większej presji na kwestie ekonomiczne. Przedstawiono różnice pomiędzy rolą lekarza i menedżera oraz konsekwencje występowania w szpitalach dwóch porządków biurokratycznych: weberowskiego i profesjonalnego (Mintzberg, 1980, s. 333). Zwrócono też uwagę na nurt instytucjonalny w naukach społecznych, a w szczególności na koncepcję logik instytucjonalnych, która dodatkowo naświetla relacje pomiędzy lekarzami a dyrektorami szpitali (Andersson & Liff, 2018, s. 2). W dalszej części rozdziału podsumowano efekty dotychczasowych działań podejmowanych przez różne kraje na rzecz poprawy sprawności systemu ochrony zdrowia, w tym szpitali z uwzględnieniem reform przeprowadzonych w Polsce.

W rozdziale 2 omówiono koncepcję kontroli i związane z nią główne teorie, uwzględniając między innymi podział na kontrolę wyników i zachowania, teorię agencji oraz połączone z nią potrzeby informacyjne. Zwrócono uwagę na powiązania rozwoju kontroli z ewolucją podejścia do rozumienia strategii organizacyjnej i w tym kontekście omówiono koncepcję dźwigni kontroli (Simons, 1995). Koncepcja ta zakłada możliwość objęcia kontrolą nie tylko etapu wdrażania i ewentualnego modyfikowania strategii, ale także jej formowania. W takim podejściu do kontroli prawie wszystko w organizacji jest nią objęte, włączając w to procesy uczenia się, innowacji i adaptacji (Merchant & Otley, 2007, s. 785), a sama kontrola może być traktowana jako zarządzanie immanentnie występującym w organizacjach napięciem pomiędzy twórczą innowacją a przewidywanymi celami, z uwzględnieniem faktu przyczyniania się tych procesów do sukcesu organizacji. Wspomniane

tu nieodłączne napięcie występuje w trzech zakresach, które muszą być pogodzone i zrównoważone, aby umożliwić skuteczną kontrolę (Henri, 2006, s. 533): (1) nieograniczone możliwości w porównaniu z ograniczoną uwagą pracowników, (2) strategia zamierzona kontra emergentna oraz (3) ochrona własnego interesu pracowników w relacji do chęci wniesienia wkładu do organizacji. Zgodnie z tą koncepcją, menedżerowie używają kontroli menedżerskiej jako sił pozytywnych i negatywnych do tworzenia dynamicznej relacji, która przyczynia się do zarządzania wspomnianymi nieodłącznymi napięciami organizacyjnymi. W tych okolicznościach skuteczna kontrola wiąże się z potrzebą stworzenia warunków dla wolności działań innowacyjnych oraz zapewnienia, że ludzie będą z zaangażowaniem osiągać cele organizacyjne (por. Simons, 1995, s. 29). Jednym z zasadniczych zadań kontroli jest w tych warunkach równoważenie występujących w organizacji sprzeczności pomiędzy wolnością a ograniczeniami, uprawomocnieniem pracowników a ich odpowiedzialnością, nauką a kontrolą, poradami i wsparciem a zakazami, motywacją a przymusem, pomiędzy innowacyjnością i eksperymentowaniem a efektywnością (Simons, 1995, s. 4, 159–161; Tessier & Otley, 2012, s. 173). Te różne obszary napięć są często rozumiane jako walka pomiędzy krótko i długookresową polityką, także pomiędzy oddolną wolnością kreatywności przejawiającej się w emergentnych strategiach a odgórną sztywnością wdrażania intencjonalnych strategii.

W tym rozdziale w oparciu o dotychczasowe definicje kontroli oraz rozważania teoretyczne opracowano – oddającą kontekst szpitali publicznych – definicję operacyjną kontroli menedżerskiej: *Kontrola menedżerska obejmuje wszystkie instrumenty, działania i systemy stosowane przez najwyższe kierownictwo, służące zwiększaniu prawdopodobieństwa korzystnego dostosowania się szpitala do środowiska, którego miarą są uzyskiwane przez szpital wyniki.*

Rozdział 3 poświęcono głównym elementom modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. Obejmuje on przegląd literatury dotyczący poszczególnych składowych kontroli menedżerskiej, czyli elementów zarządzania szpitalami, które w indukcyjnych badaniach jakościowych, opartych na analizie tematycznej, zostały zidentyfikowane jako istotne w procesie poprawy wyników osiąganych przez szpitale publiczne, są to: skuteczność systemu informacyjnego (SSI), interaktywne wykorzystanie systemu informacyjnego (kontrola interaktywna - KI), diagnostyczne wykorzystanie systemu informacyjnego (kontrola diagnostyczna - KD), innowacyjność (I), postrzegana niepewność środowiska (N), zaufanie dyrektorów do lekarzy (Z), nagradzanie (P) oraz wyniki uzyskiwane przez szpitale (W). Przeprowadzono również próbę syntezy dotychczasowego dorobku dotyczącego badań wymienionych elementów kontroli menedżerskiej i wzajemnych powiązań pomiędzy tymi elementami.

W **rozdziale 4** przedstawiono metodykę badań. Z uwagi na niewielkie rozpoznanie kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych i istotność subiektywnych poglądów uczestników badania (dyrektorów szpitali), zastosowano procedurę eksploracyjnych, sekwencyjnych badań mieszanych, stosując najpierw metody jakościowe, a następnie ilościowe (Creswell & Plano Clark, 2017, s. 91; Creswell, 2013, s. 227). Dzięki temu uzyskano triangulację pomiędzy metodami, co zwiększyło wiarygodność badań i zewnętrzną trafność uzyskanych wyników (Jick, 1979, s. 603; Stańczyk, 2020, s. 257).

Badania jakościowe prowadzono w logice indukcyjnej, co miało zasadnicze konsekwencje dla procedury badawczej w postaci braku wstępnych hipotez i założeń dotyczących tworzonej teorii, wykorzystywania istniejącej teorii dopiero w późniejszych etapach badania oraz teoretycznego i celowego doboru próby (Czakon, 2020, s. 201; Glinka & Czakon, 2021, s. 79; Eisenhardt, 1989, s. 537; Eisenhardt & Graebner, 2007, s. 27). Badania jakościowe zostały wykorzystane do wskazania nowych

pojęć, kategorii, konstruktów i relacji oraz zrozumienia funkcjonowania kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. Badania te oparto na technice analizy tematycznej w taki sposób, że najpierw zidentyfikowano tematy pierwszego rzędu, które następnie zgrupowano w tematy drugiego rzędu (Braun & Clarke, 2006, s. 87; Glinka & Czakon, 2021, s. 137). Tematy drugiego rzędu zostały przyjęte jako elementy kontroli menedżerskiej, czyli konstrukty modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. W badaniach jakościowych zastosowano triangulację „wewnątrz metody" (Jick, 1979, s. 602; Stańczyk, 2020, s. 247), poprzez wykorzystanie 29 wywiadów z dyrektorami najwyższego szczebla 16 szpitali (12 szpitali polskich, 2 litewskich, szpitala z Wielkiej Brytanii i szpitala z Irlandii) oraz wielu dodatkowych źródeł danych dotyczących każdego z badanych podmiotów (materiały archiwalne, takie jak zarządzenia, wytyczne, strategie, raporty, prezentacje, itp.). Mając na uwadze kolejny etap badań ilościowych, w badaniach jakościowych zidentyfikowano konstrukty (zmienne nieobserwowalne) oraz postawiono hipotezy badawcze dotyczące relacji pomiędzy tymi konstruktami (Babbie, 2013, s. 71; Czakon, 2020, s. 192; Glaser & Strauss, 2009; Glinka & Czakon, 2021, s. 28).

Tak więc, zgodnie z logiką eksploracyjnych, sekwencyjnych badań mieszanych, zidentyfikowane w indukcyjnych badaniach jakościowych konstrukty i hipotezy badawcze stały się podstawą budowy modelu ścieżkowego kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych, będącego punktem wyjścia kolejnego etapu badań ilościowych. W badaniach położono duży nacisk na wyjaśnianie, rozumienie i interpretację, gdyż odkrycie uniwersalnych praw rządzących kontrolą menedżerską w szpitalach publicznych stanowi istotny wkład w rozwój nauk o zarządzaniu. Zastosowano rozumowanie abdukcyjne, wiedząc, że żadna teoria nie może być uznana za ostatecznie prawdziwą, lecz jedynie za bardziej prawdopodobną, dopóki dane zjawisko nie zostanie lepiej poznane i wyjaśnione (Veen, 2021, s. 1176).

W ramach badań ilościowych zoperacjonalizowano konstrukty (zmienne nieobserwowalne), zidentyfikowane w badaniach jakościowych, za pomocą zmiennych obserwowalnych (wskaźników), co stało się podstawą do opracowania narzędzia badawczego – kwestionariusz ankiety – przy użyciu którego zebrano dane do dalszych badań statystycznych. Należy jednak zwrócić uwagę nie tylko na treść wskaźników (pytań w ankiecie), ale także na sposób ich łączenia się ze zmienną nieobserwowalną, z którą te wskaźniki są powiązane. Powiązanie zmiennych obserwowalnych z konstruktem nazywa się modelem pomiarowym. Wyróżnia się dwa zasadnicze modele pomiarowe: refleksyjny i formatywny. Zastosowanie właściwego modelu pomiarowego ma nie tylko istotne znaczenie dla prawidłowego opisania zmiennej, co zapewnia zgodność tego modelu z teoretycznym znaczeniem zmiennej (trafność treściowa), ale także dla wyboru estymatora modelowania równań strukturalnych (SEM). Można bowiem wyróżnić dwa rodzaje estymatorów SEM: estymatory oparte na kowariancji (covariance-based - CB-SEM) i estymatory oparte na wariancji (partial least squares – PLS-SEM), które w różny sposób analizują zmienne formatywne (Sagan, 2015, s. 130).

Do badań ilościowych zakwalifikowano 601 polskich szpitali publicznych o przychodach z Narodowego Funduszu Zdrowia przekraczających 10 mln zł w 2019 r. Anonimowe badania na podstawie opracowanego kwestionariusza ankiety przeprowadzono wśród dyrektorów naczelnych wszystkich 601 szpitali, uzyskując 151 poprawnie wypełnionych ankiet stanowiących próbę badawczą w badaniach ilościowych.

Rozdział 5 poświęcono raportowi z badań jakościowych. Zawiera on omówienie elementów kontroli menedżerskiej, czyli tematów drugiego rzędu (konstruktów) zidentyfikowanych w procedurze analizy tematycznej materiałów zebranych w trakcie badań terenowych w szpitalach publicznych. Rozpoznane

elementy kontroli zilustrowano licznymi przykładami ich funkcjonowania w badanych szpitalach. Przytoczone wypowiedzi dyrektorów mają umożliwić czytelnikom wyrobienie sobie własnego poglądu na funkcjonowanie kontroli menedżerskiej i tym samym ograniczyć wpływ potencjalnego subiektywizmu autora, wieloletniego dyrektora szpitala. W rezultacie rozważań teoretycznych i wyników badań jakościowych wysunięto czternaście hipotez:

H1: Skuteczność systemu informacyjnego wpływa pozytywnie na wyniki szpitala.

H2: Skuteczność systemu informacyjnego wpływa pozytywnie na jego diagnostyczne wykorzystanie.

H3: Diagnostyczne wykorzystanie systemu informacyjnego wpływa pozytywnie na wyniki szpitala.

H4: Skuteczność systemu informacyjnego wpływa pozytywnie na nagradzanie.

H5: Nagradzanie wpływa pozytywnie na wyniki szpitala.

H6: Nagradzanie wpływa pozytywnie na innowacyjność szpitala.

H7: Skuteczność systemu informacyjnego wpływa pozytywnie na jego interaktywne wykorzystanie.

H8: Interaktywne wykorzystanie systemu informacyjnego wpływa pozytywnie na wyniki szpitala.

H9: Skuteczność systemu informacyjnego wpływa pozytywnie na innowacyjność szpitala.

H10: Innowacyjność wpływa pozytywnie na wyniki szpitala.

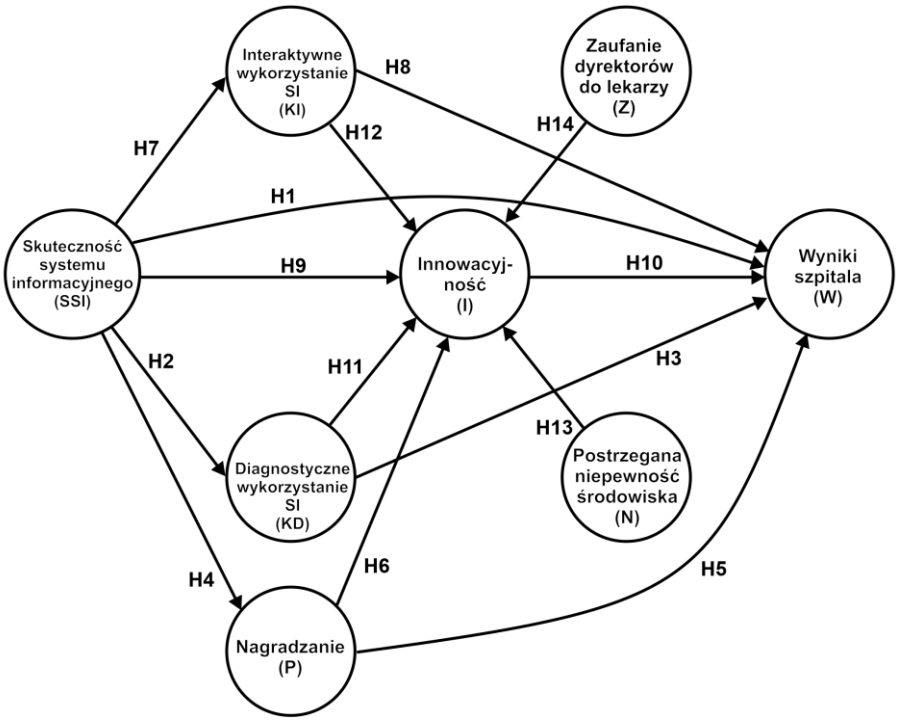
H11: Diagnostyczne wykorzystanie systemu informacyjnego wpływa pozytywnie na innowacyjność szpitala.

H12: Interaktywne wykorzystanie systemu informacyjnego wpływa pozytywnie na innowacyjność szpitala.

H13: Postrzegany przez dyrektorów poziom niepewności środowiska wpływa pozytywnie na innowacyjność szpitala.

H14: Zaufanie dyrektora do lekarzy wpływa pozytywnie na innowacyjność szpitala.

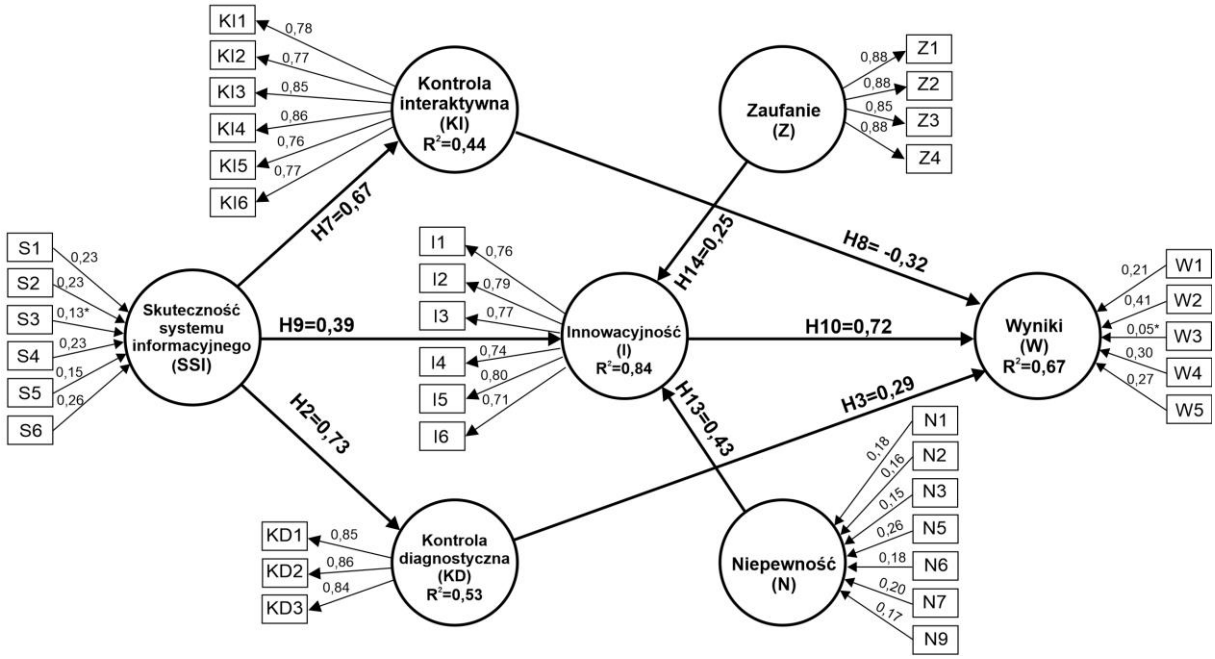
Przyjęte hipotezy, łącznie ze zidentyfikowanymi konstruktami, pozwoliły na skonstruowanie koncepcyjnego modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych (rysunek 3).



Rysunek 3. Koncepcyjny model kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych
Źródło: opracowanie własne.

Rozdział 6 służy omówieniu wyników badań statystycznych związanych z estymacją modelu ścieżkowego zaproponowanego w rozdziale 5. W tej części pracy doprecyzowano znaczenie zmiennych w procesie ich operacjonalizacji, czyli konstrukty teoretyczne wyłonione w badaniach jakościowych powiązano z konkretnymi wskaźnikami zidentyfikowanymi w trakcie operacjonalizacji, co stało się podstawą do opracowania pytań i stwierdzeń umieszczonych w ankiecie badawczej. Na tym etapie badań określono również model pomiarowy poszczególnych konstruktów, innymi słowy określono, czy zmienne wskaźnikowe konstruktu są jego emanacją (refleksyjny model pomiarowy), czy też zmienne wskaźnikowe tworzą konstrukt za pomocą kombinacji liniowych (formatywny model pomiarowy).

Model ścieżkowy kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych będący wynikiem badań jakościowych (rysunek 3), poddano analizie statystycznej estymatorem równań strukturalnych (modeli ścieżkowych) wykorzystującym metodę częściowych najmniejszych kwadratów (PLS-SEM) w oparciu o uzyskaną próbę badawczą 151 przypadków. Do modelowania wykorzystano estymator PLS-SEM zaimplementowany w oprogramowaniu SmartPLS 3, v. 3.3.3 (Ringle i in., 2015). W wyniku estymacji modeli pomiarowych odrzucono dwie zmienne wskaźnikowe zmiennej latentnej niepewność. Natomiast estymacja modelu strukturalnego wykazała brak wsparcia dla 5 hipotez (H1, H5, H6, H11, H12), co doprowadziło do wyeliminowania konstruktu nagradzanie. Usuwając z modelu wymienione elementy uzyskano zmodyfikowany model kontroli menedżerskiej w publicznych szpitalach, który został przyjęty jako końcowy rezultat badań (Rysunek 4).



