



UMCS

UNIWERSYTET MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ W LUBLINIE
Wydział Ekonomiczny, Katedra Marketingu

dr hab. Marcin Lipowski, prof. UMCS

Lublin, 24 września 2025 r.

Dr hab. Marcin Lipowski, prof. UMCS
Katedra Marketingu
Wydział Ekonomiczny
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

**Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Joanny Kordasiewicz
„Budowanie satysfakcji klienta poprzez jakość
w podmiotach leczniczych w turystyce medycznej”**

1. Podstawa prawna

Podstawą przygotowania recenzji jest decyzja Rady Naukowej Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości SGH z dnia 16 czerwca 2025 o powołaniu mojej osoby do grupy recenzentów w postępowaniu w sprawie nadania stopnia naukowego doktora mgr Joannie Kordasiewicz na podstawie pracy pt. „Budowanie satysfakcji klienta poprzez jakość w podmiotach leczniczych w turystyce medycznej”, której egzemplarz został przesłany w raz ze streszczeniem rozprawy w języku polskim i angielskim oraz dokumentami postępowania. Praca przygotowana została w języku polskim, składa się z sześciu rozdziałów i liczy 312 ponumerowanych stron (wraz z załącznikami).

Punkt odniesienia w opracowanej recenzji stanowi ustawa z dnia 20 lipca 2018 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce w zakresie wymogów stawianych pracy doktorskiej określonych w art. 187.



2. Ocena problematyki recenzowanej pracy

Recenzowana rozprawa doktorska podejmuje charakterystykę zjawiska turystyki medycznej, a w tym kontekście budowania satysfakcji klienta przez podmioty lecznicze. W jednej z przytaczanych definicji w rozdziale pierwszym zdefiniowano turystykę medyczną jako działalność gospodarczą, która wiąże się z handlem oraz innymi usługami i stanowi połączenie co najmniej dwóch sektorów: medycyny i turystyki. W nieco bardziej precyzyjnym znaczeniu turystyka zdrowotna to ogół stosunków i zjawisk wynikających z pobytu i podróży osób, dla których głównym motywem i celem jest leczenie, poprawa lub zachowanie stanu zdrowia. Zjawisko to w ostatnich latach było już podejmowane przez różnych Autorów (w tym także z SGH). Przy czym żadna z prac zidentyfikowanych przez recenzenta nie podejmowała tej problematyki z punktu widzenia jakości usług i satysfakcji klienta turystyki medycznej. Warto także dostrzec dynamikę zjawisk w obszarze turystyki medycznej, w tym zmiany kierunków czy celów podróży, a więc także pozycji różnych krajów na rynku turystyki medycznej.

Tym samym podjętą problematykę uznaję za ważną, wartą uwagi i mieszczącą się w zakresie nauk o zarządzaniu i jakości. Satysfakcja podmiotów turystyki medycznej jest wyznacznikiem popytu na tego typu usługi w określonym miejscu. Motywacje podejmowania podróży w celach zdrowotnych mogą być różne, ale odczucia pacjentów mogą sprzyjać lub zniechęcać do podobnych zachowań wśród szerszych grup osób. Tak więc efektem turystyki medycznej może być, ale nie musi lojalność konsumenta, która w określonych warunkach może prowadzić do specjalizacji w określonych procedurach medycznych świadczonych na rzecz turystów. Dzisiaj taką destynacją jest Turcja dla wielu obywateli polskich chcących dokonać przeszczepu włosów, zabiegów chirurgii estetycznej czy stomatologicznych. Badanie podstaw tej satysfakcji w tym odczuć w odniesieniu co do jakości świadczonych usług jest problematyką ważną, nieoczywistą pozwalającą na rozwiązanie istotnego problemu naukowego.