Rysunek 4. Model kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych
Źródło: opracowanie własne.
*Nota: * Wartość współczynnika istotności statystycznej p>0,05*

Przedstawione na rysunku 4 wartości współczynników ścieżek w modelu strukturalnym określające siłę związku pomiędzy poszczególnymi konstruktami oraz wartości wyjaśnianej wariancji konstruktów endogenicznych (R^2), uzyskane z estymacji finalnego modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych, wskazują na relatywnie znaczną siłę tych relacji oraz wysoką wartość wyjaśnianej wariancji. Należy zauważyć, że wartość R^2 ocenia tylko moc wyjaśniającą modelu w ramach próby badawczej, ale nie wskazuje na jego moc predykcyjną poza próbą w sensie zdolności do przewidywania wartości nowych przypadków, nieuwzględnionych w procesie szacowania. Dlatego też

przeprowadzono ocenę mocy predykcyjnej modelu w oparciu o estymację wartości Q^2 opracowaną przez Geissera i Stona, która jest miarą oceny dla zweryfikowanej krzyżowo trafności predykcyjnej modelu ścieżkowego PLS (Geisser, 1974; Stone, 1974). Wykorzystano także metodę PLSpredict opierającą się na wyodrębnieniu oddzielnej próby uczącej i próby wstrzymanej podczas szacowania parametrów modelu (Shmueli i in., 2019, s. 2330). Obie metody wskazały na wysoką moc predykcyjną zaproponowanego modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. Ocena mocy predykcyjnej modelu statystycznego jest kluczowym elementem badania, ponieważ umożliwia ocenę zdolności przyjętego modelu do tworzenia falsyfikowalnych prognoz dotyczących nowych obserwacji. Innymi słowy, pozwala oszacować zachowanie modelu w populacji generalnej.

W badaniach oceniono również efekty mediacyjne pokazując, że całkowity efekt wpływu zmiennej skuteczność SI na wyniki szpitala mediowany kontrolą interaktywną wynosi -0,21, całkowity efekt wpływu skuteczności SI na wyniki szpitala mediowany kontrolą diagnostyczną wynosi 0,21, a całkowity efekt wpływu skuteczności SI na wyniki szpitala mediowany innowacyjnością wynosi 0,28. Pokazuje to, że kontrola interaktywna osłabia wpływ innowacyjności i kontroli diagnostycznej na wyniki szpitali. Natomiast można zauważyć pozytywny całkowity efekt wpływu zaufania i niepewności na wyniki szpitala mediowany innowacyjnością na poziomie odpowiednio 0,18 i 0,31. Biorąc pod uwagę wartości ścieżkowe bezpośrednie można stwierdzić, że największy wpływ na wyniki szpitala ma innowacyjność (0,72). Innowacyjność pełni jednak rolę mediatora dla trzech zmiennych egzogenicznych: skuteczności SI, niepewności i zaufania.

O ile PLS-SEM jest uważany za odpowiedni głównie w zastosowaniach predykcyjnych, przewidujących przyczynowo-skutkowe relacje w celu dostarczenia wyjaśnień przyczynowych w mniej rozwiniętych lub wciąż rozwijających się teoriach (Cheah i in., 2020; Hair Jr, 2020, s. 5; Hair, Risher, i in., 2019, s. 7), estymator ten może być także wykorzystywany do celów konfirmacyjnych, czyli testowania wcześniej opracowanej teorii (Bentler & Huang, 2014; Henseler i in., 2016). Należy jednak pamiętać, że termin dobroć dopasowania modelu do danych ma różne znaczenia w kontekstach CB-SEM i PLS-SEM. Statystyki dopasowania dla CB-SEM są wyprowadzane z rozbieżności między macierzą kowariancji empirycznej i implikowanej z modelu (teoretycznej), podczas gdy PLS-SEM skupia się na rozbieżności między obserwowaną (w przypadku zmiennych wskaźnikowych) lub aproksymowaną (w przypadku zmiennych latentnych) wartością zmiennych zależnych oraz wartością prognozowaną przez omawiany model (Hair i in., 2016, s. 86). W badaniach dobroć dopasowania testowano wykorzystując wskaźnik SRMR (standardized root mean square residual) będący różnicą między obserwowaną korelacją a macierzą implikowanej korelacji z modelu (Henseler i in., 2014), wskaźnik RMS_{theta}, (root mean squared residual covariance matrix), oceniający stopień korelacji reszt modelu zewnętrznego, które są różnicami między przewidywanymi wartościami wskaźników a obserwowanymi wartościami wskaźników i jest średnią kwadratową macierzy kowariancji reszt modelu zewnętrznego (Lohmöller, 1989, s. 53). Zastosowano również metryki, takie jak odległość euklidesowa (d_{ULS}) i odległość geodezyjna (d_G) (Benitez i in., 2020, s. 5), które reprezentują dwa różne sposoby obliczenia ilościowej rozbieżności między macierzą empirycznej korelacji a macierzą korelacji implikowanej z modelu (Dijkstra & Henseler, 2015, s. 20; Hair, Sarstedt, i in., 2019, s. 574). Wszystkie cztery wskaźniki wskazują na dobre dopasowanie modelu do próby badawczej, chociaż należy zastrzec, że w przypadku PLS-SEM trzeba być ostrożnym w stosowaniu globalnych miar dobroci dopasowania.

W modelu zidentyfikowano także istotny statystycznie ($p<0,05$) nieliniowy charakter zależności pomiędzy zmiennymi: kontrola diagnostyczna a wyniki, skuteczność SI a innowacyjność oraz skuteczność SI a kontrola diagnostyczna. Oznacza to, że przy założeniu funkcji liniowej relację między

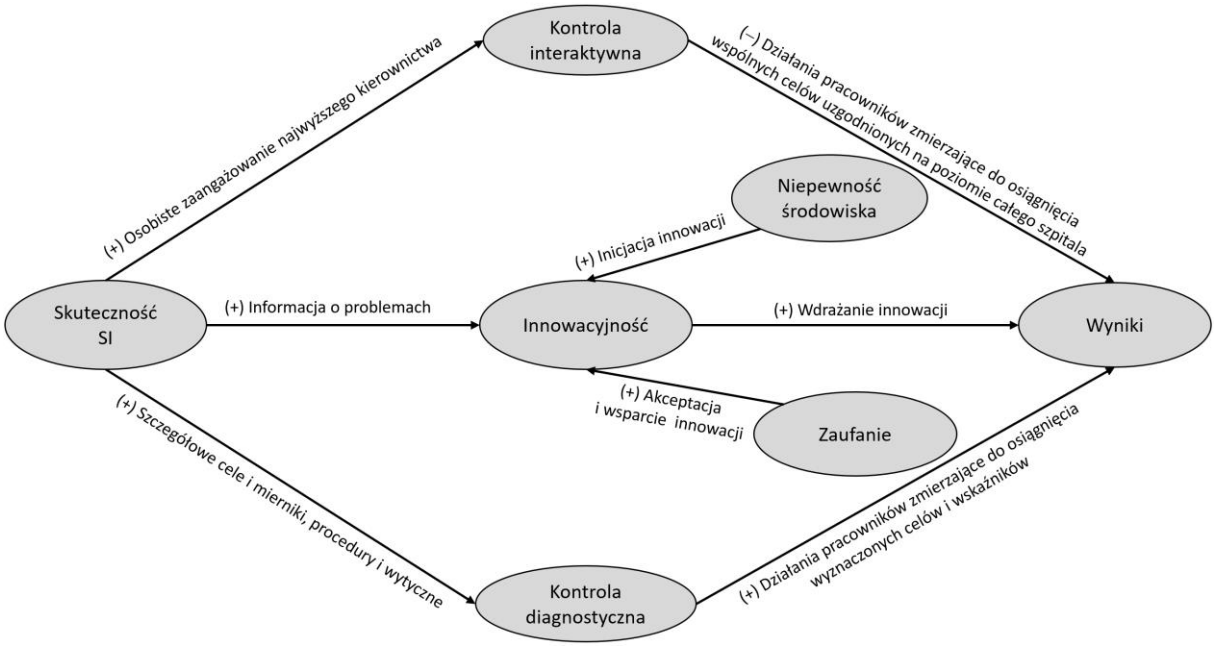
zmiennymi kontrola diagnostyczna i wyniki można zapisać jako prostą: W = 0,29 · KD, a przy wprowadzeniu efektu kwadratowego, czyli uwzględnieniu relacji nieliniowej, zależność między tymi zmiennymi można wyrazić wielomianem 2 stopnia: $W = 0{,}41 \cdot KD + 0{,}12 \cdot KD^2$, gdzie parametr 0,29 oznacza wartość współczynnika ścieżki po estymacji modelu strukturalnego przy założeniu relacji liniowej, a współczynniki 0,41 i 0,12 odpowiednio współczynnik ścieżki pomiędzy zmiennymi kontrola diagnostyczna i wyniki oraz efekt kwadratowy przy założeniu relacji wielomianowej 2 stopnia. Analogicznie dla relacji skuteczność SI -> innowacyjność, zależność liniowa jest opisana równaniem: $I=0{,}39 \cdot SSI$, a zależność nieliniowa równaniem: $I=0{,}46 \cdot SSI+0{,}06 \cdot SSI^2$. Natomiast dla relacji skuteczność SI -> kontrola diagnostyczna, zależność liniowa jest opisana równaniem: $KD = 0{,}73 \cdot SSI$, a zależność nieliniowa równaniem: $KD = 0{,}67 \cdot SSI - 0{,}07 \cdot SSI^2$. Należy jednak pamiętać, że istotność statystyczna efektu kwadratowego nie implikuje rzeczywistego wpływu na wyniki estymacji modelu. Szczególnie przy większych rozmiarach prób badawczych bardzo małe efekty mogą stać się istotne statystycznie.

Wielu autorów nie bada jednorodności danych, przyjmując domyślnie brak heterogeniczności. Jednak to założenie w znacznej liczbie przypadków nie jest spełnione. Wiąże się to z wieloma czynnikami. Przede wszystkim respondenci odpowiadający na pytania ankiety mogą być niejednorodni w swoim postrzeganiu konstruktów i tym samym w ocenach wskaźników, co może skutkować na przykład znaczącymi różnicami we współczynnikach ścieżek w różnych grupach respondentów (np.: kobiety – mężczyźni, wyznawane wartości). Nieuwzględnienie istnienia różnych grup respondentów w danych może stanowić poważne zagrożenie dla trafności wyników modelowania równań strukturalnych metodą PLS-SEM (Becker i in., 2013, s. 672). Heterogeniczność danych może prowadzić do sytuacji, że dla poszczególnych podzbiorów danych (grup respondentów) współczynniki ścieżek mogą się znacznie różnić, a nawet mieć odmienne znaki. Z troski o wysoką jakość badań do identyfikacji potencjalnej heterogeniczności danych zastosowano procedurę FIMIX-PLS (*finite mixture partial least squares*) (Becker i in., 2015, s. 644), która pozwoliła stwierdzić, że heterogeniczność nie jest problemem analizowanych tu danych. Wskaźniki dopasowania sugerują rozwiązanie jednosegmentowe.

Podsumowując analizy opisane w rozdziale 6 można stwierdzić, że proponowany model (rysunek 4) dobrze odzwierciedla funkcjonowanie kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych, charakteryzuje się stosunkowo wysokimi wskaźnikami współczynników ścieżkowych i wyjaśnianej wariancji zmiennych endogenicznych oraz posiada relatywnie dużą moc predykcyjną poza próbą badawczą, co oznacza, że otrzymane wyniki mogą być rozszerzone na całą populację szpitali publicznych w Polsce.

Przedstawione w **rozdziale 7** podsumowanie wyników badań wskazuje na kluczową rolę skuteczności systemu informacyjnego w kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych i tym samym na konieczność inwestycji w system informacyjny, aby dostarczał on szeroką gamę informacji na temat funkcjonowania szpitala i umożliwiał przenoszenie jej w dół struktury organizacyjnej. Analiza modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych zwraca uwagę, że system informacyjny (skuteczność SI) nie wpływa bezpośrednio na wyniki szpitala, a wiąże się ze sposobem jego wykorzystania. Oznacza to, że funkcja pomiaru nie działa, jeżeli pracownicy nie otrzymują od naczelnego kierownictwa konkretnych wskazówek i standardów dotyczących celów organizacyjnych. Jedną z przyczyn tego zjawiska jest niejednoznaczność, zmienność i często lokalny (ograniczony do poszczególnych oddziałów szpitalnych lub specjalności) zasięg celów w szpitalach publicznych. Niejednoznaczność ta wynika między innymi z braku zgody co do priorytetów, jakie należy przypisać celom, do których należy dążyć, a nawet co do charakteru celów (por. Abernethy et al., 2006, p. 813). W środowisku, w którym cele są niejednoznaczne, profesjonaliści medyczni posługują się własnymi zasadami i normami postępowania, ustalanymi w ramach kolegialnych instytucji znajdujących się poza ich miejscem pracy (uniwersytety,

towarzystwa naukowe, stowarzyszenia profesjonalne), co nie musi być zgodne z celami szpitala. Prowadzi to do sytuacji, że system informacyjny wpływa na wyniki szpitali tylko w sposób pośredni, innymi słowy, jest on mediowany poprzez diagnostyczne i interaktywne wykorzystanie systemu informacyjnego przez najwyższe kierownictwo oraz innowacyjność (rysunek 5). Wszystkie te trzy elementy wymagają zaangażowania najwyższego kierownictwa. Na innowacyjność dodatkowo oddziałuje postrzeganie niepewności środowiska i zaufanie menedżerów do lekarzy.



Rysunek 5. Schemat interakcji w modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych
Źródło: opracowanie własne.

W ujęciu przedstawionym w monografii diagnostyczne wykorzystanie systemu informacyjnego jest formalnym systemem kontroli, używanym przez menedżerów do regularnego przeglądania „wyjątków", korygowania odchyleń od planów i ustalonych standardów wydajności i tym samym monitorowania wyników szpitala. Takie podejście warunkuje objęcie kontrolą wszystkich krytycznych składowych organizacji. Jakość takiego systemu zależy od zdolności ustalania celów i standardów, pomiaru ich realizacji oraz możliwości aktywnej interwencji w przypadku zaobserwowania odchyleń. W efekcie, co również potwierdza zidentyfikowana nieliniowa zależność pomiędzy kontrolą diagnostyczną a wynikami, bardziej intensywna kontrola diagnostyczna potęguje jej pozytywny wpływ na wyniki szpitala.

Należy jednocześnie wyraźnie zaznaczyć, że obserwacje dokonane w ramach niniejszych badań są zgodne zarówno z wczesnymi, jak i nowszymi wynikami badań w obszarze kontroli. Wskazują one bowiem, że bardziej intensywna kontrola nie musi oznaczać blokowania inwencji twórczej i zaangażowania pracowników (Tannenbaum, 1962, s. 256; McMahon & Perritt, 1973, s. 627). Większe natężenie kontroli wpływa na poprawę wyników organizacji (Likert, 1960), na wzrost zaangażowania, motywacji i produktywności pracowników (Likert, 1958) oraz pomaga dystrybuować poczucie zaangażowania w sprawy organizacji (Tannenbaum, 1962, s. 256). Ponadto skoncentrowanie na kontroli może stać się źródłem satysfakcji i bazą psychologicznej integracji jednostek z systemem oraz czynić uczestników bardziej uległymi wobec kontroli, ponieważ identyfikacja z organizacją i lojalność wynikające z uczestnictwa mogą doprowadzić jednostkę do przychylnego reagowania na próby działania dla dobra organizacji, które w przeciwnym razie mogłaby ignorować (McMahon & Perritt,

1973, s. 626). Jednocześnie też „[dodatkowa] kontrola wdrożona w organizacji, która miała już wiele [innych] kontroli proceduralnych, była generalnie postrzegana bardziej pozytywnie niż kontrola wdrażana w organizacji, która miała [wcześniej] mniej kontroli." (Tessier & Otley, 2012, s. 175).

Należy także pamiętać, że kontrola diagnostyczna w przeciwieństwie do kontroli interaktywnej nie wymaga częstego i osobistego zaangażowania naczelnego kierownictwa. Można dostrzec dwa główne powody stosowania kontroli diagnostycznej: skuteczne wdrażanie strategii (w przypadku szpitali publicznych raczej na poziomie poszczególnych specjalności) i oszczędzanie uwagi kierownictwa. W takim ujęciu niewielkie zaangażowanie kierownictwa w sprawowanie kontroli diagnostycznej daje podległym pracownikom większą autonomię. Nie są oni ciągle monitorowani, a jedynie rozliczani za ostateczne osiągnięcie wyznaczonych celów, przy czym, wspomniana już niejednokrotnie niejednoznaczność celów sprawia, że dyrektorzy szpitali nie mogą polegać na długofalowym rozumieniu celów szpitala przez kluczowych pracowników, ale muszą na bieżąco, w zależności od aktualnego kontekstu, definiować cele i standardy, tym samym zakreślając ramy podejmowanych działań.

Zidentyfikowane rozwiązania służą w dłuższej perspektywie, z uwagi na zmienność i niejasność celów, zwiększaniu zakresu informacji ex ante przekazywanych pracownikom, w szczególności informacji o celach, które mają być osiągnięte i sposobach ich osiągania, zmniejszając tym samym liczbę decyzji podejmowanych w oparciu o doraźną ocenę sytuacji. Systemy informacyjne muszą bowiem być w stanie tworzyć platformę umożliwiającą osiągnięcie konsensusu co do ważności celów i najlepszego sposobu ich osiągania. Ogranicza to liczbę sprzecznych lub niejednoznacznych celów, tworzących w szpitalach kontekst decyzyjny rządzony przez nieustanne negocjacje i kompromisy pomiędzy profesjonalistami a menedżerami. Teoretycznie skuteczne podejmowanie decyzji powinno być oparte na komunikacji umożliwiającej debaty i rozważanie alternatywnych perspektyw w celu osiągnięcia pewnego poziomu porozumienia w sprawie priorytetów, które należy realizować. W tych okolicznościach kluczowym narzędziem winna być kontrola interaktywna, pozwalająca na tworzenie i pogłębianie dialogu między członkami organizacji (Simons, 2014, s. 233). Warunkiem niezbędnym w tym rozwiązaniu, wynikającym ze zidentyfikowanego negatywnego oddziaływania kontroli interaktywnej na wyniki, jest jednak ograniczenie liczby interakcji i zakresu osobistego angażowania się dyrektorów w debaty z podwładnymi kwestionujące dotychczasowe założenia, skupiające się na niepewności strategicznej i wspólnych problemach.

Przeprowadzone badania dały podstawę do identyfikacji co najmniej pięciu przyczyn negatywnego wpływu interaktywnego wykorzystania systemu informacyjnego na wyniki szpitali. Pierwsza dotyczy powiązania silnie funkcjonalnej struktury organizacyjnej szpitali, zogniskowanej wokół poszczególnych specjalności medycznych, z dużą autonomią profesjonalistów sprawujących kontrolę nad własną pracą oraz zewnętrznym pochodzeniem standardów praktyki medycznej. Standardy pracy lekarzy i instytucjonalne wytyczne lub normy, których muszą przestrzegać profesjonaliści medyczni, pochodzą spoza organizacji, na przykład ze stowarzyszeń samorządowych czy uniwersytetów, lub są zdefiniowane przez inne władze, a zatem są nienegocjowalne na poziomie szpitala. Ponadto każda specjalność medyczna ma własne wytyczne, konsultantów krajowych, wojewódzkich i sektorowe towarzystwa naukowe zogniskowane na praktykach z danej dziedziny. Metody, narzędzia i procesy pracy internisty znacznie się różnią do metod, narzędzi i procesów pracy chirurga. Rozbieżne środowiska pracy sprawiają, że uzgodnienie wspólnych strategii, celów i standardów pracy jest trudne. Rozwiązanie, które będzie korzystne dla oddziałów zabiegowych, może być niesprzyjające dla oddziałów zachowawczych.

Drugą przyczyną jest postrzeganie częstego i osobistego zaangażowania menedżerów w kontrolę interaktywną jako ofensywnej formy mikrozarządzania. Jak bowiem pokazuje praktyka funkcjonowania szpitali, wiedza dyrektora na temat procesów pracy w danym oddziale, nawet gdy jest on lekarzem, przeważnie jest niewystarczająca do podejmowania równorzędnej dyskusji o strategicznej niepewności i celach oddziału. W efekcie to osobiste zaangażowanie może przynieść efekt przeciwny do zamierzonego.

Trzecią przyczyną jest jednoczesne funkcjonowanie szpitala w dwóch porządkach biurokratycznych. Z jednej strony szpital funkcjonuje jako tradycyjna, weberowska biurokracja, na czele której stoi dyrektor, a z drugiej strony – jako zdecentralizowana organizacja zdominowana przez profesjonalistów medycznych, czyli jako biurokracja profesjonalna. W ramach drugiego ze wskazanych porządków dominuje oddolna metoda podejmowania decyzji, w której menedżerowie muszą akceptować proponowane rozwiązania, co prowadzi do pojawienia się dwóch równoległych hierarchii administracyjnych: oddolnej, demokratycznej dla profesjonalistów i drugiej – odgórnej, hierarchicznej dla pozostałych pracowników. Profesjonaliści nie oczekują od dyrektora zaangażowania w podejmowane przez nich decyzje, a raczej ochrony ich autonomii i „buforowania" ich przed zewnętrznymi naciskami. Jednak z drugiej strony oczekują, że menedżerowie będą zabiegać o zewnętrzne wsparcie dla organizacji, zarówno pod kątem uzyskania zewnętrznej legitymizacji, jak i pozyskiwania środków finansowych na leczenie.

Czwarta przyczyna problemów z interaktywnym wykorzystaniem systemu informacyjnego jest związana z hybrydową naturą szpitala, to znaczy – z funkcjonowaniem odmiennych logik instytucjonalnych wewnątrz jednej organizacji: logiki profesjonalnej, zogniskowanej na jakości leczenia i autonomii oraz logiki menedżerskiej, zorientowanej na efektywności i stabilności finansowej szpitala (Lewandowski & Sułkowski, 2018, s. 152). Jak już wcześniej podkreślono, z uwagi na różnice celów, norm i wartości, dialog pomiędzy osobami funkcjonującymi w ramach odmiennych logik jest bardzo trudny, choćby z tego powodu, że dyrektorzy zazwyczaj ogniskują dyskusję wokół spraw finansowych, natomiast profesjonaliści medyczni – wokół spraw związanych z jakością (Kuhlmann i in., 2013).

Wskazane problemy wymagają również zwrócenia uwagi na to, że kontrola niesie ze sobą dwie zasadnicze konsekwencje: pragmatyczną i symboliczną, co stanowi piątą przyczynę problemów z kontrolą interaktywną. Pragmatycznie kontrola oznacza coś, co dana osoba musi zrobić lub czego nie może zrobić, czyli ograniczenia, którym podlega. Kontrola określa też obszary wyboru i wolności. Natomiast w obszarze symbolicznym kontrola definiuje miejsce człowieka w hierarchii organizacyjnej, czyli wyznacza, kto kogo kontroluje i kto przez kogo jest kontrolowany, a w efekcie sugeruje swoistą wyższość lub niższość, dominację lub uległość oraz ekspozycję na krytykę. Zatem kontrola ma również szczególne znaczenie psychologiczne dla osób w nią zaangażowanych i jest naładowana emocjonalnie. W specyficznych warunkach szpitali wskazane właściwości kontroli stoją w oczywistej sprzeczności z atrybutami profesji medycznej, charakteryzującej się wysoką autonomią, specjalnym statusem społecznym, wyłączną jurysdykcją w zakresie diagnozy i leczenia oraz ewaluacji procesu i wyniku leczenia, samoregulacją i samokontrolą.

Powyższa dyskusja skłania do przyjęcia interpretacji mówiącej o tym, że dyrektorzy szpitali, starając się łączyć szpital w jedną całość poprzez częste i osobiste dyskusje z podwładnymi na temat strategicznej niepewności, przyjętych celów, wskaźników i sposobów realizacji zadań, ulegali pokusie (być może nieświadomie) i sięgali po materialne i symboliczne środki nacisku oraz eksponowania władzy pozwalające kontrolować zachowania profesjonalistów. Zresztą już sama wyższa pozycja w hierarchii

organizacyjnej jest powiązana z pewną władzą, co sprawia, że dyskusja dyrektora z profesjonalistami rzadko odbywa się bez jakichś przejawów relacji władzy i podległości. Tego typu atmosfera dyskusji może wywoływać sprzeciw profesjonalistów, co dyrektorzy odbierają jako negatywny wpływ swoich działań w ramach kontroli interaktywnej na wyniki szpitali.

Całkowicie odmiennie wygląda interakcja inicjująca i wdrażająca innowacyjne rozwiązania. Kontrola interaktywna skupia się na osobistym zaangażowaniu kierownictwa w dyskusje z podwładnymi, natomiast innowacyjność polega na inicjowaniu i wdrażaniu nowych rozwiązań dla konkretnych, często lokalnych problemów poszczególnych oddziałów, klinik, procesów, pojedynczych stanowisk pracy, w odpowiedzi na dane z systemu informacyjnego i niepewność środowiska. Innowacje te, jak sugeruje przyjęta operacyjna definicja kontroli, służą do zwiększania prawdopodobieństwa korzystnego dostosowania się szpitala do otoczenia.

Zgodnie ze zidentyfikowanym modelem kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych (rysunek 4 i 5) na innowacyjność wpływają trzy zmienne: skuteczność SI, niepewność i zaufanie. Zapewnienie najwyższej wartości tych zmiennych pozwala na osiągnięcie optimum innowacyjności oraz wyników. Natomiast obniżanie się wartości tych trzech zmiennych powoduje obniżenie osiąganych wyników. Te zależności prowadzą do wniosku, że innowacyjność ma największy pozytywny wpływ na wyniki, gdy dyrektor i pracownicy, zaktywizowani niepewnością środowiska do poszukiwania innowacyjnych rozwiązań, dysponują właściwymi informacjami i okazują sobie wzajemnie zaufanie. Zaufanie to sprawia, że profesjonaliści nie sprzeciwiają się innowacyjnym działaniom podejmowanym przez dyrektorów, podobnie dyrektorzy nie torpedują innowacyjnych działań podwładnych. W sytuacji gdy nie funkcjonuje skuteczny system informacyjny, nie ma możliwości podejmowania właściwych decyzji i skutecznych działań przez organizacyjnych aktorów, pomimo postrzeganej niepewności otoczenia i wysokiego zaufania. Oczywiście niektóre decyzje mogą być trafne mimo braku informacji, jednakże prawdopodobieństwo podejmowania celnych decyzji w sytuacji niedostatecznych informacji jest niższe. Z kolei gdy występuje zarówno wysoki poziom niepewności, jak i odpowiednie informacje, a poziom zaufania jest niski, wtedy działania podejmowane przez dyrektorów i profesjonalistów mogą być wzajemnie niewspierane a nawet sabotowane. W tym kontekście należy jednak zauważyć, że szpital jest organizacją, w której naczelne kierownictwo nie może usprawniać głównych procesów organizacyjnych, czyli tych dotyczących świadczenia usług medycznych, bez wsparcia profesjonalistów. Wynika to ze sprawowania jurysdykcji nad swoimi działaniami przez samych profesjonalistów i ich wysokiej autonomii. Z kolei wprowadzanie innowacji często wymaga nie tylko wsparcia organizacyjnego i finansowego, ale również pomocy zewnętrznych interesariuszy. W takiej sytuacji wprowadzanie innowacji bez wsparcia i akceptacji naczelnego kierownictwa może być mało skuteczne.

Zidentyfikowane w ramach badań trzy sposoby generowania innowacji w szpitalach w oparciu o dane z systemu informacyjnego są wspierane przez zaufanie i postrzeganą niepewność środowiska. Sama natomiast niepewność wpływa pozytywnie na innowacyjność i pośrednio na wyniki szpitala z dwóch powodów. Po pierwsze, niepewność stymuluje aktorów organizacyjnych do poszukiwania innowacyjnych rozwiązań w celu lepszego dostosowania szpitala do otoczenia. Po drugie, jest wykorzystywana przez dyrektorów jako argument za wprowadzaniem własnych inicjatyw. W tym kontekście istotną rolę odgrywa zaufanie menedżerów do lekarzy. Innowacyjność bowiem, z jednej strony może być odpowiedzią na niepewność, ale z drugiej strony innowacje niosą ze sobą ryzyko niepowodzenia. Tego ryzyka obawiają się zarówno dyrektorzy, odpowiedzialni za funkcjonowanie szpitali, jak i pracownicy, którzy nie chcą ponieść negatywnych konsekwencji ewentualnych nieudanych innowacji. Dlatego też dyrektorzy chętniej decydują się na wprowadzanie innowacji, gdy

ufają, że ich podwładni mają odpowiednią wiedzę i są lojalni w stosunku do szpitala. Innymi słowy – gdy dyrektorzy wierzą, że profesjonaliści będą mieli wystarczające zdolności (kompetencje), aby sprostać postawionym wyzwaniom, nie będą zachowywali się oportunistycznie, wykorzystując swoją wiedzę i autonomię do sabotowania nowych rozwiązań i będą uczciwi, to znaczy będą pracowali i postępowali w taki sposób, aby poprawić sytuację szpitala nawet wbrew swoim interesom. Gdyby bowiem z góry było wiadomo, że wynik innowacji będzie pozytywny, to nie byłoby potrzeby zaufania.

Uwzględniając właściwości zaufania do wywoływania zwrotnego zaufania i udowodnioną pozytywną korelację pomiędzy zaufaniem pracowników do przełożonych i przełożonych do podwładnych, można przyjąć wyjaśnienie o większej skłonności profesjonalistów do innowacyjności (innowacje półintencjonalne) w sytuacji wzrostu zaufania dyrektorów do lekarzy. Dokładniej mówiąc, dzięki zaufaniu pracownicy wierzą, że ich przełożony nagrodzi próby wprowadzania innowacji, nawet jeśli takie próby się nie powiodą (porównaj: Afsar i in., 2018, s. 163; Weinert, 2013, s. 42). W przypadku tej drogi powstawania innowacji wpływ zaufania na innowacyjność szpitala może zachodzić na kilka sposobów. Kiedy dyrektorzy ufają lekarzom, wtedy z większą otwartością akceptują przedstawiane przez nich pomysły i silniej wspierają ich wdrażanie. Zaufanie poszerza zakres swobody, jaką naczelne kierownictwo daje profesjonalistom na polu samodzielnego wprowadzania innowacyjnych zmian, a także wspiera skłonność profesjonalistów do opracowywania i wdrażania innowacji, gdyż w pewnym zakresie uwalnia ich to od obaw związanych z negatywną reakcją przełożonych. Kiedy pracownicy ufają, że ich pomysły będą wysłuchiwane i wspierane, wtedy mają tendencję do przejawiania wysokiego poziomu innowacyjnych zachowań w pracy (Afsar i in., 2015, s. 108).

Badania pokazały, że innowacje często odpowiadały na lokalne problemy, prowadząc do oddzielenia formalnych struktur i zewnętrznej presji od codziennych procesów pracy. Wprowadzaniu innowacji, które zawierały element „oddzielania", również sprzyjało zaufanie. Dyrektorzy mający zaufanie do lekarzy chętniej zgłaszali innowacje, które w celu zwiększenia efektywności lub przychodów szpitala omijały formalne struktury. Profesjonaliści natomiast chętniej akceptowali innowacje dyrektorów i sami takie innowacje zgłaszali, gdy ufali, że dzięki nim zachowają autonomię i uzyskają dodatkowe zasoby na leczenie. Większe bowiem przychody szpitala umożliwiają lekarzom skuteczniejsze praktykowanie medycyny i osiąganie lepszych efektów zdrowotnych indywidualnych pacjentów, tym samym podtrzymując legitymizację profesji. Ponadto to „oddzielenie" pozwala na łatwiejsze osiąganie kompromisów i łagodzenie konfliktów między menedżerami a lekarzami, które niewątpliwie pojawiłyby się w trakcie realizacji celów ukierunkowanych na redukcję kosztów.

Przeprowadzone badania pokazują zatem, że kontrola menedżerska jest skutecznym sposobem poprawy wyników szpitala. Spostrzeżenie to dotyczy jednakże kontroli rozumianej w sposób szerszy niż tradycyjny, obejmujący również innowacyjne rozwiązania odpowiadające na niepewność środowiska i wspierające osiąganie założonych celów. Na uwagę zasługuje negatywny wpływ na wyniki szpitali częstego i osobistego wykorzystywania systemu informacyjnego przez dyrektorów naczelnych w dyskusji z podwładnymi i poszukiwaniu wspólnych rozwiązań dla całego szpitala. W kontekście odmiennych logik instytucjonalnych profesjonalistów medycznych i dyrektorów takie intensywne osobiste zaangażowanie dyrektorów może być odczytywane jako mikrozarządzanie i próba ograniczania autonomii i jurysdykcji klinicystów. Istotną rolę w modelu tym pełni również zaufanie, stymulując innowacyjność w służbie kontroli menedżerskiej.

Przyjęcie dodatkowej perspektywy badawczej, teorii instytucjonalnej, pozwoliło na pogłębienie rozumienia kontroli menedżerskiej. Okazało się bowiem, że część celów i innowacyjnych rozwiązań

opracowywanych i wdrażanych w odpowiedzi na niepewność środowiska prowadziła do oddzielenia formalnych struktur od codziennych procesów pracy. Wynikało to często ze wspomnianych już odmiennych logik instytucjonalnych menedżerów i profesjonalistów. Chociaż istniała zgodność pomiędzy menedżerami i profesjonalistami co do pożądanych wyników opieki nad pacjentem, to nie było pewności, jak je osiągnąć. W takich okolicznościach decyzje mogli podejmować jedynie profesjonaliści, na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia, do których menedżerowie nie mieli dostępu. Aby uniknąć polegania na nieskutecznej ceremonialnej lub rytualnej kontroli, która uniemożliwiałaby jakąkolwiek redukcję niepewności, menedżerowie poszukiwali porozumień z profesjonalistami i sektorowych innowacyjnych rozwiązań zapewniających pewien poziom sprawności kosztem oddzielenia struktur i formalnej kontroli od praktyki.

Wydaje się, że w świetle perspektywy instytucjonalnej można też zaproponować bardziej solidne wyjaśnienie tak znaczącego rozdźwięku pomiędzy negatywnym wpływem na wyniki szpitali kontroli interaktywnej i znacznym pozytywnym wpływem innowacyjności. Dyrektorzy korzystający z kontroli interaktywnej poszukiwali bowiem wspólnych rozwiązań dla całej organizacji, narzucając zunifikowaną percepcję celów organizacyjnych. Profesjonaliści, „przymuszeni" ciągłym i osobistym zaangażowaniem dyrektorów do zunifikowanego postrzegania celów szpitala, pozornie wdrażali praktyki zalecane przez logikę menedżerską, podczas gdy faktycznie wykonywali działania wywodzące się z własnej logiki profesjonalnej, oddzielając w ten sposób swoją strukturę normatywną i działania operacyjne od formalnych struktur panujących w szpitalu. Pokonanie takiej nieefektywności, mogącej skutkować negatywnymi wynikami szpitala, wymaga wypracowywania lokalnych innowacyjnych rozwiązań na poziomie specjalności, oddziałów i klinik godzących cele i interesy konkurujących logik instytucjonalnych. Co istotne, jest to łatwiejsze, gdy dochodzi do oddzielenia codziennych praktyk pracy profesjonalistów od formalnych struktur.

Podsumowując należy wskazać, że realizacja celu głównego i celów cząstkowych badań pozwoliła na utworzenie spójnej, przejrzystej i opartej na gruntownych badaniach konstrukcji teoretycznej kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych, zapewniając podjętym badaniom wkład w rozwój teorii nauk o zarządzaniu i jakości oraz w praktykę zarządzania szpitalami publicznymi. Zaproponowany model kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych jest podejściem, w którym ujęto wiele obszarów, relacji i specyficznych uwarunkowań działania szpitali publicznych. Co prawda konstrukty znajdujące się w zaproponowanym modelu są znane i niektóre z nich zostały szeroko opisane w literaturze, jednak zidentyfikowane powiązania pomiędzy tymi konstruktami i teoretyczne wyjaśnienia owych powiązań pozwalają uznać, że model jako całość jest nową i unikalną propozycją rozumienia kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. Stanowi to nową wiedzę, która zarówno teoretykom, jak i praktykom pozwoli na lepsze zrozumienie funkcjonowania kontroli menedżerskiej, roli menedżerów w tej kontroli, a także da sposobność wskazania konkretnych praktyk służących poprawie sprawności szpitali i tym samym umożliwi podejmowanie adekwatnych reakcji na pojawiające się wyzwania.

Wnioski

Przedstawione rozważania teoretyczne, poparte badaniami i weryfikacją hipotez badawczych, stały się podstawą do zrozumienia i wyjaśnienia sposobu funkcjonowania kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych i jej wpływu na wyniki uzyskiwane przez te organizacje. Pozwoliły one na przedstawienie szeregu spostrzeżeń i wniosków:

- Zidentyfikowana specyficzność szpitali publicznych stawia znaczne wyzwania przed kontrolą menedżerską w szpitalach w porównaniu do organizacji działających w mniej heterogenicznym otoczeniu oraz mających bardziej sprecyzowane cele i kryteria oceny swojego funkcjonowania. Specyfika szpitali publicznych wynika między innymi z powiązania ze sobą: (1) dwóch porządków biurokratycznych (biurokracji profesjonalnej i weberowskiej), (2) dominacji profesjonalistów medycznych o dużej autonomii, (3) trudności – stanowiącej wynik relatywnej niejednoznaczności – w określaniu wyników działania szpitali i oczekiwań głównych grup interesu, objawiających się silnymi nieskoordynowanymi naciskami z otoczenia zewnętrznego, co sprawia, że ustalenie długofalowych celów i konsekwentne ich realizowanie jest bardzo trudne. Dodatkowo hybrydyzacja szpitali publicznych, polegająca na występowaniu różnych logik instytucjonalnych (menedżerskiej, nastawionej na efektywność oraz profesjonalnej, zorientowanej na jakość i autonomię), pogłębia problematykę niejednoznaczności celów w tych organizacjach.
- Szpitale funkcjonują w upolitycznionym środowisku, w którym preferencje dotyczące opieki zdrowotnej, a w szczególności zagadnienia odnoszące się do jej efektywności ekonomicznej, są kwestionowane i podlegają debacie. Wynika to głównie z niejednoznaczności celów występujących co najmniej na dwóch poziomach: (1) na poziomie ogólnokrajowym – rząd i publiczny płatnik często zmieniają priorytety dotyczące kierunków zmian w ochronie zdrowia, (2) na poziomie regionalnym – podmiot tworzący (właściciel szpitala, którym najczęściej jest polityczne ciało kolegialne, takie jak samorząd wojewódzki lub powiatowy) wysuwa sprzeczne oczekiwania wobec szpitala odnośnie realizacji wielu celów społecznych i jednocześnie ograniczania kosztów działalności.
- Niejednoznaczność celów szpitali publicznych, gdzie spotykają się różne logiki instytucjonalne sprawia, że menedżerowie muszą nieustannie interpretować pochodzące ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego informacje, by odpowiednio często ustalać cele i standardy działania zarówno na poziomie strategicznym, jak i operacyjnym. W szczególności dotyczy to problematyki efektywności rozpatrywanej odpowiednio w kategoriach ekonomicznych (logika menedżerska) czy bardziej w kategoriach medycznych (logika profesjonalna). Jak bowiem dostrzeżono, naczelne kierownictwo poznawczo i emocjonalnie wspiera kierowanie zasobów ludzkich i kapitałowych szpitali do obszarów o najwyższej użyteczności społecznej. W przypadku jednak silnej presji kosztowej kieruje ono zasoby do obszarów o najwyższej wartości ekonomicznej, aby zapewnić przetrwanie organizacji[1].
- Prowadzenie badań kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych musi uwzględniać nie tylko perspektywę organizacyjną, ale również instytucjonalną. Jak bowiem wykazano, czynnikiem różnicującym funkcjonowanie przedsiębiorstw i szpitali publicznych jest bardziej skomplikowane środowisko instytucjonalne, złożone zarówno z różnorodnych aktorów wewnętrznych (np. różne grupy profesjonalistów charakteryzujących się odmiennymi logikami instytucjonalnymi), jak i z wielu zewnętrznych interesariuszy (np.: publiczni i prywatni płatnicy/ubezpieczyciele, rząd krajowy, samorządy lokalne, samorządy zawodów medycznych, stowarzyszenia pacjentów), których działania relatywnie często komplikują stosowanie kontroli menedżerskiej.