3. Ocena merytoryczna rozprawy oraz uwagi szczegółowe

3.1 Cel i zakresy pracy, hipotezy i pytania badawcze

Jako główny cel rozprawy przyjęto *„rozpoznanie i ocena jakości usług i obsługi turysty medycznego w budowaniu jego satysfakcji w wybranych niepublicznych podmiotach leczniczych prowadzących działalność medyczną w zakresie turystyki medycznej w Polsce i Chorwacji”* (s. 9). Dodatkowo Doktorantka wskazuje, że Chorwacja była punktem odniesienia dla





porównania z niepublicznymi placówkami medycznymi działającymi w Polsce z uwagi na poziom rozwoju klinik turystyki medycznej oraz wysoką ocenę turystów – pacjentów (s. 9). Z celu ogólnego wywiedziono 14 pytań badawczych, których z racji dużej objętości nie przytaczam w recenzji. Dotyczą one funkcjonowania badanych klinik w obszarach istotnych dla satysfakcji odbiorcy usług.

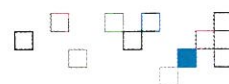
We wstępie pracy sformułowano także hipotezy badawcze, które Autorka pracy weryfikowała na podstawie badania ilościowego. Brzmiały one w sposób następujący:

1. Jakość świadczonych usług i obsługi klienta są głównymi determinantami budowania satysfakcji turysty medycznego przez podmioty lecznicze.
2. Właściwy dobór i szkolenia personelu medycznego oraz pozamedycznego w zakresie świadczenia usługi i obsługi klienta w sposób znaczący przyczynia się do kreowania wizerunku przedsiębiorstwa zorientowanego na turystę medycznego.
3. Koherencja działań na wszystkich szczeblach organizacyjnych podmiotu leczniczego wpływa na jakość świadczenia usługi i obsługi klienta, a także na wizerunek marki.

W odniesieniu do sformułowania hipotez badawczych moje uwagi dotyczą przede wszystkim wprowadzenia do hipotezy 2 i 3 pojęć, którymi Doktorantka w zasadzie nie zajmuje się w pracy doktorskiej. Chodzi o użyte słowo „*kreowania wizerunku marki*” w hipotezie drugiej oraz „*wizerunek marki*” w hipotezie 3. Domyślam się, że oba te pojęcia mają w szerszym ujęciu dotyczyć postrzegania podmiotu leczniczego jako takiego, który zapewnia wysoką jakość usług i satysfakcję odbiorcy. Taki wizerunek marki byłby pożądanym dla podmiotu leczniczego z perspektywy potencjalnych pacjentów. Moim zdaniem, jednak bardziej zasadne byłoby użycie w obu hipotezach zamiennie pojęć satysfakcji klienta lub jakości usług.

Doktorantka we wstępie do pracy sformułowała także zakresy pracy – podmiotowy, przedmiotowy, czasowy i przestrzenny. Recenzent pragnie w tym aspekcie zwrócić uwagę, że zakres czasowy obejmuje nie tylko termin prowadzonych badań, ale zakres czasowy analizowanego zjawiska na podstawie literatury, badań innych osób czy danych statystycznych. W tym wypadku jest on szerszy niż podaje Doktorantka.

Drobne uwagi, które zostały wskazane w tym punkcie nie rzutują w sposób istotny na ocenę merytoryczną dysertacji, ponieważ sformułowany cel, pytania badawcze i hipotezy mają swoją ciągłość, układ logiczny oraz właściwą dla pracy doktorskiej podbudowę naukową.



3.2 Metody i narzędzia badawcze, źródła zbierania danych

Doktorantka we wstępie do pracy wskazuje na triangulację metod badawczych wykorzystywanych w pracy doktorskiej.

W etapie pierwszym deklaruje wykorzystanie indywidualnego wywiadu pogłębionego (Indywidual In-Deph Interview) wskazując, że takie wywiady przeprowadzono w trzech polskich podmiotach – w tym, w ramach kontaktu *face to face*, z wykorzystaniem telefonu oraz internetu. W tym przypadku [polskich podmiotów] Doktorantka analizowała także dane wtórne i dokonywała obserwacji. Natomiast w przypadku podmiotów z Chorwacji – których zbadano ponownie trzy – Autorka wskazuje na metodę CATI (Computer Asisted Telephon Interview). Doktorantka zauważa, że na przebieg badań miały wpływ obostrzenia pandemiczne. Odnosząc się jednak do tej metodologii recenzent dostrzega, że częściowo problemy z realizacją badań (w tym dobór różnorodnych technik badawczych) obciążają Doktorantkę, ponieważ wszędzie, za każdym razem wywiad pogłębiony mógł być przeprowadzony osobiście lub na odległość, z wykorzystaniem telefonu lub internetu. Problem pojawia się jednak z samym narzędziem badawczym, który w załączniku 1 (s. 285) nazywany jest także kwestionariuszem wywiadu i formułuje w zasadzie zamkniętą listę pytań, w większości z wskazanymi odpowiedziami. Scenariusz wywiadu – właściwy dla IDI – powinien być mniej ustrukturalizowany, zawierać więcej pytań otwartych itp.¹ Ponieważ tak skonstruowano narzędzie badawcze, można mówić bardziej o kwestionariuszu wywiadu i zastosowaniu techniki badawczej CATI, która dzięki temu była możliwa do realizacji w przypadku podmiotów leczniczych z Chorwacji.