[1] Tendencja ta może się jeszcze nasilić po uchwaleniu rządowego projektu ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa (https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-modernizacji-i-poprawie-efektywnosci-szpitalnictwa2, dostęp: 03.06.2022 r.), która znacznie wzmacnia presję na poprawę wyników finansowych szpitali.

- Teoria, praktyka gospodarcza i badania empiryczne dotyczące funkcjonowania szpitali publicznych pozwalają na zdefiniowanie trzech głównych ścieżek prowadzących od systemu informacyjnego (SI) do wyników szpitali. W takim ujęciu wpływ skuteczności systemu informacyjnego na wyniki jest mediowany [2] przez trzy elementy: (1) interaktywne wykorzystanie SI, czyli kontrolę interaktywną, (2) diagnostyczne wykorzystanie SI, czyli kontrolę diagnostyczną oraz (3) innowacyjność, która jest w relacji z postrzeganą niepewnością środowiska i zaufania menedżerów do lekarzy.
- Wyniki estymacji modelu pokazujące brak bezpośredniego wpływu skuteczności SI na wyniki szpitala sugerują, że sam pomiar, który polega na przypisywaniu liczb do działań i procesów zgodnie z określonymi regułami, nie może być wykorzystywany do kontroli menedżerskiej w szpitalach. Ta konstatacja stoi w sprzeczności z wcześniejszymi badaniami, które sugerowały, że sam akt pomiaru wpływa na zachowania pracowników, pozwalając im określić efekty swojej pracy i tym samym umożliwić korektę podejmowanych działań. Głównym powodem braku wpływu systemu informacyjnego (pomiaru) na wyniki szpitala jest niejednoznaczność celów szpitala. Wynika to z faktu, że menedżerowie nie mogą w swoich decyzjach zakładać długofalowego zrozumienia celów szpitala przez kluczowych pracowników, ale muszą na bieżąco, w zależności od aktualnego kontekstu, definiować doraźne cele i standardy zakreślające ramy podejmowanych działań.
- Funkcja pomiaru nie działa, jeśli pracownicy nie otrzymują konkretnych wskazówek i standardów dotyczących celów organizacyjnych. Zatem informacja sama w sobie, bez wyznaczenia przez menedżerów odpowiednich celów i poziomów mierników, nie wpływa na wyniki.
- Na wyniki szpitala wpływa natomiast diagnostyczne wykorzystanie SI, związane z wyznaczaniem celów, regularnym przeglądem „wyjątków" oraz monitorowaniem, aby krytyczne elementy działalności były w obszarze zainteresowania kontroli. Pomaga to wzmocnić i ukierunkować działania i motywację pracowników do osiągania wyznaczonych celów. Innymi słowy, na wyniki szpitala pozytywnie wpływa kontrola diagnostyczna, czyli bieżące monitorowanie wyników szpitala i korygowanie odchyleń od planów i ustalonych standardów wydajności. Siła kontroli diagnostycznej zależy od zdolności powiązania uzyskiwanych wyników z procesami świadczenia usług, z dostępnością pomiarów aktualnej działalności i ze standardami oceny oraz możliwościami aktywnej interwencji w przypadku zaobserwowania odchyleń pomiędzy aktualnymi osiągnięciami a standardami.
- W warunkach niejednoznaczności i zmienności celów częstsze i intensywniejsze śledzenie postępów realizacji założeń i zadań oraz ich bieżące aktualizowanie jest warunkiem poprawy wyników szpitala. Jak wykazano, istnieje nieliniowa zależność pomiędzy kontrolą diagnostyczną a wynikami szpitala, co można wyrazić równaniem: $W = 0{,}41 \cdot KD + 0{,}12 \cdot KD2$. Oznacza to, że zintensyfikowanie diagnostycznego wykorzystania systemu informacyjnego powoduje nieproporcjonalnie większą poprawę wyników. Taka opisana w literaturze relacja (Tannenbaum, 1962, s. 256; Likert, 1960; Likert, 1958; McMahon & Perritt, 1973, s. 627; Tessier & Otley, 2012, s. 175) w szpitalach publicznych może wynikać z tego, że intensywna kontrola

[2] Mediacja oznacza, że wpływ skuteczności systemu informacyjnego na wyniki nie jest bezpośredni, ale wynika z pośrednictwa innych zmiennych.

czyni pracowników bardziej uległymi wobec kontroli i wpływa na wzrost ich zaangażowania, motywacji i produktywności.

- Kontrola diagnostyczna wymaga wykorzystania systemu informacyjnego do uczenia się organizacji i wspierania dialogu w celu identyfikacji, priorytetyzacji i opracowywania sposobów osiągania celów, ale z uwagi na niejednoznaczność i sektorowość celów w szpitalach publicznych uzgodnienie wspólnej strategii, celów i standardów pracy dla całego szpitala jest bardzo trudne.
- Zidentyfikowany w trakcie badań negatywny wpływ kontroli interaktywnej na wyniki oznacza, że próby prowadzenia dialogu w szpitalu poprzez częste i osobiste angażowanie się dyrektora naczelnego w decyzje podejmowane przez profesjonalistów są kontrproduktywne. Innymi słowy, taki dialog nie tylko nie poprawia wyników, ale także w percepcji dyrektorów prowadzi do ich pogorszenia.
- Na wyniki szpitali publicznych najsilniej wpływa innowacyjność. Innowacyjność pozwala bowiem na lepsze dostosowanie procesów organizacyjnych do środowiska, w którym funkcjonuje szpital. Ten aspekt wydaje się być pomijany w literaturze w kontekście kontroli. W literaturze przedmiotu relatywnie najczęściej kontrola jest kojarzona z wyznaczaniem celów i monitorowaniem ich realizacji, co powinno prowadzić do poprawy wyników organizacji. Przeprowadzone badania pokazują natomiast, że wdrażanie lokalnych innowacji, dostosowanych do specyfiki funkcjonowania poszczególnych oddziałów szpitalnych, najsilniej wpływa na wyniki szpitali.
- Stosunkowo słaby wpływ skuteczności systemu informacyjnego na innowacyjność w porównaniu do wpływu tego systemu na kontrolę diagnostyczną i interaktywną (Rysunek 4) wynika z tego, że w trakcie uzgadniania i wypracowywania innowacyjnych rozwiązań, godzących cele i interesy konkurujących logik instytucjonalnych, często dochodzi do oddzielenia praktyk pracy od formalnych struktur, a zatem i od oficjalnych miar efektywności pochodzących z systemu informacyjnego. Dlatego też innowacyjne rozwiązania na poziomie lokalnym, np. pojedynczych oddziałów szpitalnych lub specjalności medycznych, są skuteczniejsze, gdyż ułatwiają osiąganie lokalnych konsensusów między sprzecznymi celami.
- Kluczowym elementem umożliwiającym osiąganie dobrych wyników przez szpital jest wprowadzanie innowacji, zarówno przez dyrektorów, jak i przez profesjonalistów medycznych. Innowacje są indukowane przez dwa czynniki: (1) zaplanowane działania wspierające realizację kluczowych celów organizacyjnych oraz jako (2) element reakcji na niepewność środowiska. Natomiast poziom absorbcji innowacji jest powiązany z zaufaniem dyrektorów do profesjonalistów medycznych i generalnie z zaufaniem pomiędzy podwładnymi a przełożonymi; warto tu uwzględnić opisaną w literaturze właściwość odwzajemniania zaufania (Swärd, 2016, s. 15), a także pozytywną korelację pomiędzy zaufaniem przełożonych do podwładnych i wzajemnym zaufaniem między pracownikami a przełożonymi (T.-Y. Kim i in., 2016, s. 952).
- Poziom zaufania dyrektorów do profesjonalistów medycznych przekłada się na poziom innowacyjności w szpitalu w dwojaki sposób. Po pierwsze, gdy dyrektorzy ufają profesjonalistom, z dużo większą otwartością akceptują przedstawiane przez nich pomysły i z większym zaangażowaniem wspierają wdrażanie tych pomysłów. Po drugie, zaufanie zwiększa zakres swobody, jaką naczelne kierownictwo daje profesjonalistom w obszarze

samodzielnego wprowadzania innowacji, przy czym przyzwolenie na wprowadzanie innowacji dotyczy zarówno bieżących codziennych decyzji, jak i większych zmian „strategicznych" w obrębie technologii, organizacji, zarządzania, relacji z innymi komórkami szpitala i zewnętrznymi interesariuszami. Zaufanie profesjonalistów do dyrektora pomaga im natomiast podejmować bardziej innowacyjne działania, zmniejszając obawy przed negatywnymi skutkami w przypadku niepomyślnych rezultatów innowacji.

- Dla złożonych i nieprogramowalnych procesów pracy w szpitalach ani kontrola wyników, ani kontrola zachowania nie są wystarczająco skuteczne, a w ich miejsce mogą się pojawiać ceremonialne lub rytualne formy kontroli. Z założenia bowiem istnieje zgodność pomiędzy menedżerami i profesjonalistami co do pożądanych wyników opieki nad pacjentem, jednak różnice są skutkiem postrzegania sposobu osiągania tych wyników. W takich okolicznościach decyzje mogą podejmować jedynie profesjonaliści, na podstawie swojej wiedzy i doświadczenia, do których menedżerowie nie mają dostępu. Dlatego dyrektorzy nie mogą w tych decyzjach w pełni uczestniczyć nawet w postaci kontroli interaktywnej. Aby uniknąć ceremonialnej lub rytualnej kontroli, menedżerowie poszukują porozumień z profesjonalistami i sektorowych innowacyjnych rozwiązań zapewniających pewien poziom efektywności, często prowadząc do oddzielenia codziennych praktyk od formalnych struktur.
- Pozytywny wpływ postrzeganej niepewności środowiska na innowacyjność wynika ze stymulującej i inicjującej roli niepewności w poszukiwaniu nowatorskich sposobów realizacji celów w reakcji na pojawiające się ryzyka. Menedżerowie w odpowiedzi na niepewność środowiska są bardziej skłonni do współpracy i negocjacji z profesjonalistami w zakresie poszukiwania wspólnych rozwiązań. W tym kontekście istotną rolę odgrywa też zaufanie menedżerów do profesjonalistów, które pozwala stronom na porozumiewanie się w bardziej otwarty sposób i tym samym sprzyja tworzeniu rozwiązań uwzględniających oddzielenie codziennych praktyk od formalnych struktur.
- Model kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych pokazuje, że innowacyjność ma największy pozytywny wpływ na wyniki, gdy organizacyjni aktorzy, przymuszani niepewnością środowiska do poszukiwania innowacyjnych rozwiązań, dysponują właściwymi informacjami i okazują sobie wzajemnie zaufanie. W sytuacji gdy nie funkcjonuje skuteczny system informacyjny, nie ma też możliwości podejmowania właściwych decyzji ani adekwatnych działań przez organizacyjnych aktorów, pomimo postrzeganej niepewności otoczenia i wysokiego zaufania. Oczywiście niektóre decyzje mogą być trafne pomimo braku informacji, jednakże prawdopodobieństwo podejmowania takich decyzji w sytuacji niedoboru informacji jest niższe. Warto zwrócić też uwagę na fakt, że w przypadku braku informacji identyfikacja problemów i niepewności może być upośledzona.
- Z perspektywy instytucjonalnej zaufanie jest konieczne, ponieważ oddzielenie codziennych procesów pracy od formalnych struktur w taki sposób, aby było to korzystne dla organizacji, wymaga daleko idącej współpracy. Zgodnie z oczekiwaniami rządu i instytucji finansujących świadczenia zdrowotne, menedżerowie powinni obniżać koszty leczenia i zapewniać stabilność finansową swoim placówkom poprzez kwestionowanie autonomii lekarzy i nakłanianie ich do większej wydajności i mniej kosztownego leczenia. Jednak jedynym sposobem, w jaki menedżerowie mogą zapewnić stabilność finansową szpitalom, jest współpraca z lekarzami, ponieważ tylko lekarze mogą faktycznie wykonywać świadczenia medyczne i decydować o ich

kosztach, a także, w pewnym zakresie, o wysokości zapłaty za te świadczenia, czyli o przychodach szpitala.

- Lekarze, będąc zainteresowani dobrymi wynikami leczenia, które w wielu sytuacjach wymaga znacznych nakładów finansowych, godzą się na poszukiwanie lokalnych innowacyjnych rozwiązań, których celem są zwiększone przychody szpitali. Aby uzyskać większe przychody, dyrektorzy szpitali i lekarze mogą współpracować w co najmniej trzech obszarach: regulacji liczby i rodzaju pacjentów przyjmowanych do szpitala, udzielania większej liczby rentownych świadczeń i modyfikowania takich parametrów, jak długość pobytu oraz liczba i zakres wykonywanych procedur medycznych pod kątem zwiększonych przychodów (korzystniejszego rozliczenia) z płatnikiem za usługi zdrowotne.
- Profesjonaliści medyczni również są zainteresowani podtrzymywaniem oddzielenia codziennych praktyk od formalnych struktur. Z jednej strony umożliwia im to skuteczniejsze praktykowanie medycyny i osiąganie lepszych efektów zdrowotnych u indywidualnych pacjentów, a z drugiej strony podtrzymuje legitymizację społeczną profesji, opartą na etosie służby społecznej. Ponadto to oddzielenie pozwala na łatwiejsze osiąganie kompromisów i łagodzenie konfliktów między menedżerami a lekarzami, które niewątpliwie pojawiłyby się w trakcie realizacji celów organizacyjnych, w szczególności zmierzających do redukcji kosztów.
- Badania pokazały, że formalne struktury i metody kontroli menedżerskiej, odzwierciedlające wzorce efektywności ustanowione i rozpoznawane w szerszym systemie społecznym, zidentyfikowane w dokumentacji szpitali podczas badań jakościowych, nie były całkowicie „swobodnie wybierane" przez dyrektorów, ale przynajmniej częściowo narzucone przez otoczenie. Szpitale przyjmowały te rozwiązania, chociaż były świadome ich niskiej skuteczności, w celu uzyskania zewnętrznej legitymizacji jako organizacji „racjonalnej" i „wydajnej".

Wymienione powyżej najważniejsze konstatacje będące rezultatem przeprowadzonych badań pokazują, że zaproponowany model kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych jest podejściem, w którym ujęto wiele obszarów, relacji i specyficznych uwarunkowań działania szpitali publicznych. Co prawda konstrukty znajdujące się w zaproponowanym modelu są znane i niektóre z nich zostały szeroko opisane w literaturze, jednak zidentyfikowane powiązania pomiędzy konstruktami i teoretyczne wyjaśnienia tych powiązań pozwalają uznać, że model jako całość jest nową i unikalną propozycją rozumienia kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. W tym też kontekście istotne wydaje się to, że do tej pory środowisko naukowe nie opracowało kompleksowej koncepcji kontroli w szpitalach publicznych, a jednocześnie przedstawiony w monografii model istotnie odbiega od wcześniej proponowanych ogólnych modeli kontroli (E. G. Flamholtz i in., 1985; E. Flamholtz, 1996; Haustein i in., 2014; Kruis, 2008; Malmi & Brown, 2008; Merchant & Van der Stede, 2017; Ouchi, 1979; Simons, 1995; Simons, 2014), co oznacza, że jako nowa teoria wymaga on dalszych badań, które powinny być prowadzone przez reprezentantów różnych dyscyplin naukowych.

Ograniczenia przeprowadzonych badań i kierunki dalszych prac

Przedstawione w monografii rozważania torują drogę dalszym badaniom w obszarze kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. Skupienie uwagi na możliwości rozpatrywania kontroli menedżerskiej z perspektywy instytucjonalnej, a nie tylko organizacyjnej, pozwala na pogłębienie

rozumienia problematyki inicjowania, rozwoju, funkcjonowania i implikacji kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. Należy jednak także zwrócić uwagę na ograniczenia związane zarówno z samym modelem, jak i z procesem badawczym. Pomimo bowiem dochowania należytej staranności, zapewniającej obiektywizm i rygor badań, model cechuje się ograniczeniami wynikającymi ze złożoności i wieloaspektowości nauk o zarządzaniu. To z kolei wynika z braku możliwości wskazania kompletnej listy czynników i występujących między nimi powiązań determinujących poszczególne zjawiska w modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych. Doskonalenie kontroli menedżerskiej na podstawie zaproponowanego modelu należy zatem traktować jako działanie kluczowe, ale jednocześnie stanowiące pewną część szeroko rozumianego ogółu, przesądzające o możliwości wykorzystania proponowanej teorii w procesach usprawniania przedmiotowych organizacji. Z tego też powodu zaproponowany model pozwala na wskazanie szeregu istotnych obszarów dalszych badań, które służyć będą pogłębieniu wiedzy o kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.

Poczynione spostrzeżenie znajduje swój specyficzny wyraz w potrzebie pogłębienia badań dotyczących wykrytej w dociekaniach empirycznych zależności pomiędzy szpitalnym systemem informacyjnym i jego interaktywnym wykorzystaniem negatywnie rzutującym na wyniki szpitali. W monografii wskazano co prawda kilka przyczyn negatywnego wpływu kontroli interaktywnej na wyniki, ale należy dostrzec możliwość istnienia większej liczby przyczyn tego zjawiska, co wynika choćby z faktu, że literatura naukowa również w sposób niewystarczający rozpoznaje zależności pomiędzy innowacyjnością pochodzącą z różnych źródeł (intencjonalną, półintencjonalną i *bricolage*) a wynikami szpitali. Głębszej analizy wymagają też związki pomiędzy niepewnością środowiska i innowacyjnością. Istotną wartość dodaną w tym obszarze można wypracować w ramach dyskusji dotyczącej wpływu postrzeganej niepewności nie tylko na dyrektorów szpitali, ale również na pracowników, w szczególności lekarzy. Podobnie głębszej analizy wymagają związki zaufania i innowacyjności. O ile bowiem istnieją liczne badania nad zaufaniem podwładnych do przełożonych, o tyle odwrotny kierunek zaufania jest praktycznie niezbadany. W literaturze dotyczącej zaufania brakuje badań związanych z tą problematyką. Zatem prowadzenie badań w obszarze ogólnie pojętego zaufania organizacyjnego i w szczególności zaufania interpersonalnego może być interesującym polem dociekań, nie sposób bowiem analizować kontroli menedżerskiej, gdy nie rozumie się mechanizmów działania zaufania. Przyjęcie takiej perspektywy w dalszych badaniach w szpitalach publicznych pozwoli na uchwycenie efektów działania kontroli menedżerskiej zarówno z perspektywy organizacji, jak i z perspektywy jednostki.

Opisane w monografii rezultaty badań dostarczają wglądu w ważną rolę mediacyjną kontroli interaktywnej i diagnostycznej oraz innowacyjności pomiędzy systemem informacyjnym a wynikami szpitala. W toku dalszych badań uzasadnione wydaje się zatem rozważenie innych aspektów systemu zarządzania szpitalem i/lub ich roli mediacyjnej w poprawie skuteczności osiągania celów organizacyjnych. Należy również zauważyć, że kontrola menedżerska jest bardzo złożonym zagadnieniem, a przedstawione w niniejszej monografii badania objęły tylko obszary kontroli menedżerskiej związane z formalnymi mechanizmami kontroli, pominięto natomiast – z założenia – obszary związane z rolą kultury organizacyjnej, ideologii, kontroli klanowej, charakterystycznej dla profesjonalistów medycznych oraz zaufania jako bezpośrednich mechanizmów kontroli.

Estymacja pierwotnego (koncepcyjnego) modelu (rysunek 3) wyeliminowała zmienną nagradzanie pracowników z uwagi na brak istotnych statystycznie powiązań z pozostałymi konstruktami. Nie wyklucza to jednak powiązań z innymi konstruktami, których nie zidentyfikowano – choć występują

w praktyce kontroli menedżerskiej – w ramach przyjętej metody badawczej. Wątek ten wydaje się istotny i powinien być nadal badany, a zatem dalsza uwaga badaczy powinna być kierowana na opracowanie modelu, który uwzględni również te dodatkowe wymiary kontroli. Podstawowym i, jak się wydaje, przy obecnym stanie nauki w tym obszarze nieusuwalnym problemem prowadzenia badań na polu zarządzania szpitalami są również istotne ograniczenia dotyczące możliwości oceny funkcjonowania szpitala i uzyskiwanych wyników. Znaczna część środowiska naukowego w jednym jest zgodna: że nie można oceniać szpitala jedynie na podstawie wskaźników finansowych. W kontekście przedstawionych badań i obecnego stanu wiedzy przyjęty w pracy model oceny wyników szpitala wydaje się optymalny. Należy jednak pamiętać, że w zastosowanym modelu pomiarowym dyrektorzy, oceniając wyniki szpitala, w zasadzie oceniali wyniki własnej aktywności. Pomimo oczywistych słabości, model samooceny wyników jest powszechnie stosowany nie tylko w obszarze szpitali, ale również przedsiębiorstw. Należałoby jednak zintensyfikować badania nad poszukiwaniem bardziej obiektywnych metod pomiaru i oceny wyników szpitali i w tym kontekście weryfikować rozwiązania przedstawionego tu modelu.

Ważnym ograniczeniem wynikającym z przyjętej w niniejszej monografii metodyki jest fakt przeprowadzenia badań tylko wśród dyrektorów naczelnych szpitali. Poszerzenie zakresu i weryfikacja modelu w dalszych badaniach powinny pozwolić na wzmocnienie stawianych tu hipotez poprzez zwrócenie się do alternatywnych respondentów, na przykład do kierowników komórek organizacyjnych, a nawet do wszystkich lekarzy. Można oczywiście podejmować badania również wśród innego personelu (np. wśród losowo wybranych pracowników na wszystkich szczeblach struktury organizacyjnej), jednakże wyniki takich badań należałoby interpretować z uwzględnieniem faktu, że znaczna część pracowników funkcjonuje niejako pod kierownictwem lekarzy, realizując ich zlecenia i wspierając ich pracę jako głównych decydentów w procesach leczniczych w szpitalach.

Podejmowanie dalszych badań powinno również dotyczyć innych rozstrzygnięć, które w przyjętym tu rozwiązaniu mogą stanowić ograniczenia metodyczne, ale zarazem mogą przesądzić o możliwości wielokierunkowej weryfikacji modelu. W szczególności dotyczy to pomiaru zmiennych. Wszystkie bowiem konstrukty użyte w tym badaniu wymagały opracowania przyrządów pomiarowych. Chociaż zatem starannie opracowano i oceniono właściwości instrumentów, ich dalsze testowanie w innych badaniach stanowić będzie istotną wartość dodaną dla wiedzy z zakresu kontroli menedżerskiej w szpitalach. Stosowanie formatywnych (kompozytowych) modeli pomiarowych z jednej strony pozwala na dokładniejsze ich odzwierciedlenie w danym kontekście, np. w polskim systemie ochrony zdrowia, ale z drugiej strony ta zależność od kontekstu sprawia, że trudno przenieść tego typu operacjonalizację na inne warunki. Jaskrawym tego przykładem może być zmienna niepewność, która dotyczy problemów obserwowanych w polskich szpitalach, ale jej międzynarodowe uogólnienie powinno być nadal badane. Co istotne, od problemów z definiowaniem i operacjonalizacją nie są wolne również konstrukty refleksyjne. Na przykład negatywny wpływ kontroli interaktywnej na wyniki szpitala może także wynikać ze sposobu operacjonalizacji tej zmiennej, to znaczy z określenia jej domeny znaczeniowej. Na problem z jednoznaczną definicją tego konstruktu zwrócono uwagę w treści monografii.

Ważnym czynnikiem rozszerzającym przedstawione w monografii badania, zapewniającym zwiększone możliwości ich uogólnienia, jest również replikacja badań ilościowych w szpitalach w innych krajach, w różnych systemach ochrony zdrowia. Chociaż ograniczenie badania do jednego systemu ochrony zdrowia umożliwia pośrednią kontrolę nad potencjalnie zakłócającymi lokalnymi czynnikami, to badania w innych systemach ochrony zdrowia zwiększyłyby potencjał zaproponowanego modelu.

Replikacja tego badania w innych krajach pozwoliłaby określić, czy hipotetyczne relacje utrzymują się w różnych systemach ochrony zdrowia i kontekstach kulturowych.

Pogłębionej analizy wymagają również nieliniowe relacje pomiędzy zmiennymi kontrola diagnostyczna i wyniki, skuteczność SI i innowacyjność oraz skuteczność SI i kontrola diagnostyczna. W opisywanych badaniach analizie teoretycznej na podstawie wcześniejszych badań poddano tylko nieliniową zależność pomiędzy zmiennymi kontrola diagnostyczna i wyniki jako relację o zdecydowanie największym współczynniku kwadratowym i wielkości efektu f^2. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że wzrost kontroli diagnostycznej prowadzi do wykładniczej poprawy wyników, rodzą się pytania, gdzie leży granica tego wzrostu i jakie mogą być negatywne efekty ciągłego wzmacniania kontroli diagnostycznej. W dalszych badaniach należy również potwierdzić kwadratowy wzrost innowacyjności wraz ze wzrostem skuteczności SI ($I = 0{,}46 \cdot SSI + 0{,}06 \cdot SSI2$) oraz nieliniowy spadek kontroli diagnostycznej wraz ze wzrostem skuteczności SI sugerowany w niniejszych badaniach. Ważne w tym przypadku jest nie tylko potwierdzenie nieliniowości, ale również teoretyczna interpretacja. Na przykład – czy wzrost skuteczności SI powoduje pewien nadmiar informacji (szum informacyjny), który prowadzi do spadku kontroli diagnostycznej.

Podsumowując, należy stwierdzić, że pomimo potencjalnych trudności związanych z budową modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych, w badaniu podjęto próbę opracowania kompleksowego modelu tego zagadnienia. Obawy związane z trudnościami pomiarowymi zmiennych i konstrukcją modelu w tym badaniu są nieco łagodzone przez uzyskane teoretycznie spójne wyniki. Jest to jednak racjonalizacja *post hoc*, a walidacja instrumentów pomiarowych i modelu strukturalnego wymaga dalszych prac, które zweryfikują wskazane tu ograniczenia i pozwolą na uogólnienie zaproponowanego modelu na szpitale funkcjonujące w różnych warunkach środowiska zewnętrznego i wewnętrznego, zapewniając sprawność systemu kontroli menedżerskiej i jej przełożenie na sukces tych organizacji.

Wkład do nauk o zarządzaniu i jakości

Praca, według subiektywnej oceny jej autora, wnosi wkład w rozwój dyscypliny nauk o zarządzaniu i jakości w zakresie teoriopoznawczym, empirycznym i metodycznym.

1) W zakresie teoriopoznawczym:

a. Identyfikuje specyficzne cechy szpitali publicznych i ich otoczenia, w szczególności wskazuje czynniki oddziałujące na funkcjonowanie szpitali, w tym te wpływające na złożoność zarządzania szpitalami i sytuację finansową tych organizacji.
b. Określa rolę profesji medycznej (szczególnie lekarzy) i opisuje złożoność relacji pomiędzy profesjonalistami medycznymi a menedżerami (dyrektorami szpitali) w świetle coraz większej presji na kwestie ekonomiczne.
c. Pokazuje różnice pomiędzy rolą lekarza i menedżera oraz konsekwencje występowania w szpitalach dwóch porządków biurokratycznych: weberowskiego i profesjonalnego.
d. Zwraca uwagę na nurt instytucjonalny w naukach społecznych, a w szczególności na koncepcję logik instytucjonalnych i w tym świetle ukazuje relacje pomiędzy lekarzami a dyrektorami szpitali.
e. Identyfikuje efekty dotychczasowych działań podejmowanych przez różne kraje na rzecz poprawy sprawności systemu ochrony zdrowia, w tym szpitali, z uwzględnieniem reform przeprowadzonych w Polsce.

f. Systematyzuje dotychczasowy dorobek naukowy w zakresie kontroli z uwzględnieniem badań dotyczących szpitali publicznych.
g. Formułuje nową definicję kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
h. Buduje teoretyczne podstawy dla interpretacji powiązań pomiędzy elementami kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.

2) W zakresie metodycznym:
   a. Przedstawia uwarunkowania doboru:
      i. strategii badań kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych,
      ii. estymatora modelu ścieżkowego kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
   b. Rozwija metody operacjonalizacji konstruktów modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.

3) W kontekście empirycznym:
   a) Identyfikuje rzeczywiste praktyki w zakresie kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
   b) Identyfikuje główne elementy (konstrukty) kontroli menedżerskiej i ich wzajemne relacje oraz związki z wynikami szpitali publicznych.
   c) Proponuje autorski model kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.
   d) Szacuje siłę, kierunki i charakter (liniowy lub nieliniowy) zależności pomiędzy elementami (konstruktami) modelu kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych.

Wyniki przeprowadzonych badań mogą także być zastosowane w praktyce gospodarczej. Po pierwsze, mogą one zostać wykorzystane do doskonalenia funkcjonowania kontroli menedżerskiej w szpitalach publicznych i tym samym wpływać na poprawę wyników uzyskiwanych przez te organizacje. Po drugie, mogą one być przydatne dla osób zajmujących się zarządzaniem w szpitalach publicznych. Dotyczy to nie tylko dyrektorów naczelnych, ale również innych menedżerów (zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, kierowników komórek organizacyjnych medycznych i niemedycznych), gdyż pozwolą im zrozumieć sposób funkcjonowania kontroli w ich placówkach.

Bibliografia

Abernethy, M. A., Chua, W. F., Grafton, J., & Mahama, H. (2006). Accounting and Control in Health Care: Behavioural, Organisational, Sociological and Critical Perspectives. W C. S. Chapman, Hopwood Anthony G., & M. D. Shields (Red.), *Handbooks of Management Accounting Research* (T. 2, s. 805–829). Elsevier.

Adamiecki, K. (1927). Kontrola jako zasada naukowej organizacji. *Przegląd Organizacji*, *5*.

Afsar, B., Badir, Y., & Khan, M. M. (2015). Person–job fit, person–organization fit and innovative work behavior: The mediating role of innovation trust. *The Journal of High Technology Management Research*, *26*(2), 105–116. https://doi.org/10.1016/j.hitech.2015.09.001

Afsar, B., Cheema, S., & Bin Saeed, B. (2018). Do nurses display innovative work behavior when their values match with hospitals' values? *European Journal of Innovation Management*, *21*(1), 157–171. https://doi.org/10.1108/EJIM-01-2017-0007

Andersson, T., & Liff, R. (2018). Co-optation as a response to competing institutional logics: Professionals and managers in healthcare. *Journal of Professions and Organization*, *5*(2), 71–87. https://doi.org/10.1093/jpo/joy001

Babbie, E. (2013). *Podstawy badań społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Becker, J.-M., Rai, A., Ringle, C. M., & Völckner, F. (2013). Discovering Unobserved Heterogeneity in Structural Equation Models to Avert Validity Threats. *MIS Quarterly*, *37*(3), 665–694.

Becker, J.-M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., & Völckner, F. (2015). How collinearity affects mixture regression results. *Marketing Letters*, *26*(4), 643–659. https://doi.org/10.1007/s11002-014-9299-9

Benitez, J., Henseler, J., Castillo, A., & Schuberth, F. (2020). How to perform and report an impactful analysis using partial least squares: Guidelines for confirmatory and explanatory IS research. *Information & Management*, *57*(2), 103168. https://doi.org/10.1016/j.im.2019.05.003

Bentler, P. M., & Huang, W. (2014). On Components, Latent Variables, PLS and Simple Methods: Reactions to Rigdon's Rethinking of PLS. *Long Range Planning*, *47*(3), 138–145. https://doi.org/10.1016/j.lrp.2014.02.005

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, *3*(2), 77–101.

Cheah, J.-H., Roldán, J. L., Ciavolino, E., Ting, H., & Ramayah, T. (2020). Sampling weight adjustments in partial least squares structural equation modeling: Guidelines and illustrations. *Total Quality Management & Business Excellence*, *0*(0), 1–20. https://doi.org/10.1080/14783363.2020.1754125

Covaleski, M. A., Dirsmith, M. W., & Michelman, J. E. (1993). An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations. *Accounting, Organizations and Society*, *18*(1), 65–80. https://doi.org/10.1016/0361-3682(93)90025-2

Creswell, J. W. (2013). *Projektowanie badań naukowych: Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (Adobe Digital Edition). Sage publications.

Czakon, W. (2020). Zastosowanie studiów przypadków w badaniach nauk o zarządzaniu. W W. Czakon (Red.), *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu* (Wydanie III, s. 189–210). Wydawnictwo Nieoczywiste.

Dijkstra, T. K., & Henseler, J. (2015). Consistent and asymptotically normal PLS estimators for linear structural equations. *Computational Statistics & Data Analysis*, *81*, 10–23. https://doi.org/10.1016/j.csda.2014.07.008

Eisenhardt, K. M. (1985). Control: Organizational and Economic Approaches. *Management Science*, *31*(2), 134–149.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, *14*(4), 532–550. https://doi.org/10.5465/AMR.1989.4308385

Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: Opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, *50*(1), 25–32. https://doi.org/10.5465/AMJ.2007.24160888

Flamholtz, E. (1996). Effective organizational control: A framework, applications, and implications. *European Management Journal*, *14*(6), 596–611.

Flamholtz, E. G., Das, T. K., & Tsui, A. S. (1985). Toward an integrative framework of organizational control. *Accounting, Organizations and Society*, *10*(1), 35–50.

Geisser, S. (1974). A predictive approach to the random effect model. *Biometrika*, *61*(1), 101–107. https://doi.org/10.1093/biomet/61.1.101

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2009). *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategia badania jakościowego*. Zakład wydawniczy „NOMOS".

Glinka, B., & Czakon, W. (2021). *Podstawy badań jakościowych*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C., & Sarstedt, M. (2016). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. SAGE Publications.

Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*, *31*(1), 2–24. https://doi.org/10.1108/EBR-11-2018-0203

Hair, J. F., Sarstedt, M., & Ringle, C. M. (2019). Rethinking some of the rethinking of partial least squares. *European Journal of Marketing*, *53*(4), 566–584. https://doi.org/10.1108/EJM-10-2018-0665

Hair Jr, J. F. (2020). Next-generation prediction metrics for composite-based PLS-SEM. *Industrial Management & Data Systems*, *121*(1), 5–11. https://doi.org/10.1108/IMDS-08-2020-0505

Haustein, E., Luther, R., & Schuster, P. (2014). Management control systems in innovation companies: A literature based framework. *Journal of Management Control*, *24*(4), 343–382. https://doi.org/10.1007/s00187-014-0187-5

Henri, J.-F. (2006). Management control systems and strategy: A resource-based perspective. *Accounting, Organizations and Society*, *31*(6), 529–558. https://doi.org/10.1016/j.aos.2005.07.001

Henseler, J., Dijkstra, T. K., Sarstedt, M., Ringle, C. M., Diamantopoulos, A., Straub, D. W., Ketchen, D. J., Hair, J. F., Hult, G. T. M., & Calantone, R. J. (2014). Common Beliefs and Reality About PLS: Comments on Rönkkö and Evermann (2013). *Organizational Research Methods*, *17*(2), 182–209. https://doi.org/10.1177/1094428114526928

Henseler, J., Hubona, G., & Ray, P. A. (2016). Using PLS path modeling in new technology research: Updated guidelines. *Industrial Management & Data Systems*, *116*(1), 2–20. https://doi.org/10.1108/IMDS-09-2015-0382

Jick, T. D. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, *24*(4), 602. https://doi.org/10.2307/2392366

Kanthi Herath, S. (2007). A framework for management control research. *Journal of Management Development*, *26*(9), 895–915. https://doi.org/10.1108/02621710710819366

Kruis, A.-M. (2008). *Management control system design and effectiveness* [Nyenrode Business Universiteit]. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1441243

Kuc, B. R. (2009). *Kontrola jako funkcja zarządzania*. Difin.

Kuhlmann, E., Burau, V., Correia, T., Lewandowski, R.A., Lionis, C., Noordegraaf, M., & Repullo, J. (2013). "A manager in the minds of doctors:" a comparison of new modes of control in European hospitals. *BMC Health Services Research*, *13*(1), 1. https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-246

Lewandowski, R.A., & Sułkowski, Ł. (2018). New Public Management and Hybridity in Healthcare: The Solution or the Problem? W A. B. Savignon, L. Gnan, A. Hinna, & F. Monteduro (Red.), *Hybridity in the Governance and Delivery of*

Public Services (T. 7, s. 141–166). Emerald Publishing Limited. https://doi.org/10.1108/S2051-663020180000007004

Likert, R. (1958). Measuring organizational performance. *Harvard Business Review*, *36*(2), 41–50.

Likert, R. (1960). Influence and national sovereignty. W J. G. Peatman & E. L. Hartley (Red.), *Festschrift for Gardner Murphy* (s. 214–227). Wiley.

Lohmöller, J.-B. (1989). *Latent Variable Path Modeling with Partial Least Squares*. Physica-Verlag Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-52512-4

Malmi, T., & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package—Opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, *19*(4), 287–300. https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.09.003

McMahon, J. T., & Perritt, G. W. (1973). Toward a contingency theory of organizational control. *Academy of Management Journal*, *16*(4), 624–635.

Merchant, K. A., & Otley, D. T. (2007). A review of the literature on control and accountability. W C. S. Chapman, A. G. Hopwood, & M. D. Shields (Red.), *Handbooks of management accounting research* (T. 2, s. 785–802). Elsevier.

Merchant, K. A., & Van der Stede, W. A. (2017). *Management control systems: Performance measurement, evaluation and incentives* (4 Ed.). Pearson Education.

Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management science*, *26*(3), 322–341.

Miszczyńska, K., & Antczak, E. (2020). *Uwarunkowania zadłużenia szpitali w Polsce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Moryś, J. (2012). List otwarty Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego do Przewodniczącego Rady Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. *Rynek Zdrowia*. http://www.rynekzdrowia.pl/Pliki/118594.html

Ouchi, W. G. (1979). A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms. *Management science*, *25*(9), 833–848.

Ouchi, W. G. (1980). Markets, bureaucracies, and clans. *Administrative science quarterly*, 129–141.

Ringle, C. M., Wende, S., & Becker, J.-M. (2015). *SmartPLS 3*. SmartPLS GmbH. http://www.smartpls.com

Sagan, A. (2015). Modele PLS-PM i ich zastosowania w predykcji i wyjaśnianiu zjawisk ekonomicznych. *Studia i Prace WNEiZ US*, *39/2*, 127–138.

Samuel, S., Dirsmith, M. W., & McElroy, B. (2005). Monetized medicine: From the physical to the fiscal. *Accounting, Organizations and Society*, *30*(3), 249–278.

Schwierz, C. (2016). *Cost-Containment Policies in Hospital Expenditure in the European Union* (DISCUSSION PAPER 037; s. 76). European Commission.

Shmueli, G., Sarstedt, M., Hair, J. F., Cheah, J.-H., Ting, H., Vaithilingam, S., & Ringle, C. M. (2019). Predictive model assessment in PLS-SEM: guidelines for using PLSpredict. *European Journal of Marketing*, *53*(11), 2322–2347.

Simons, R. (1995). *Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal*. Harvard Business Press.

Simons, R. (2014). *Performance measurement and control systems for implementing strategy*. Pearson Education Limited.