Drugą z metod badawczych Doktorantka nazywa wielokrotnym studium przypadku (multiple case study) i zalicza ją do badań ilościowych. Badania te objęły dwadzieścia podmiotów leczniczych z Polski. W tym przypadku narzędziem badawczym jest klasyczny kwestionariusz ankiety znajdujący się w załączniku 2 (s. 302). Doktorantka przyznaje wprost, że nie udało się zrealizować założonej pierwotnie próby 50 jednostek i ostatecznie wykorzystano metodę wielokrotnego studium przypadku. Zdaniem recenzenta takie podejście do badań jest wymuszone i niepotrzebne. W rzeczywistości liczba zbadanych podmiotów leczniczych w okresie wychodzenia z pandemii wcale nie jest mała i zdaniem recenzenta można mówić o dopuszczalnej próbie badań ilościowych przy tak specyficznej grupie badanych podmiotów leczniczych.

¹ R. Miński, Wywiad pogłębiony jako technika badawcza. Możliwości wykorzystania IDI w badaniach ewaluacyjnych, *Przegląd Socjologii jakościowej*, 2017, Tom XIII, nr 3, s. 30.

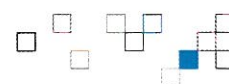


Oceniając całościowo metodologię prowadzonych badań należy docenić wykorzystanie przez Doktorantkę zróżnicowanych metod badawczych w niezwykle trudnym okresie realizacji jakichkolwiek badań – okresie pandemii Sars-CoV2. Dzisiaj już wypieramy realia tamtego okresu, ale badania naukowe, w dodatku podmiotów medycznych w tamtym czasie były praktycznie niemożliwe. Zamierzenia Autorki w stosunku do pierwotnych planów uległy więc znacznej modyfikacji. Ten aspekt ma w pełni obiektywny, niezależny od Doktorantki, charakter. Realne zastrzeżenia recenzenta dotyczą więc w zasadzie konstrukcji scenariusza IDI, który w postaci stworzonego narzędzia badawczego nie był typowy dla pogłębionego wywiadu indywidualnego, mógł być realizowany i był face-to-face lub wspomaganym telefonicznie lub internetowo wywiadem.

3.3 Struktura pracy

Praca składa się ze wstępu, sześciu rozdziałów, podsumowania, bibliografii, spisów, wykazu pojęć i załączników. Objętość pracy wynosi 312 stron (w tym 251 stron tekstu pracy wraz z podsumowaniem). Poszczególne rozdziały wahają się objętością od ok. 30 do ok. 40 stron. Struktura pracy jest więc w pełni zrównoważona. Tytuły poszczególnych rozdziałów wyjaśniają poszczególne pojęcia znajdujące się w tytule rozprawy a następnie przechodzą do części empirycznej i wniosków. Konstrukcja pracy jest więc w pełni poprawna, opiera się na klasycznym schemacie, wprowadza czytelnika stopniowo w istotę analizowanego zagadnienia a następnie przechodzi do wyników badań własnych i – w ostatnim rozdziale – wniosków. W pracy zastosowano przypisy dolne, przytoczono łącznie 150 źródeł w postaci książek lub artykułów naukowych, 84 źródła internetowe oraz 6 raportów.

Rozdział I zatytułowany „Usługi turystyki medycznej” Doktorantka rozpoczyna od wyjaśnienia pojęcia turystyki medycznej. Przytacza szereg jej pojęć korzystając z wielu źródeł. Prezentuje wielkość tego rynku w oparciu o kilka raportów obrazujących dynamikę jego wzrostu w poszczególnych latach, na różnych kontynentach i według popularności różnych procedur medycznych. Zamieszczone wykresy na s. 20-21 nie posiadają jednak skal. Następnie przechodzi do charakterystyki analizowanego rynku na świecie i w Polsce. Tutaj wskazuje ponownie wielkość całego rynku i udział w nim poszczególnych krajów (ponownie na s. 31 wykres bez skali) następnie charakteryzuje rynek turystyki medycznej w Polsce. Rozdział kończy charakterystyka Dyrektywy Parlamentu Europejskiego odnośnie nierefundowanych kosztów opieki medycznej w krajach akceptujących kartę EKUZ. W rozdziale pierwszym – poza wcześniejszymi uwagami – brakuje mi odniesienia do bieżącej sytuacji w niektórych elementach np. analizie SWOT oraz braku komentarza Autorki



odnośnie różnych prezentowanych danych odnośnie typowych zabiegów turystyki medycznej np. na s. 21 i s. 29.

Rozdział II zatytułowany „Rola jakości usług i obsługi klienta na rynku turystyki medycznej” analizuje pojęcie jakości i elementy je kształtujące w turystyce medycznej. Następnie Autorka przechodzi do zagadnienia znaczenia personelu w jakości usług oraz zasad profesjonalnej obsługi. Rozdział kończy opis zagadnienia mapowania potrzeb klienta. Prezentowane zagadnienia opisywane są w sposób wyczerpujący, oparte na bogatej bibliografii naukowej. Autorka przytacza prace szeregu autorów zajmujących się problematyką jakości usług, w tym usług medycznych. Prowadzony wywód jest logiczny, spójny i wyczerpuje temat z różnych punktów widzenia.

Rozdział III zatytułowany „Satysfakcja klienta i jej znaczenie w budowaniu doświadczenia klienta na rynku turystyki medycznej” Autorka rozpoczyna od wyjaśnienia pojęcia satysfakcji i jej znaczenia w usługach. Wyjaśnia mechanizm satysfakcji oraz jej rolę w kształtowaniu doświadczeń klienta. Wiąże następnie pojęcie satysfakcji z doświadczeniami i lojalnością klienta. W kolejnej części Doktorantka prezentuje metody badania jakości, satysfakcji czy lojalności, w tym te wyspecyfikowane pod usługi medyczne. Rozdział kończy podpunkt wiążący satysfakcję z budowaniem relacji z klientem. Analiza prowadzona przez Autorkę jest ponownie konsekwentna, logiczna i dociekliwa. Szczególnie doceniam opis narzędzi pomiaru, metod i wskaźników satysfakcji i doświadczeń nabywców.

Rozdział IV zatytułowany „Empiryczna weryfikacja budowania satysfakcji krajowego i zagranicznego turysty medycznego w wybranych podmiotach leczniczych w Polsce i Chorwacji” jest pierwszym z rozdziałów prezentujących wyniki badań. W rozdziale – pomimo wcześniejszych zastrzeżeń recenzenta – przytoczono szereg bezpośrednich wypowiedzi badanych, choć nie zawsze właściwie s. 147, s. 172. W efekcie prowadzonych analiz wyników wskazano, w ocenie badanych podmiotów leczniczych:

- Wpływ różnych czynników na korzystanie z usług turystyki medycznej;
- Sposoby zachęcania do skorzystania z oferty;
- Wykorzystywane metody analizy lojalności klientów;
- Sposoby budowy zaufania turysty medycznego.

Następnie przeanalizowano znaczenie personelu medycznego i pozamedycznego w świadczeniu usług oraz przedstawiono stosowane procedury/działania w zakresie wpływania na doświadczenia klientów oraz metody badania i oceny jego satysfakcji. Wyniki pokazują bardzo różnorodne podejście podmiotów leczniczych do opisywanych zagadnień. Brakuje mi podsumowania rozdziału, w tym choćby próby powiązania różnych działań podejmowanych w stosunku do turysty medycznego z oceną przez dany podmiot efektów tych działań i/lub porównań między krajami.