Stadhouders, N., Kruse, F., Tanke, M., Koolman, X., & Jeurissen, P. (2019). Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. *Health Policy*, *123*(1), 71–79. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.015

Stańczyk, S. (2020). Triangulacja—Łączenie metod badawczych i urzetelnienie badań. W W. Czakon (Red.), *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu* (Wydanie III, s. 167–188). Wydawnictwo Nieoczywiste.

Stone, M. (1974). Cross-Validatory Choice and Assessment of Statistical Predictions. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, *36*(2), 111–133. https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1974.tb00994.x

Swärd, A. (2016). Trust, Reciprocity, and Actions: The Development of Trust in Temporary Inter-organizational Relations. *Organization Studies*, *37*(12), 1841–1860. https://doi.org/10.1177/0170840616655488

Tannenbaum, A. S. (1962). Control in Organizations: Individual Adjustment and Organizational Performance. *Administrative Science Quarterly*, *7*(2), 236–257. https://doi.org/10.2307/2390857

Tessier, S., & Otley, D. (2012). A conceptual development of Simons' Levers of Control framework. *Management Accounting Research*, *23*(3), 171–185. https://doi.org/10.1016/j.mar.2012.04.003

Veen, M. (2021). Creative leaps in theory: The might of abduction. *Advances in Health Sciences Education*, *26*(3), 1173–1183. https://doi.org/10.1007/s10459-021-10057-8

Weinert, D. J. (2013). *Environment for innovation: Exploring associations with individual disposition toward change, organizational conflict, justice and trust* [Doctor of Philosophy, University of Iowa]. https://doi.org/10.17077/etd.wzjeued4

Yu, Y., Baird, K. M., & Tung, A. (2018). Human resource management in Australian hospitals: The role of controls in influencing the effectiveness of performance management systems. *The International Journal of Human Resource Management*, 1–26. https://doi.org/10.1080/09585192.2018.1511618

Zieleniewski, J. (1972). *Organizacja zespołów ludzkich: Wstęp do teorii organizacji i kierowania*. PWN.

4.2. Pozostały dorobek naukowy

Po uzyskaniu stopnia doktora, moje zainteresowania badawcze koncentrowały się wokół dwóch głównych wątków związanych z zarządzaniem jakością i kontrolą, jako funkcją zarządzania, w tym z systemami oceny i pomiaru dokonań organizacji ochrony zdrowia, w szczególności szpitali publicznych.

Zarządzanie jakością

W obszarze związanym z jakością badałem między innymi uwarunkowania wprowadzania strategii zarządzania jakością, w tym identyfikowałem bariery wdrażania TQM w szpitalach publicznych oraz efekty uzyskiwane przez szpitale w związku z ich certyfikacją za zgodność z normą ISO 9001 i Programem Akredytacji Szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Moje dociekania naukowe koncentrowały się również na możliwości doskonalenia i ewaluacji jakości usług świadczonych przez szpitale oraz poszukiwaniu optymalnych modeli współpracy pomiędzy różnymi systemami zarządzania jakością stosowanymi jednocześnie w szpitalach. W tym nurcie zaproponowaliśmy wspólnie z naukowcami z Litwy oryginalne metody ilościowej analizy ankiet satysfakcji pacjentów, w szczególności metodę oceny związku przyczynowo-skutkowego oraz siły współzależności między poszczególnymi pytaniami ankiet satysfakcji pacjentów ocenianych w skali Likerta. Klasyczna technika DEMATEL została zmodyfikowana pod kątem analizy współzależności między czynnikami w celu określenia siły wpływu i istotności poszczególnych subiektywnych ocen pacjentów, powszechnie stosowanych w placówkach medycznych, na ogólną ewaluację jakości usług danej placówki medycznej.

Do tego obszaru badawczego można zaliczyć również część moich badań związanych z zaufaniem. O ile bowiem satysfakcja czy też doświadczenia pacjentów wiążą się z przeszłymi zdarzeniami i niewiele mówią o skłonności do korzystania z usług danej placówki w przyszłości, o tyle zaufanie wydaje się być wskaźnikiem skierowanym bardziej perspektywicznie. Zaufanie wpływa również na postrzeganie jakości usług i jest istotnym katalizatorem komunikacji pomiędzy świadczeniodawcami a pacjentami.

Zagadnienie jakości w ochronie zdrowia jest ze swej natury silnie związane z medycyną. Dlatego też podejmowałem tematy badawcze, które były ukierunkowane na poszukiwanie sposobów poprawy jakości klinicznej, w szczególności analizując możliwości wdrażania projakościowych inicjatyw, takich jak na przykład opieka zorientowana na osobę (person-centred care), w powiązaniu z ich wpływem na koszty udzielania świadczeń. Generalnie zasadniczym problemem współczesnych systemów ochrony zdrowia w krajach rozwiniętych jest szybszy wzrost kosztów niż PKB. Taka sytuacja w dłuższej perspektywie może prowadzić do negatywnych skutków. Głównym generatorem kosztów w ochronie zdrowia są szpitale, zatem poszukiwanie możliwości ograniczania wzrostu kosztów generowanych przez te organizacje jest ważnym obszarem badawczym. Tą problematyką zajmowałem się w ramach międzynarodowego projektu badawczego pt.: “European Network for cost containment and improved quality of health care” [3], poszukując optymalnych metod ewaluacji najlepszych praktyk organizacji udzielania świadczeń medycznych, teoretycznych modeli ich wdrażania w placówkach medycznych oraz analizując efekty ich rzeczywistej implementacji w szpitalu.

Wdrażanie złożonych koncepcji mających na celu poprawę jakości i ograniczanie kosztów musi być ściśle powiązane z zastosowaniem technologii teleinformatycznych. Zagadnienia te zgłębiałem

[3] (COST Action CA15222), https://www.cost.eu/actions/CA15222/#tabs|Name:management-committee (dostęp: 10.06.2022)

w ramach międzynarodowego projektu pt.: “European Network for the Joint Evaluation of Connected Health Technologies (ENJECT)”. [4] W szczególności badałem zastosowanie technologii teleinformatycznych w obszarze udzielania świadczeń medycznych i poszukiwałem narzędzi pozwalających oceniać ich wpływ na udzielanie świadczeń medycznych.

Najważniejsze publikacje z tego obszaru to:

Swedberg, K., Cawley, D., Ekman, I., Rogers, H. L., Antonic, D., Behmane, D., Björkman, I., Britten, N., Buttigieg, S. C., Byers, V., Börjesson, M., Corazzini, K., Fors, A., Granger, B., Joksimoski, B., **Lewandowski, R.A.,** Sakalauskas, V., Srulovici, E., Törnell, J., … Lloyd, H. M. (2021). Testing cost containment of future healthcare with maintained or improved quality—The COSTCARES project. Health Science Reports (ISSN 2398-8835), 4(2). https://doi.org/10.1002/hsr2.309.

Lewandowski, R.A., Goncharuk, A. G., & Cirella, G. T. (2021). Restoring patient trust in healthcare: Medical information impact case study in Poland. BMC Health Services Research (ISSN 1472-6963), 21(1), 865. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06879-2.

Lewandowski, R.A., Lewandowski, J. B., Ekman, I., Swedberg, K., Törnell, J., & Rogers, H. L. (2021). Implementation of Person-Centered Care: A Feasibility Study Using the WE-CARE Roadmap. International Journal of Environmental Research and Public Health (ISSN 1660-4601), 18(5), 2205. https://doi.org/10.3390/ijerph18052205.

Lewandowski, R.A., Lewandowski, J., & Czaprowski, D. (2020). Opieka zorientowana na osobę jako narzędzie poprawy jakości i powstrzymania wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu (ISSN 2083-4543). https://doi.org/10.26444/monz/120123.

Lloyd, H. M., Ekman, I., Rogers, H. L., Raposo, V., Melo, P., Marinkovic, V. D., Buttigieg, S. C., Srulovici, E., **Lewandowski, R.A.,** & Britten, N. (2020). Supporting Innovative Person-Centred Care in Financially Constrained Environments: The WE CARE Exploratory Health Laboratory Evaluation Strategy. International Journal of Environmental Research and Public Health (ISSN: 1660-4601), 17(9), 3050. https://doi.org/10.3390/ijerph17093050.

Lewandowski, R.A. (2020). The WE-CARE Roadmap: A Framework for Implementation of Person-Centred Care and Health Promotion in Medical Organizations. Journal of Applied Management and Investments (ISSN 2225-3467), 9(3), 120–132.

Kriksciuniene, D., Sakalauskas, V., & **Lewandowski, R.A.** (2019). Evaluating the Interdependent Effect for Likert Scale Items. W: W. Abramowicz & R. Corchuelo (Red.), Business Information Systems Workshops 2019 (T. 373, s. 26–38). Springer Nature. ISBN 978-3-030-04848-8, https://doi.org/10.1007/978-3-030-36691-9_3.

Chouvarda, I., Maramis, C., Livitckaia, K., Trajkovik, V., Burmaoglu, S., Belani, H., Kool, J., **Lewandowski, R.A.,** & The ENJECT Working Group 1 Network. (2019). Connected Health Services: Framework for an Impact Assessment. Journal of Medical Internet Research (ISSN 1438-8871), 21(9), e14005. https://doi.org/10.2196/14005.

Kriksciuniene, D., Sakalauskas, V., & **Lewandowski, R.A.** (2019). Process Mining of Periodic Rating Scale Survey Data Using Analytic Hierarchy Process. W: W. Abramowicz & A. Paschke (Red.), Business Information Systems Workshops 2018 (T. 339, s. 86–95). Springer Nature. ISBN 978-3-030-36690-2, https://doi.org/10.1007/978-3-030-04849-5_8.

Lewandowski, R.A., & Sułkowski, Ł. (2018). New Public Management and Hybridity in Healthcare: The Solution or the Problem? W: A. B. Savignon, L. Gnan, A. Hinna, & F. Monteduro (Red.), Hybridity in the Governance and Delivery of Public Services (T. 7, s. 141–166). Emerald Publishing Limited. ISBN: 978-1-78743-770-8, https://doi.org/10.1108/S2051-663020180000007004.

Lewandowski, R.A., & Sułkowska, J. (2017). Levels of hybridity in healthcare sector. W: J. Teczke & P. Buła (Red.), Management in the time of networks, cross-cultural activities and flexible organizations (s. 147–162). Cracow University of Economics. ISBN: 978-83-947815-1-4

Lewandowski, R.A. (2015). Zarządzanie w praktyce. Certyfikaty Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce. W: M. Kautsch (Red.), Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Nowe wyzwania (Drugie, s. 496–499). Wolters Kluwer Polska. ISBN 978-83-264-3492-1

Lewandowski, R.A. (2015). Jakość certyfikowana. W: M. Kautsch (Red.), Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Nowe wyzwania (Drugie, s. 474–494). Wolters Kluwer Polska. ISBN 978-83-264-3492-1

Lewandowski, R.A. (2012). Narzędzia doskonalenia jakości w ochronie zdrowia. Przedsiębiorczość i Zarządzanie (ISSN 1733-2486), 13(1), 47–61.

Lewandowski, R.A. (2012). Zastosowanie technologii teleinformatycznych do wzmocnienia pozycji pacjentów w systemie ochrony zdrowia. Przedsiębiorczość i Zarządzanie (ISSN 1733-2486), 13(4), 142–153.

Lewandowski, R.A. (2011). Trust in Health Care: Susceptibility to Change. W: M. Chodorek (Red.), Organizational Relations as a Key Area of Positive Organizational Potential (s. 9–25). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. ISBN 978-83-231-2798-0

[4] (COST Action TD1405), https://www.cost.eu/actions/TD1405/#tabs|Name:parties (dostęp: 10.06.2022)

Lewandowski, R.A. (2011). Wpływ cech socjodemograficznych na poziom zaufania w ochronie zdrowia. W: R. Walkowiak & R.A. Lewandowski (Red.), Zarządzanie w ochronie zdrowia: Finanse i zasoby ludzkie (s. 119–134). Wydawnictwo OWSIiZ w Olsztynie. ISBN 978-83-88629-64-8

Lewandowski, R.A. (2011). Zaufanie w ochronie zdrowia. Współczesne Zarządzanie (ISSN 1643-5494), 1, 87–96.

Lewandowski, R.A. (2011). Wpływ poziomu zaufania na korzyści uzyskiwane przez wybrany polski szpital. Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa (ISSN 0860-6846), 1(732), 33–38.

Lewandowski, R.A. (2011). Zastosowanie narzędzi zarządzania jakością w szpitalu. Problemy Jakości (ISSN 0137-8651), 2, 7–12.

Lewandowski, R.A. (2010). X-engineering w ochronie zdrowia. Organizacja i Kierowanie (ISSN 0137-5466), 3(141), 75–91.

Buszko, A., & **Lewandowski, R.A.** (2009). Strategia jakości w ochronie zdrowia. Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa (ISSN 0860-6846), 12(719), 33–41.

Kautsch, M., & **Lewandowski, R.A.** (2009). System certyfikacji jakości usług w systemie ochrony zdrowia. Polityka Społeczna (ISSN 0137-4729), 3(420), 11–16.

Lewandowski, R.A., & Kautsch, M. (2009). Rynek certyfikacji placówek ochrony zdrowia w Polsce. Problemy Jakości (ISSN 0137-8651), 4(41), 23–26.

Lewandowski R.A. (2009). Perspektywy doskonalenia jakości w placówkach ochrony zdrowia. Rocznik Naukowy Wydziału Zarządzania w Ciechanowie, Zeszyt 1-2, Tom III, s. 85-99.

Lewandowski, R.A., & Kautsch, M. (2009). Optymalizacja systemu zarządzania jakością w organizacjach ochrony zdrowia. W: M. Juchniewicz (Red.), Konkurencyjność przedsiębiorstw—Ujęcie mezoekonomiczne (s. 169–174). Katedra Ekonomiki Przedsiębiorstw, Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego. ISBN 978-83-89112-79-8.

Lewandowski, R.A. (2008). Pomiar jakości usług medycznych z wykorzystaniem metody SERVQUAL. Problemy Jakości (ISSN 0137-8651), 40(09), 30–35.

Lewandowski, R.A., & Kowalski, I. (2008). W poszukiwaniu obiektywnych metod pomiaru jakości usług medycznych. W: R.A. Lewandowski (Red.), Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia (s. 253–266). Katedra Organizacji i Zarządzania, Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego. Olsztyn. ISBN 978-83-89112-14-9.

Kontrola jako funkcja zarządzania, w tym systemy oceny i pomiaru dokonań

W ramach tego obszaru badania rozpocząłem od możliwości zastosowania narzędzi pomiaru i oceny dokonań (performance management systems) szpitali publicznych, głównie Zrównoważonej Karty Wyników (ZKW) do poprawy efektywności tych organizacji. W nurcie tym prowadziłem badania, których celem było zrozumienie, w jaki sposób systemy zarządzania i oceny dokonań wpływają na proces tworzenia, wdrażania i realizacji strategii, a także identyfikowałem negatywne efekty stosowania ZKW. Badałem również współdziałanie ZKW z narzędziami doskonalenia jakości, takimi jak normy ISO, Model Doskonałości EFQM (European Foundation for Quality Management) oraz Akredytacja Szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Z zagadnieniem pomiaru i oceny dokonań wiąże się problem kontroli menedżerskiej. Zgłębienie tego tematu w szerszym, europejskim, kontekście umożliwiła mi praca w międzynarodowym projekcie badawczym skupiającym naukowców z 23 krajów pt.: "Enhancing the role of medicine in the management of European health systems - implications for control, innovation and user voice".[5] W ramach tego projektu prowadziłem studia obejmujące m.in. tematykę kontrolowania działalności klinicznej w szpitalach. Badania prowadzone w międzynarodowym zespole zwróciły moją uwagę na kluczową rolę kontroli menedżerskiej w zarządzaniu szpitalami, w szczególności na obszerność i aktualność tego zagadnienia, a także na istotne luki badawcze w tym obszarze, co stanowiło jedną z przyczyn podjęcia starań o pozyskanie środków na dalszą eksplorację tej dziedziny. Uzyskanie z Narodowego Centrum Nauki finansowania projektu badawczego pt.: „Model, typologia i metody pomiaru systemów kontroli w

[5] (COST Action IS0903, 2009-2013), https://www.cost.eu/actions/IS0903/#tabs|Name:management-committee (dostęp: 10.06.2022)

publicznych szpitalach” pozwoliło na szeroko zakrojone badania, których efektem jest między innymi opisywana wcześniej monografia, będąca moim istotnym osiągnięciem naukowym.

W wymienionym obszarze badawczym za istotne wyniki badań uznaję:

1. Zaproponowanie teorii opisującej wpływ systemy zarządzania i oceny dokonań organizacji na proces tworzenia, wdrażania i realizacji strategii.
2. Identyfikację mocnych, a przede wszystkim słabych stron Zrównoważonej Karty Wyników i wpływ tych czynników na funkcjonowanie organizacji.
3. Zaproponowanie modeli kontroli działalności klinicznej w szpitalu.
4. Powiązanie zarządzania wiedzą z kontrolą działalności klinicznej szpitala.
5. Pogłębienie wiedzy związanej ze stosowaniem kontroli opartej o ideologię w organizacjach publicznych i biznesowych.
6. Rozwinięcie modelu kontroli opracowanego przez Teemu Malmi i Davida A. Browna[6].
7. Zaproponowanie modelu kontroli menedżerskiej w szpitalu publicznym (opisanego wcześniej w ramach „znaczącego osiągnięcia”).

Najważniejsze publikacje z tego obszaru to:

Lewandowski, R. A., & Cirella, G. T. (2022). Performance management systems: Trade-off between implementation and strategy development. Operations Management Research. (ISSN: 1936-9735), https://doi.org/10.1007/s12063-022-00305-4.

Lewandowski, R. A. (2022). Kontrola menedżerska i jej wpływ na wyniki szpitali publicznych. Ujęcie modelowe. Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.,. ISBN 978-83-8286-103-7.

Raposo, V., Antonić, D., Nova, A. C., **Lewandowski, R.A.,** & Melo, P. (2022). An Overview of Measurement Systems and Practices in Healthcare Systems Applied to Person-Centred Care Interventions. W D. Kriksciuniene & V. Sakalauskas (Red.), Intelligent Systems for Sustainable Person-Centered Healthcare (T. 205, s. 119–143). Springer International Publishing. ISBN 978-3-030-79352-4, https://doi.org/10.1007/978-3-030-79353-1_7.

Lewandowski, R.A., Goncharuk, A. G., & Fedorowski, J. J. (2020). Ideology, trust, and spirituality: A framework for management control research in industry 4.0 era. W: P. Buła & B. Nogalski (Red.), The Future of Management. Industry 4.0 and Digitalization (s. 72–91). Jagiellonian University Press. ISBN 978-83-233-4859-7

Lewandowski, R.A. (2017). Ideological Control in Public and Business Organizations. Nowoczesne Systemy Zarządzania (ISSN 1896-9380), 12(2), 17–30.

Lewandowski, R.A. (2016). Zrównoważona karta wyników – nowa koncepcja, stare paradygmaty. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu (ISSN 1899-3192), 421, 332–345.

Lewandowski, R.A. (2015). Zrównoważona Karta Wyników jako narzędzie zarządcze. W: M. Kautsch (Red.), Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Nowe wyzwania (Drugie, s. 389–391). Wolters Kluwer Polska. ISBN 978-83-264-3492-1

Lewandowski, R.A. (2014). Cost Control of Medical Care in Public Hospitals – a Comparative Analysis. International Journal of Contemporary Management (ISSN 2449-8920), 13(1), 125–136.

Lewandowski, R.A. (2014). Strategia zarządzania wiedzą jako narzędzie kontroli w szpitalu. Marketing i Rynek (ISSN 1231-7853), 5, 471–476.

Lewandowski, R.A. (2013). Perspective of control in the light of professional and managerial role within health care organisations. Przedsiębiorczość i Zarządzanie (ISSN 1733-2486), 14(10, cz. 1), 215–227.