Rozdział V zatytułowany „Budowanie satysfakcji turystów medycznych poprzez jakość w wybranych podmiotach leczniczych na polskim rynku – studium przypadku” rozpoczyna charakterystyka metodologii badania, do której odnosiłem się w punkcie 3.2. Na początku rozdziału powtórzone zostały hipotezy badawcze, które były weryfikowane w ramach case study. W podpunkcie drugim wskazano, że główne czynniki wpływające na jakość usług dla turystów medycznych to kompetencje i rzetelność świadczonych usług. W dalszych rozważaniach Doktorantka wskazuje (Wykres 5.4), że w ocenie badanych jakości procedury medycznej jest głównym czynnikiem wpływającym na satysfakcję klienta. W tym samym punkcie Autorka zauważa, że większość badanych zdecydowanie potwierdziła świadomość i ważność czynnika ludzkiego w procesie budowania marki. Badane podmioty bardzo wysoko oceniły umiejętności zatrudnionego personelu medycznego i pozamedycznego w budowaniu relacji z zagranicznym turystą, a doświadczeni lekarze są najczęściej wskazywani jako czynnik wpływający na lojalność pacjentów (Wykres 5.6). W podsumowaniu rozdziału Doktorantka wykorzystała metodę epsilon w ocenie znaczenia wagi różnych kryteriów wpływających na zmienne endogeniczne. Czynniki te potraktowano w podsumowaniu na s. 212 łącznie jako te mające wpływ na budowanie jakości usługi i obsługi klienta, a najważniejsze z nich według wag to: uprzejmość, wrażliwość (empatia), czas realizacji usługi.

Rozdział VI zatytułowany „Ocena stosowanych praktyk przez badane podmioty w budowaniu satysfakcji klienta” ma charakter podsumowujący całą pracę. Autorka w sposób czytelny prezentuje w tabeli 6.1 podsumowanie badania jakościowego, a w tabeli 6.2 wyniki case study prezentując podobieństwa i różnice w budowaniu satysfakcji klienta w obu badaniach. W dalszej części tego rozdziału prezentuje dobre praktyki w różnych obszarach działania podmiotu leczniczego. Prezentując wartościowe efekty własnych obserwacji, jak ma to miejsce na s. 227-228 przeplata je z wynikami raportów innych podmiotów nie koniecznie firm medycznych, jak ma to miejsce na s. 233. Rozdział kończy wartościowe wskazanie wzorców postępowania do implementacji dla podmiotów leczniczych obsługujących pacjentów zagranicznych.

3.4 Wyniki pracy

Odnosząc się do całości recenzowanej pracy chciałbym zauważyć, że widać w niektórych jej częściach przewlekłość w jej przygotowywaniu i opóźnienie realizowanej obrony w stosunku do wcześniejszych planów. Mając aktualnie rok 2025 trudno uznać za warte przytoczenia wyniki danych statystycznych z roku 2016 prezentowane w rozdziale 1. Mam świadomość systemowego wydłużania pewnych procedur w czasie pandemii głównie



spowodowane komplikacjami w zakresie prowadzonych badań, co może dawać taki efekt. Doceniam zawartość rozdziałów II i w szczególności III w zakresie logiki, ciągłości i wyczerpywania tematu. Mam zastrzeżenia co do metod i narzędzi badawczych opisywanych w rozdziale IV. Narzędzie w mojej ocenie w postaci „scenariusza” nazywanego „kwestionariuszem” (*sic*) jest zbyt wystandaryzowane i nie do końca pełni rolę wstępu do badań właściwych, ilościowych. Doktorantka broni się przytaczając bezpośrednio wypowiedzi respondentów. Jednak brakuje odbicia w badaniu case study w kwestionariuszu ankiety np. podziału działań wpływających na doświadczenie klientów na te podejmowane przed, w trakcie i po wykonanej usłudze, jak ma to miejsce np. w tabeli 4.3. Elementy zawarte z kolei w tabelach 4.3 i 4.4 w rozdziale czwartym uważam za szczególnie wartościowe. Treść merytoryczna rozdziałów V i VI jest interesująca, prezentuje podsumowanie badań ilościowych oraz wnioski.

Cel postawiony w pracy uznaję za zrealizowany. Praca rozpoznaje i ocenia jakość usług i obsługi turysty w budowaniu jego satysfakcji w wybranych podmiotach niepublicznych świadczących usługi turystyki medycznej w Polsce i Chorwacji. Uważam także, że potwierdzone zostały również hipotezy badawcze, ale w sposób pośredni. Nie mamy w przypadku badań Doktorantki modelu badawczego obrazującego wpływ jakości usług i obsługi klienta na satysfakcję turysty, ale opinie właścicieli/menadżerów placówek medycznych, co do wpływu różnych czynników na ten ostatni element – satysfakcję. W podobny sposób zweryfikowane pozytywnie zostały pozostałe hipotezy.

Pewien niedosyt recenzenta, poza uwagami powyżej, pozostawia brak szerszego odniesienia Autorki do aspektów turystycznych w podsumowaniu recenzowanej rozprawy. Turystyka medyczna zawiera w sobie dwa elementy, nie tylko aspekt medyczny. W jaki sposób ocena wpływu atrakcyjności kraju ma wpływ na turystykę medyczną pozostaje kwestią otwartą.

3.5 Formalna strona pracy

Oceniając formalną stronę pracy recenzent zauważa, że język pracy jest poprawny, właściwy dla pracy naukowej, w pracy znalazło się niewiele błędów. Sposób przytaczania źródeł w pracy jest prawidłowy. W pracy znajduje się szereg tabel, rysunków i wykresów które ułatwiają przyswojenie jej treści. W pracy znalazły się nieliczne błędy, z których kilka przytoczę:

- Braki skal w wykresach prezentowanych w pracy na s. 20, 21, 31;
- Błędne i bez konsekwencji stosowanie dywiz, półpauz i myślników np. s. 26-27;
- Brak pełnych opisów np. roku, z którego pochodzą dane Tabela 1.3, s. 32;



- Osobowy tryb pisania pracy, s. 55;
- Słowa nie istniejące w języku polskim – „synergizowanie” s. 205;
- Błędy językowe – „w sposób dominujący” s. 204.

3.6 Pytania i kwestie dyskusyjne

Recenzent, po zapoznaniu się z treścią rozprawy, chciałby uzyskać odpowiedzi na kilka pytań:

- a) Czy i w jaki sposób na wynik badania jakościowego miał wpływ dobór różnych podmiotów do badania z Chorwacji (klinik dentystycznych) i Polski (zакладów realizujących procedury chirurgii)?
- b) Na ile badanie podmiotów leczniczych w swoich wynikach dotyczących satysfakcji klientów różniłoby się od wyników uzyskanych w przypadku badań pacjentów?
- c) Związek pomiędzy jakością, satysfakcją a lojalnością klientów jest powszechnie znany w literaturze przedmiotu od lat 90. XX w. Jakie nowe aspekty tych relacji udało się Pani odkryć w badaniu problemu turystyki medycznej?
- d) Czy można dostrzec powiązania pomiędzy specjalizacją w zakresie turystyki medycznej a atrakcyjnością danego kraju/regionu?

4. Wniosek końcowy

Recenzowana rozprawa doktorska w mojej ocenie potwierdza ogólną wiedzę teoretyczną kandydatki do stopnia doktora nauk w dyscyplinie Nauki o zarządzaniu i jakości oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej przez mgr Joannę Kordasiewicz.

Doktorantka prawidłowo sformułowała problem naukowy i prowadziła badania naukowe zmierzające do jego rozwiązania. Zaprezentowała w recenzowanej dysertacji oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, zrealizowała cel pracy oraz zweryfikowała hipotezy badawcze.

Tym samym dysertacja mgr Joanny Kordasiewicz pt. „Budowanie satysfakcji klienta poprzez jakość w podmiotach leczniczych w turystyce medycznej” spełnia przesłanki art. 187 Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, może być przedmiotem przewodu doktorskiego na Radzie Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości SGH. Wnioskuje do Wysockiej Rady o przyjęcie rozprawy i dopuszczenie jej do publicznej obrony.

Dr hab. Marcin Lipowski, prof. UMCS



Elektronie podpisany przez:

Marcin Lipowski

Data:
2025-9-24 11:55:49