Kuhlmann, E., Burau, V., Correia, T., **Lewandowski, R.A.,** Lionis, C., Noordegraaf, M., & Repullo, J. (2013). “A manager in the minds of doctors:” a comparison of new modes of control in European hospitals. BMC Health Services Research (ISSN 1472-6963), 13(1), 1. https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-246.

Lewandowski, R.A. (2012). Kontrola w zarządzaniu zmianą. W: Ł. Sułkowski & R. Seliga (Red.), Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce (s. 163–190). Difin. ISBN 978-83-7641-770-7.

Kuhlmann, E., Burau, V., Larsen, C., **Lewandowski, R.A.,** Lionis, C., & Repullo, J. (2011). Medicine and management in European healthcare systems: How do they matter in the control of clinical practice? International Journal of Clinical Practice (ISSN 1742-1241), 65(7), 722-724. https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02665.x.

Lewandowski, R.A. (2010). Zarządzanie przez wartości w organizacjach ochrony zdrowia. Współczesne Zarządzanie (ISSN 1643-5494), 2, 117–127.

[6] Malmi, T., & Brown, D. A. (2008). Management control systems as a package – Opportunities, challenges and research directions. Management Accounting Research, 19(4), 287–300. https://doi.org/10.1016/j.mar.2008.09.003.

Kautsch, M., & **Lewandowski, R.A.** (2009). Stosowanie wybranych planów trwale obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej. W: R.A. Lewandowski, R. Walkowiak, & M. Kautsch (Red.), Współczesne wyzwania menedżerskie w ochronie zdrowia (s. 59–68). Wydawnictwo Olsztyńskiej Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania im. prof. T. Kotarbińskiego. ISBN 978-83-88629-41-9.

Lewandowski, R.A. (2009). Zastosowanie Zrównoważonej Karty Wyników i Modelu Doskonałości EFQM w publicznych organizacjach ochrony zdrowia. Przegląd Organizacji (ISSN 0137-7221), 4(831), 32–36.

Lewandowski, R.A. (2008). Wykorzystanie Zrównoważonej Karty Wyników w organizacjach ochrony zdrowia–studium przypadku. Współczesne Zarządzanie, 4, 84–95.

Badania uzupełniające

Badania w obszarze jakości i kontroli w ochronie zdrowia uzupełniłem dociekaniami obejmującymi systemy ochrony zdrowia, sposoby finansowania świadczeń medycznych i modeli optymalizacji pod kątem efektywności finansowej, profilaktyki i leczenia pacjentów. Ponadto badałem zagadnienia związane z zarządzaniem strategicznym, operacyjnym i produktywnością w zakładach opieki zdrowotnej oraz z uwarunkowaniami kształtowania struktury organizacyjnej ukierunkowanej na procesy i rozwojem zarządzania procesowego w polskich szpitalach. Istotnym elementem zarządzania jakością i kontrolowania są zasoby ludzkie, w szczególności menedżerowie i ich kompetencje, a także mechanizmy podejmowanie decyzji, dlatego również w tych obszarach ogniskowałem swoje zainteresowania naukowe. Poszerzeniem badań prowadzonych w obszarze perspektywy organizacyjnej są publikacje odnoszące się do perspektywy instytucjonalnej, zwracające uwagę na istotną rolę logik instytucjonalnych w placówkach ochrony zdrowia i wynikającą z tego ich hybrydyzację, co ma istotny wpływ na funkcjonowanie kontroli menedżerskiej.

Najważniejsze publikacje z tego obszaru to:

Knezevic, B., **Lewandowski, R.A.,** Goncharuk, A., & Vajagic, M. (2022). Studying the Impact of Human Resources on the Efficiency of Healthcare Systems and Person-Centred Care. W D. Kriksciuniene & V. Sakalauskas (Red.), Intelligent Systems for Sustainable Person-Centered Healthcare (T. 205, s. 145–164). Springer International Publishing. ISBN 978-3-030-79352-4, https://doi.org/10.1007/978-3-030-79353-1_8.

Marinkovic, V., Rogers, H. L., **Lewandowski, R.A.,** & Stevic, I. (2022). Shared Decision Making. W: D. Kriksciuniene & V. Sakalauskas (Red.), Intelligent Systems for Sustainable Person-Centered Healthcare (T. 205, s. 71–90). Springer International Publishing. ISBN 978-3-030-79352-4, https://doi.org/10.1007/978-3-030-79353-1_5.

Goncharuk, A. G., **Lewandowski, R.A.,** & Cirella, G. T. (2020). Motivators for medical staff with a high gap in healthcare efficiency: Comparative research from Poland and Ukraine. International Journal of Health Planning and Management (ISSN 1099-1751). https://doi.org/10.1002/hpm.3037.

Wysocka, M., & **Lewandowski, R.A.** (2017). Key Competences of a Health Care Manager. Journal of Intercultural Management (ISSN 2080-0150), 9(4), 165–184. https://doi.org/10.1515/joim-2017-0026.

Lewandowski, R.A. (2015). Modele systemów opieki zdrowotnej na świecie. W M. Kautsch (Red.), Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Nowe wyzwania (s. 58–67). Wolters Kluwer Polska. ISBN 978-83-264-3492-1.

Lewandowski, R.A. (2011). Financing of therapeutic rehabilitation in the context of other non-invasive medical treatment specialties. Polish Annals Of Medicine (ISSN 1230-8013), 18(1), 188–201.

Lewandowski, R.A. (2011). Will Russia cope with healthcare reform? International Journal of Clinical Practice (ISSN 1742-1241), 65(4), 391–393. https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2010.02627.x.

Lewandowski, R.A. (2010). Uwarunkowania kształtowania struktury organizacyjnej ukierunkowanej na procesy w polskich szpitalach. W: A. Adamik, M. Matejun, & A. Zakrzewska-Bielawska (Red.), Problemy i wyzwania w zarządzaniu organizacjami publicznymi (s. 104–121). Monografie Politechniki Łódzkiej. ISBN 978-83-7283-351-8.

Lewandowski, R.A. (2010). Rozwój zarządzania procesowego w polskich szpitalach. W: T. Wawak (Red.), Komunikacja i jakość w zarządzaniu (s. 359–369). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. ISBN 978-83-233-2935-0.

Kowalski, I. M., Protasiewicz-Faldowska, H., Jozwiak-Grabysa, D., Kiebzak, W., Zarzycki, D., **Lewandowski, R.A.,** & Szarek, J. (2010). Environmental factors predisposing to pain syndromes among adolescent girls with diagnosed idiopathic scoliosis. Journal of Elementology, 15(3), 517–530.

Lewandowski, R.A. (2004). Zarządzanie strategiczne i operacyjne a produktywność w ZOZ na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce. W: M. Grzybowska-Brzezińska (Red.), Zarządzanie i Marketing w Zakładach Opieki Zdrowotnej (s. 52–61). Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. ISBN 83-89112-76-0.

Podsumowując swoje osiągnięcia naukowe mogę stwierdzić, że w oparciu analizę naukometryczną dorobku naukowego z dnia 14.06.2022 r. opracowaną przez Oddział Informacji Naukowej i Czytelni Czasopism, Biblioteka Uniwersytecka, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (pełna analiza znajduje się w załączonych materiałach) oraz uwzględniając artkuł wydany po opracowaniu analizy naukometrycznej, jestem autorem, współautorem lub redaktorem 86 publikacji. Po doktoracie opublikowałem 83 prace, w tym 29 w języku angielskim, a 39 w czasopismach naukowych. Sumaryczny wskaźnik wpływu Impact Factor, czasopism, w których publikowałem wynosi **IF=31,674**, a całkowita liczba punktów **MNiSW = 1563,** w tym przed uzyskaniem stopnia doktora **MNiSW = 10 pkt**.

Dane naukometryczne dotyczące moich publikacji uzyskane z baz naukowych kształtują się następująco:

- **14** prac jest notowanych na liście „**Web of Science Core Collection only**", **91** cytowań, bez autocytowań **87**, h-index = **4**.
- **21** prac jest notowanych w bazie **SCOPUS**, **132** cytowania, bez autocytowań **119**, h-indeks = **6**.
- Wskaźnik cytowań według **Google Scholar** wynosi **432**, h-indeks = **11**, i10-indeks = **13**.
- W bazie **ResearchGate** liczba cytowań wynosi **380**, h-indeks = **9**, h-indeks bez autocytowań = **8**.

5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej

Po uzyskaniu stopnia doktora, istotną działalność naukową realizowałem w ramach współpracy z wieloma polskimi i zagranicznymi jednostkami naukowymi. Uczelnie, na które afiliowałem swoje publikacje naukowe to:

1) Instytut Nauk o Zarządzaniu i Jakości, Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie,
2) Wydział Zarządzania, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi,
3) Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. prof. Tadeusza Kotarbińskiego w Olsztynie.

W ramach staży, projektów naukowych i zespołów badawczych wykonywałem działalność naukową przy współpracy z:

1) **Leeds University Business School** – projekt badawczy: "Enhancing the role of medicine in the management of European health systems - implications for control, innovation and user voice" (2009-2013), pełniona funkcja: członek komitetu zarządzającego, badacz.
2) **University College Dublin** – projekt badawczy: "European Network for the Joint Evaluation of Connected Health Technologies (ENJECT)" (2014-2018), pełniona funkcja: członek komitetu zarządzającego, badacz.
3) **Centre for Person-entred Care, University of Gothenburg** – projekt badawczy: "European Network for cost containment and improved quality of health care" (2016-2021), pełniona funkcja: członek komitetu zarządzającego, wiceprzewodniczący projektu, badacz, staż naukowy.

4) **Faculty of Information Systems and Technologies, University of Donja Gorica, Podgorica, Montenegro** – projekt badawczy: „Artificial Intelligence, Enhanced Person-Centred Care in Neurosurgery" (2019-2021), pełniona funkcja: zewnętrzny ekspert.
5) **Business and Rural Development Management Institute, Aleksandras, Faculty of Economics and Management, Stulginskis University, Kowno, Litwa** – staż naukowy.

Istotną działalność naukową przy współpracy z polskimi i zagranicznymi instytucjami naukowymi, prowadziłem w trakcie realizacji polskich i międzynarodowych projektów badawczych. Pierwszą zagraniczną instytucją badawczą, z którą współpracowałem, była **Leeds University Business School**. Uczestniczyłem w koordynowanym przez tę instytucję projekcie badawczym pt.: "Enhancing the role of medicine in the management of European health systems – implications for control, innovation and user voice" (COST Action IS0903). Projekt był realizowany w latach 2009-2013, brali w nim udział naukowcy z 23 krajów, finansowanie pochodziło ze środków Unii Europejskiej w ramach European Cooperation in Science and Technology. W tym projekcie prowadziłem badania w obszarze praktyk kontroli w szpitalach w krajach europejskich, w rezultacie prowadzonych studiów zostały opublikowane 2 artykuły naukowe:

Kuhlmann, E., Burau, V., Correia, T., **Lewandowski, R.A.,** Lionis, C., Noordegraaf, M., & Repullo, J. (2013). "A manager in the minds of doctors:" a comparison of new modes of control in European hospitals. *BMC Health Services Research* (ISSN 1472-6963), 13(1), 1. https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-246.

Kuhlmann, E., Burau, V., Larsen, C., **Lewandowski, R.A.,** Lionis, C., & Repullo, J. (2011). Medicine and management in European healthcare systems: How do they matter in the control of clinical practice? *International Journal of Clinical Practice* (ISSN 1742-1241), 65(7), 722-724. https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02665.x.

W trakcie badań i publikacji wyników w tym projekcie współpracowałam z naukowcami z następujących jednostek naukowych: (1) Utrecht School of Governance, Utrecht, The Netherlands; (2) Labour and Culture, Institute of Economics, Goethe-University Frankfurt, Frankfurt, Germany; (3) Department of Political Science, University of Aarhus, Aarhus, Denmark; (4) Department of Sociology, University Institute of Lisbon, Lisbon, Portugal; (5) Clinic of Social and Family Medicine, University of Crete, Greece; (6) Institute for Health, Carlos III, Madrid, Spain.

W latach 2014-2018 współpracowałem z **University College Dublin**, która to uczelnia koordynowała międzynarodowy projekt pt.: "European Network for the Joint Evaluation of Connected Health Technologies (ENJECT)" (COST Action TD1405). W projekcie uczestniczyli badacze z 27 krajów i dotyczył on organizacyjnych możliwości wykorzystania technologii teleinformatycznych w procesach leczniczych, w szczególności uwarunkowań stosowania leczenia na odległość (Connected Health). W ramach mojej działalności badawczej zajmowałem się zagadnieniami z obszaru nauk o zarządzaniu i jakości, w szczególności związanymi z organizacyjnymi możliwościami wdrażania innowacyjnych rozwiązań w placówkach medycznych. Na tym polu współpracowałem z naukowcami z: (1) Department of Health Management, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Izmir Katip Celebi University, Izmir, Turkey; (2) Lab of Computing, Medical Informatics and Biomedical Imaging Technologies, School of Medicine, Faculty of Health Sciences, Aristotle University of Thessaloniki, Greece; (3) Faculty of Computer Science and Engineering, Saints Cyril and Methodius University, Skopje, North Macedonia; (4) IT Division, Ministry of Health, Zagreb, Croatia; (5) Rehabilitation Centre Valens, Valens, Switzerland. Efektem współpracy jest model oceny oddziaływania świadczeń medycznych udzielanych z wykorzystaniem technologii "Connected Health" na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Model ten został opublikowany w:

Chouvarda, I., Maramis, C., Livitckaia, K., Trajkovik, V., Burmaoglu, S., Belani, H., Kool, J., **Lewandowski, R.A.,** & The ENJECT Working Group 1 Network. (2019). Connected Health Services: Framework for an Impact Assessment. *Journal of Medical Internet Research* (ISSN 1438-8871), 21(9), e14005. https://doi.org/10.2196/14005.

W latach 2016-2021 współpracowałem z **University of Gothenburg, Centre for Person-centred Care** w ramach projektu badawczego pt.:"European Network for cost containment and improved quality of health care" (CostCares) (COST Action CA15222). W projekcie, w którym uczestniczyli naukowcy z 33 krajów, pełniłem funkcję wiceprzewodniczącego, mając w ten sposób znaczny wpływ na zakres prowadzonych badań. Moja aktywność koncentrowała się na badaniach związanych z poprawą jakości opieki zdrowotnej poprzez zastosowanie Opieki Zorientowanej na Osobę – OZO (Person-centred Care), w połączeniu z powstrzymywaniem wzrostu kosztów. Prace badawcze obejmowały analizę możliwości wdrożenia OZO w placówkach ochrony zdrowia, koncentrując się na identyfikacji czynników wspierających wdrażanie OZO (WE-CARE Roadmap) i barier w tym procesie oraz na efektach wdrożenia podejścia OZO u pacjentów, pracowników i w całej organizacji. W ramach współpracy z polskimi i zagranicznymi ośrodkami badawczymi powstały następujące publikacje:

Lewandowski, R.A., Lewandowski, J. B., Ekman, I., Swedberg, K., Törnell, J., & Rogers, H. L. (2021). Implementation of Person-Centered Care: A Feasibility Study Using the WE-CARE Roadmap. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (ISSN 1660-4601), 18(5), 2205. https://doi.org/10.3390/ijerph18052205.

Swedberg, K., Cawley, D., Ekman, I., Rogers, H. L., Antonic, D., Behmane, D., Björkman, I., Britten, N., Buttigieg, S. C., Byers, V., Börjesson, M., Corazzini, K., Fors, A., Granger, B., Joksimoski, B., **Lewandowski, R.A.**, Sakalauskas, V., Srulovici, E., Törnell, J., … Lloyd, H. M. (2021). Testing cost containment of future healthcare with maintained or improved quality—The COSTCARES project. *Health Science Reports* (ISSN 2398-8835), 4(2). https://doi.org/10.1002/hsr2.309.

Lewandowski, R.A., Lewandowski, J., & Czaprowski, D. (2020). Opieka zorientowana na osobę jako narzędzie poprawy jakości i powstrzymania wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* (ISSN 2083-4543). https://doi.org/10.26444/monz/120123.

Lewandowski, R.A. (2020). The WE-CARE Roadmap: A Framework for Implementation of Person-Centred Care and Health Promotion in Medical Organizations. *Journal of Applied Management and Investments* (ISSN 2225-3467), 9(3), 120–132.

Lloyd, H. M., Ekman, I., Rogers, H. L., Raposo, V., Melo, P., Marinkovic, V. D., Buttigieg, S. C., Srulovici, E., **Lewandowski, R.A.,** & Britten, N. (2020). Supporting Innovative Person-Centred Care in Financially Constrained Environments: The WE CARE Exploratory Health Laboratory Evaluation Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (ISSN: 1660-4601), 17(9), 3050. https://doi.org/10.3390/ijerph17093050.

Knezevic, B., **Lewandowski, R.A.,** Goncharuk, A., & Vajagic, M. (2022). Studying the Impact of Human Resources on the Efficiency of Healthcare Systems and Person-Centred Care. W D. Kriksciuniene & V. Sakalauskas (Red.), *Intelligent Systems for Sustainable Person-Centered Healthcare* (T. 205, s. 145–164). Springer International Publishing. ISBN 978-3-030-79352-4, https://doi.org/10.1007/978-3-030-79353-1_8.

Marinkovic, V., Rogers, H. L., **Lewandowski, R.A.,** & Stevic, I. (2022). Shared Decision Making. W: D. Kriksciuniene & V. Sakalauskas (Red.), *Intelligent Systems for Sustainable Person-Centered Healthcare* (T. 205, s. 71–90). Springer International Publishing. ISBN 978-3-030-79352-4, https://doi.org/10.1007/978-3-030-79353-1_5.

Raposo, V., Antonić, D., Nova, A. C., **Lewandowski, R.A.**, & Melo, P. (2022). An Overview of Measurement Systems and Practices in Healthcare Systems Applied to Person-Centred Care Interventions. W D. Kriksciuniene & V. Sakalauskas (Red.), *Intelligent Systems for Sustainable Person-Centered Healthcare* (T. 205, s. 119–143). Springer International Publishing. ISBN 978-3-030-79352-4, https://doi.org/10.1007/978-3-030-79353-1_7.

Realizując opublikowane badania współpracowałem z naukowcami z następujących ośrodków naukowych: (1) Centre for Business and Economics Research, Faculty of Economics, INESC Coimbra, University of Coimbra, Portugal; (2) Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, Durham, North Carolina, USA; (3) Duke University Heart and Vascular Services, Durham, North Carolina, USA; (4) Department of Health Services Management, Faculty of Health Sciences, University of Malta, Msida, Malta; (5) Faculty of Medicine, Medical University of Warsaw; (6) Centre for Person-Centred Care, University of Gothenburg, Sweden; (7) Department of Molecular and Clinical Medicine, Sahlgrenska Academy, Sweden; (8) Institute of Neuroscience and Physiology, University of Gothenburg, Sweden; (9) Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Barakaldo, Spain; (10) Athlone

Institute of Technology, Athlone, Ireland; (11) Public Health Institute, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina; (12) Institute of Public Health, Riga Stradins University, Riga, Latvia; (13) College of Medicine and Health, University of Exeter Medical School, Exeter, United Kingdom; (14) Environmental Sustainability & Health Institute, Technological University Dublin, Dublin, Ireland; (15) Faculty of Computer Science and Engineering, Skopje, North Macedonia; (16) Vilnius University, Vilnius, Lithuania; (17) Department of Nursing, University of Haifa, Haifa, Israel; (18) Faculty of Health and Human Sciences, School of Psychology, University of Plymouth, Plymouth, United Kingdom; (19) Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, Polska; (20) Faculty of Pharmacy, Department of Social Pharmacy and Pharmaceutical Legislation, University of Belgrade, Serbia; (21) (5) Department of Management, International Humanitarian University, Odessa, Ukraine.

Szerokie kontakty naukowe zdobyte w ramach projektu badawczego pt.: "European Network for cost containment and improved quality of health care" pozwoliły mi także na wspólne złożenie wniosku i uzyskanie dofinansowania na realizację następnego projektu pt.: „Artificial Intelligence, Enhanced Person-Centred Care in Neurosurgery". Ten z kolei projekt był finansowany przez Ministerstwo Zdrowia Czarnogóry, a koordynowany przez **Faculty of Information Systems and Technologies, University of Donja Gorica, Podgorica, Montenegro**, realizowano go w latach 2019-2021 i uczestniczyli w nim naukowcy z University of Donja Gorica oraz University of Vilnius. Badania w ramach tego projektu są jeszcze kontynuowane i nadal opracowywane są publikacje, na czas przygotowywania autoreferatu została opublikowana następująca praca:

Ognjanović, I., **Lewandowski, R.A.,** Šendelj, R., Krikščiūnienė, D., & Eraković, J. (2020). Model Driven Approach for Development of Person-Centred Care in Stroke Rehabilitation. W: *Studies in Health Technology and Informatics* (T. 272, s. 338–341). IOS Press. ISBN 978-1-64368-092-7, https://doi.org/10.3233/SHTI200564.

W ramach projektu pt.: „Model, typologia i metody pomiaru systemów kontroli w publicznych szpitalach", finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki, nr 2015/17/B/HS4/02747 i realizowanego w Społecznej Akademii Nauk w Łodzi, prowadziłem badania w szpitalach polskich, litewskich oraz w szpitalu w Wielkiej Brytanii i Irlandii i współpracowałem z zagranicznymi i polskimi naukowcami. Wynikiem realizacji tego projektu jest nie tylko monografia pod tytułem „Kontrola menedżerska i jej wpływ na wyniki szpitali publicznych. Ujęcie modelowe", będąca głównym prezentowanym tu osiągnięciem naukowym, ale również szereg innych publikacji:

Lewandowski, R.A., Goncharuk, A. G., & Cirella, G. T. (2021). Restoring patient trust in healthcare: Medical information impact case study in Poland. *BMC Health Services Research* (ISSN 1472-6963), 21(1), 865. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06879-2.

Lewandowski, R.A., Goncharuk, A. G., & Fedorowski, J. J. (2020). Ideology, trust, and spirituality: A framework for management control research in industry 4.0 era. W: P. Buła & B. Nogalski (Red.), *The Future of Management. Industry 4.0 and Digitalization* (s. 72–91). Jagiellonian University Press. ISBN 978-83-233-4859-7.

Goncharuk, A. G., **Lewandowski, R.A.**, & Cirella, G. T. (2020). Motivators for medical staff with a high gap in healthcare efficiency: Comparative research from Poland and Ukraine. *International Journal of Health Planning and Management* (ISSN 1099-1751). https://doi.org/10.1002/hpm.3037.

Kriksciuniene, D., Sakalauskas, V., & **Lewandowski, R.A.** (2019). Evaluating the Interdependent Effect for Likert Scale Items. W: W. Abramowicz & R. Corchuelo (Red.), *Business Information Systems Workshops 2019* (T. 373, s. 26–38). Springer Nature. ISBN 978-3-030-04848-8, https://doi.org/10.1007/978-3-030-36691-9_3.

Kriksciuniene, D., Sakalauskas, V., & **Lewandowski, R.A.** (2019). Process Mining of Periodic Rating Scale Survey Data Using Analytic Hierarchy Process. W: W. Abramowicz & A. Paschke (Red.), *Business Information Systems Workshops 2018* (T. 339, s. 86–95). Springer Nature. ISBN 978-3-030-36690-2, https://doi.org/10.1007/978-3-030-04849-5_8

Lewandowski, R.A., Kożuch, A., & Sasak, J. (2018). Kontrola zarządcza w placówkach ochrony zdrowia. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa, ISBN 978-83-8124-273-8.

Lewandowski, R.A., & Sułkowska, J. (2017). Levels of hybridity in healthcare sector. W: J. Teczke & P. Buła (Red.), *Management in the time of networks, cross-cultural activities and flexible organizations* (s. 147–162). Cracow University of Economics. ISBN: 978-83-947815-1-4.

Lewandowski, R.A., & Sułkowski, Ł. (2018). New Public Management and Hybridity in Healthcare: The Solution or the Problem? W: A. B. Savignon, L. Gnan, A. Hinna, & F. Monteduro (Red.), *Hybridity in the Governance and Delivery of Public Services* (T. 7, s. 141–166). Emerald Publishing Limited. ISBN: 978-1-78743-770-8, https://doi.org/10.1108/S2051-663020180000007004.

Wysocka, M., & **Lewandowski, R.A.** (2017). Key Competences of a Health Care Manager. *Journal of Intercultural Management* (ISSN 2080-0150), *9*(4), 165–184. https://doi.org/10.1515/joim-2017-0026.

W trakcie realizacji tego projektu współpracowałem z naukowcami z (1) Instytutu Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego; (2) Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego; (3) Wydziału zarządzania Społecznej Akademii Nauk w Łodzi; (4) Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach; (5) Department of Management, International Humanitarian University, Odessa, Ukraine.

Obecnie, tj. od 2022 r. współpracuję z **Karlsruhe Institute of Technology, Germany** w ramach projektu "Distributed Knowledge Graphs", w którym uczestniczą naukowcy z 32 krajów. W tym projekcie rozpoczynam badania naukowe związane z zastosowaniem „graficznej" analizy dużych zbiorów danych pochodzących z wielu źródeł w zarządzaniu.

Reasumując, można stwierdzić, że w sposób istotny, w różnej formie, współpracowałem z 8 polskimi i ponad 30 zagranicznymi badaczami z wielu polskich i zagranicznych instytucji naukowych. Za osiągnięcia naukowe w roku akademickim 2015/2016 otrzymałem Nagrodę Indywidualną I stopnia Rektora Społecznej Akademii Nauk w Łodzi. A w 2021 r. za osiągnięcia naukowo-badawcze oraz transfer wiedzy, w szczególności za przeprowadzenie unikalnych badań w zakresie zarządzania w organizacjach sektora ochrony zdrowia otrzymałem nagrodę indywidualną pierwszego stopnia przyznaną przez Kapitułę Towarzystwa Naukowego Współczesnego Zarządzania.

6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę

Zajęcia dydaktyczne w obszarze nauk o zarządzaniu i jakości rozpocząłem w 2005 roku. W latach 2005-2012 prowadziłem zajęcia na Wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie na studiach podyplomowych pn.: „Zarządzanie i Marketing w Służbie Zdrowia", z takich przedmiotów jak: kierowanie zakładem służby zdrowia, problemy zdrowia w skali międzynarodowej oraz zarządzanie strategiczne. Słuchaczami studiów podyplomowych byli m.in. wyższa kadra zarządzająca szpitali, tj. dyrektorzy i ich zastępcy oraz średnia kadra zarządzająca szpitali, tj. ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe, kierownicy działów medycznych i pozamedycznych.

W latach 2012-2017 i 2021-2022 współpracowałem z Wyższą Szkołą Informatyki i Zarządzania im. prof. Tadeusza Kotarbińskiego w Olsztynie, w której prowadziłem zajęcia dydaktyczne z zakresu zarządzania i marketingu w jednostkach ochrony zdrowia oraz organizacji systemu i rynku ochrony zdrowia na studiach podyplomowych dla kadry zarządzającej podmiotów leczniczych pn.: „Menedżer ochrony zdrowia". W niektórych latach prowadziłem tam również zajęcia z przedmiotu podstawy nauki o przedsiębiorstwie, dla studentów studiów zaocznych. Opracowywałem również sylabusy dla wyżej wymienionych przedmiotów.

W latach 2016-2021 prowadziłem zajęcia ze słuchaczami studiów podyplomowych pn.: „Zarządzanie podmiotami leczniczymi" organizowanych przez Katedrę Organizacji i Zarządzania Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego. Uczestnikami zajęć byli członkowie kadry menedżerskiej placówek ochrony zdrowia różnych szczebli, głównie z województwa pomorskiego. Na UG prowadziłem zajęcia w takich obszarach jak: sztuka negocjacji i mediacji oraz ekonomika usług medycznych.

W ramach programu Ministerstwa Zdrowia, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej przeznaczonych na rozwój kapitału ludzkiego, przygotowałem serię 25 wykładów e-learningowych, które obecnie są dostępne na YouTube: https://www.youtube.com/user/romanlewandowski/videos (dostęp: 10.06.2022). Łącznie do tej pory moje wykłady zostały wyświetlone ponad 100 tys. razy.

W latach 2016-2021, pracując na stanowisku adiunkta w Społecznej Akademii Nauk w Łodzi (etat badawczo-dydaktyczny) prowadziłem zajęcia ze studentami I i II stopnia z obszarów związanych z zarządzaniem i jakością oraz pełniłem funkcję promotora prac licencjackich i magisterskich. W szczególności prowadziłem zajęcia z następujących przedmiotów:

- planowanie strategiczne w jednostkach medycznych,
- zarządzanie wizerunkiem firmy medycznej,
- zarządzanie personelem w sektorze medycznym,
- zarządzanie finansami szpitala,
- metody kontroli jakości i kosztów w ochronie zdrowia,
- rozliczanie kontraktów z NFZ,
- restrukturyzacja w sektorze ochrony zdrowia,
- praktyczny projekt medyczny.

W październiku 2021 roku rozpocząłem pracę w Instytucie Nauk o Zarządzaniu i Jakości Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, gdzie prowadzę zajęcia z przedmiotów: podstawy zarządzania i zarządzanie strategiczne.

W latach 2008-2021 aktywnie działałem również na polu organizowania konferencji naukowych, zasiadając w radach naukowych i komitetach organizacyjnych łącznie piętnastu konferencji naukowych. Na szczególną uwagę zasługuje cykl sześciu konferencji naukowych o wymiarze krajowym, a w kilku przypadkach także międzynarodowym, których byłem współpomysłodawcą i pełniłem funkcję przewodniczącego komitetu organizacyjnego. Konferencje te odbywały się w latach 2008-2013, a ich istotnym celem było zintegrowanie środowiska naukowego zajmującego się obszarem badawczym związanym z ochroną zdrowia z praktykami zarządzającymi placówkami medycznymi, głównie dyrektorami szpitali. Kluczowym efektem tych konferencji stała się popularyzacja aktualnych badań w obszarze zarządzania w ochronie zdrowia wśród najwyższej kadry zarządzającej placówkami medycznymi oraz możliwość nawiązywania wzajemnych kontaktów pomiędzy akademikami i praktykami, które niejednokrotnie owocowały podejmowaniem aktywności badawczej w oparciu o placówki medyczne. Corocznie w tych konferencjach uczestniczyło od 100 do 200 naukowców i menedżerów z kraju i z zagranicy. Szczegółowy wykaz mojej aktywności organizatorskiej w tym zakresie znajduje się w załączniku do wniosku nr 4, pkt. 8.

W latach 2006-2021 wystąpiłem 34 razy na krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych, w tym 11 razy w języku angielskim, 10 razy poza granicami kraju (raz zdalnie). Wielokrotnie uczestniczyłem w panelach dyskusyjnych dotyczących zarządzania w ochronie zdrowia na krajowych i zagranicznych konferencjach, np.: konferencje Hospital & Healthcare Management 2017 i 2021, które

gromadzą corocznie kilkuset menedżerów, przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, wybitnych polskich specjalistów i doradców; Kongres Polski Wschodniej w Białymstoku w 2018 r. W 2019 roku, w ramach stażu odbywanego w Centre for Person-Centred Care (GPCC), Gothenburg University, byłem trenerem w międzynarodowej konferencji naukowo-szkoleniowej, gdzie omawiałem temat korzyści płynących z wykorzystywania programów podnoszących jakość leczenia nie tylko dla pacjentów, ale także wskazywałem obszary wpływ tych programów na zarządzanie szpitalami.[7]

Ponadto prowadziłem szkolenia dla dyrektorów szpitali z zakresu kontroli zarządczej, której obowiązek stosowania w jednostkach sektora finansów publicznych został wprowadzony ustawą o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r. Szkolenia były zarówno stacjonarne, w ramach spotkań związków pracodawców szpitali publicznych, jak i w formie webinariów, organizowanych przez ogólnopolskie wydawnictwo Wolters Kluwer, np. https://szkolenia.wolterskluwer.pl/karta-szkolenia/skuteczna-kontrola-zarzadcza-w-placowkach-ochrony-zdrowia,887,cele.html (dostęp: 10.06.2022).

7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej.

Przez wiele lat współpracowałem z instytucjami związanymi z ochroną zdrowia, przede wszystkim z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, przygotowując dla tej instytucji ekspertyzy i doradzając jej pracownikom. Szczególnie intensywna współpraca odbywała się w latach 2017-2019. Jej zakres dotyczył głównie spraw związanych z organizacją oraz finansowaniem rehabilitacji dzieci i młodzieży w Polsce i obejmował:

a. dokonywanie analiz produktów rozliczeniowych Narodowego Funduszu Zdrowia dedykowanych rehabilitacji narządu ruchu,
b. konsultacje merytoryczne przy tworzeniu taryf w zakresie rehabilitacji dzieci i młodzieży,
c. współpracę przy ustalaniu nowych propozycji rozliczeń/produktów dedykowanych rehabilitacji dzieci i młodzieży,
d. współpracę przy ustalaniu zakresu analiz oraz interpretacji danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia,
e. doradztwo na rzecz pracowników Wydziału Taryfikacji AOTMiT oraz świadczeniodawców w zakresie prawidłowego przygotowania informacji finansowo-księgowych,
f. merytoryczne wsparcie pracowników AOTMiT w opracowywaniu rozwiązań w zakresie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej mających na celu poprawę dostępności przedmiotowych świadczeń.

W obszarze związanym z organizacją systemu ochrony zdrowia i zarządzaniem szpitalami podejmowałem również aktywność w organizacjach pracodawców. W 2009 roku byłem inicjatorem powołania Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Rehabilitacji Dziecięcej zrzeszającego dyrektorów szpitali, które w swojej strukturze mają oddziały rehabilitacji dziecięcej. Do tej pory pełnię funkcję prezesa tego związku. Jako organizacja pracodawców mieliśmy wpływ na wiele rozwiązań

[7] Program znajduje się na stronie: https://costcares.eu/wp-content/uploads/2019/04/Training_School_Program_and_Supplementary_Material_161019_eng.pdf, Podsumowanie: https://youtu.be/oB2Xkvgzdx4 (dostęp: 10.06.2022).

wprowadzanych w zakresie rehabilitacji dziecięcej przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia oraz rekomendacji wydawanych przez inne organizacje funkcjonujące w obszarze ochrony zdrowia. Ponadto aktywnie działam w Polskiej Federacji Szpitali, pełniąc funkcję członka Rady Naczelnej oraz uczestniczę w pracach Warmińsko – Mazurskiego Związku Pracodawców Szpitali Specjalistycznych, jako przewodniczący komisji rewizyjnej.

Oprócz działalności naukowej posiadam także pewne osiągnięcia związane z praktyką zarządzania. Od 2003 r. pracuję na stanowisku dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce. W okresie, w którym kieruję szpitalem, znacznie zwiększyła się liczba leczonych w nim pacjentów, co spowodowało, że obecnie szpital ten jest największą placówką rehabilitacyjną dla dzieci w Polsce. Ponadto w tym czasie rozwinąłem w szpitalu alergologię dziecięcą stawiając szpital w szeregu największych placówek w Polsce także w tym zakresie. W szpitalu został też zbudowany blok operacyjny i są obecnie wykonywane zabiegi z zakresu chirurgii, ortopedii, laryngologii i medycyny estetycznej. Warto zauważyć, że pomimo dużego zadłużenia szpitali w Polsce, szpital w Ameryce, w dwudziestoletnim okresie, w którym pełnię funkcję dyrektora, ani razu nie wykazał straty na koniec roku obrachunkowego.

Dzięki łączeniu praktyki zarządzania szpitalem i wiedzy teoretycznej rozwijanej w ramach pracy naukowej szpital, którym kieruję (a także ja osobiście) zdobył wiele nagród i wyróżnień, między innymi:

- laur Marszałka Województwa Warmińsko-Mazurskiego – „Najlepszym z Najlepszych" – 2022,
- laur w konkursie „Dziecięcy Szpital Przyszłości" w kategorii "Pacjent w Centrum", za projekt "Opieka Zorientowana na Osobę" – 2021,
- nagrodę w konkursie „Najlepszy Produkt i Usługa Warmii i Mazur" w kategorii „Usługa" – „Kompleksowa rehabilitacja dzieci i młodzieży" – 2019,
- certyfikat: „Produkt Warmia Mazury" – 2014, za kompleksową rehabilitację dzieci i młodzieży,
- nagrodę w XII edycji rankingu „Gazele Biznesu" – 2011,
- nagrodę w ogólnopolskim rankingu szpitali „Bezpieczny Szpital 2011" w kategorii szpitali niezabiegowych,
- laur „Najlepszym z Najlepszych" w kategorii „Usługa medyczna" – 2010,
- nagrodę główną w XV edycji „Polskiej Nagrody Jakości" – 2009,
- wyróżnienie w kategorii „Usługa medyczna" w III edycji konkursu „Najlepszy Produkt i Usługa Warmii i Mazur" – 2007,
- wyróżnienie w konkursie „Mama w pracy" oraz tytuł „Firma nieprzeciętnie przyjazna matkom" – 2007,
- wyróżnienie w XIII edycji „Polskiej Nagrody Jakości" – 2007,
- nagrodę główną w „Warmińsko-Mazurskiej Nagrodzie Jakości" – edycja 2006,
- laureat konkursu "Gazety Olsztyńskiej" i "Dziennika Elbląskiego" – „Menedżer Warmii i Mazur" – lata 2005 i 2006,
- wyróżnienie w konkursie "Sukces Roku 2004 w Ochronie Zdrowia - Liderzy Medycyny", organizowanym przez redakcję czasopisma "Menedżer Zdrowia" w kategorii „Menedżer roku 2004 w Ochronie Zdrowia - SPZOZ",
- wyróżnienie w „Warmińsko-Mazurskiej Nagrodzie Jakości" w kategorii „Zaangażowanie w Doskonałość Zarządzania" – edycja 2004,
- wyróżnienie w „Warmińsko-Mazurskiej Nagrodzie Jakości" w kategorii „W Uznaniu Dla Doskonałości Zarządzania" – edycja 2003,
- finalista II edycji konkursu o tytuł "Menedżer Roku 2001 w Służbie Zdrowia".

Za działalność w ochronie zdrowia w październiku 2021 r. zostałem wyróżniony przez ministra zdrowia odznaką honorową „Za zasługi dla ochrony zdrowia” a w listopadzie tego samego roku otrzymałem podziękowania od Polskiej Federacji Szpitali za wkład w rozwój Federacji i przyczynienie się do wspólnego sukcesu organizacyjnego polskich szpitali. W 2016 r. zostałem także uhonorowany medalem im. dr. Henryka Jordana za „Zasługi Dla Rozwoju Opieki Zdrowotnej; Upowszechniania Kultury Fizycznej Wśród Dzieci i Młodzieży”. Po pierwszej napaści Rosji na Ukrainę w 2014 r. włączyłem się w działalność na rzecz leczenia rannych ukraińskich żołnierzy, w szczególności na rzecz pomocy szpitalom w Ukrainie. Byłem m.in. przedstawicielem marszałka województwa warmińsko-mazurskiego oddelegowanym w celu oceny potrzeb ukraińskich szpitali, co umożliwiło dostosowanie pomocy przekazanej przez województwo warmińsko-mazurskie do faktycznego zapotrzebowania szpitali w obwodzie rówieńskim. W ramach nawiązanej współpracy w 2015 r. zostałem nagrodzony medalem z okazji 75-lecia Szpitala Wojskowego w Równym. W 2012 roku otrzymałem także Odznakę „Zasłużony dla Uniwersytetu Warmińsko Mazurskiego w Olsztynie”.

Roman Andrzej Lewandowski

Podpis cyfrowy: Roman Andrzej Lewandowski
Data: 2022.11.19 12:38:01+01'00'