

Kraków, 14.10.2024

Dr hab. Christoph Sowada, prof. UJ
Instytut Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Ocena

rozprawy doktorskiej Grzegorza Byszewskiego

“Prawa pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej na przykładzie Polski i Niemiec”

złożonej do Rady Naukowej Dyscyplin Nauki o Polityce i Administracji oraz Nauki o Bezpieczeństwie, Uniwersytet Warszawski

I. Przesłanki podjęcia tematu, cel pracy i hipotezy badawcze

Temat podjęty przez Doktoranta w pracy zatytułowanej „Prawa pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej na przykładzie Polski i Niemiec” jest istotny i wart szczegółowego zbadania oraz przygotowania opracowania w postaci rozprawy doktorskiej.

Celem bezpośrednim rozprawy doktorskiej jest, jak pisze Autor na stronie 9 recenzowanej rozprawy: *„zweryfikowanie postawionej hipotezy: restrykcyjna implementacja dyrektywy 2011/24/UE, a wskutek tego limitowanie polskim pacjentom dostępu do świadczeń transgranicznych nie ma uzasadnienia z punktu widzenia stabilności finansowej polskiego systemu ochrony zdrowia”*. Doktorant wymienia również kilka dodatkowych celów nazwanych przez siebie pośrednimi, takich jak: (1) uzupełnienie luki badawczej i publikacyjnej z zakresu analizy ex-post wdrożenia dyrektywy 2011/24/UE, (2) uzupełnienie luki badawczej w zakresie analizy ilościowej i zestawienia statystyk przygotowywanych na zlecenie Komisji Europejskiej z zakresu korzystania z opieki medycznej poza państwem ubezpieczenia przez obywateli Unii Europejskiej, w tym szczególnie obywateli Polski oraz (3) analiza ilościowa skutków wdrożenia rozwiązań prawnych umożliwiających korzystanie ze świadczeń medycznych poza państwem ubezpieczenia przez obywateli Polski.



Założony cel należy uznać za ambitny i godny opracowania w postaci rozprawy doktorskiej, choć jego sformułowanie nieco odbiega od tytułu rozprawy, który sugeruje raczej wykonanie analizy normatywnej – jak wyglądają prawa pacjentów odnośnie transgranicznej opieki zdrowotnej w Polsce i w Niemczech. Tymczasem główna hipoteza odnosi się raczej do potencjalnych i rzeczywistych konsekwencji korzystania przez pacjentów ze swoich praw. Można jednak przyjąć, że Autor dysertacji formułując tytuł rozprawy posłużył się pewnym możliwym do zaakceptowania skrótem myślowym.

II. Ocena układu pracy, zastosowanego piśmiennictwa i przytaczanych danych

Recenzowana rozprawa doktorska napisana pod opieką naukową prof. dr hab. Gertrudy Uścińskiej ma powszechnie akceptowany układ rozdziałów z zachowaniem ich odpowiednich proporcji. Praca składa się z pięciu rozdziałów, wprowadzenia, zakończenia w postaci konkluzji i rekomendacji, bibliografii, spisów tabel, wykresów, zestawień i rysunków. Każdy rozdział zaczyna się od krótkiego wprowadzenia i kończy wnioskami, co znacząco ułatwia zrozumienie prezentowanych treści, a także pozwala na szybką identyfikację kluczowych przekazów.

Dzieło bez spisów treści, literatury, tabel itp. liczy 230 stron wydruku komputerowego. Zawiera dwadzieścia siedem tabel, trzynaście wykresów, dwa dodatkowe zestawienia oraz jeden schemat, opracowanych starannie i przejrzyście. Treść rozprawy poprzedza spis skrótów. Rozprawa wyróżnia się starannym opracowaniem redakcyjnym i estetyczną szatą graficzną. Z obowiązku recenzenta muszę jednak wskazać na pomyłkę w numeracji tabel – spis tabel zawiera dwadzieścia osiem pozycji. W tekście brakuje jednak tabeli zatytułowanej „Publiczne wydatki na zdrowie przedstawione jako % PKB”, która wg spisu tabel miałaby się znajdować na stronie 177. Dlatego też numeracja tabel w tekście oraz numeracja tabel w spisie treści nie są spójne. Dołączone do rozprawy spisy bibliograficzny, aktów prawnych oraz raportów, analiz i stron internetowych obejmują w sumie ponad 100 pozycji ułożonych w porządku alfabetycznym. Pozycje piśmiennictwa zostały właściwie wybrane. Na uznanie zasługuje oparcie dysertacji na bardzo wielu tekstach źródłowych, w tym oryginalnych aktach prawnych, zarówno międzynarodowych, jak i polskich oraz niemieckich, a nie tylko skrótowym omówieniu tychże aktów prawnych na stronach internetowych różnych organizacji.



Na uwagę zasługuje szczegółowość spisów aktów prawnych międzynarodowych i polskich. O ile spis polskich aktów prawnych nie budzi wątpliwości, to jednak zaliczenie niemieckich aktów prawnych do aktów międzynarodowych wydaje się być niewłaściwe. Z pewnością korzystniejszym rozwiązaniem byłoby przygotowanie trzeciego spisu – spisu niemieckich aktów prawnych i umieszczenie w nim wszystkich wykorzystanych w tekście pozycji. Nie trudno bowiem zauważyć, że większość wspomnianych w rozdziale trzecim ustaw niemieckich nie została ujęta w spisie aktów prawnych.

Opis reform, jakie dokonały się w polskim i niemieckim systemie zdrowia uznać należy za aktualny i na dodatek wyczerpujący. Na stronie 162 Doktorant nie uniknął jednak małego błędu „matematycznego” pisząc w odniesieniu do opublikowanego w 2007 roku tekstu Jacka Klicha: *”Po 13 latach od ww. publikacji wyraźnie widać, że eliminowanie nieefektywności nadal trwa i zapewne można by wiele dodatkowych błędów dopisać.”* Od napisania tego tekstu minęło już 17 lat. Podpierając swoją analizę danymi liczbowymi Doktorant przytacza najnowsze dostępne dane statystyczne, w szczególności pochodzące z Raportów NFZ.

III. Ocena zastosowanych metod badawczych

Doktorant zastosował właściwe metody badawcze adekwatne do podjętego tematu i założonego celu. Dominującą metodą badawczą jest analiza dokumentów źródłowych (m.in. raportów, sprawozdań finansowych) oraz aktów prawnych (prawa polskiego, niemieckiego i unijnego). Dokonano także analizy porównawczej praw polskich i niemieckich pacjentów do korzystania z transgranicznej opieki medycznej. Przyjęcie tej metody badawczej pozwoliło Autorowi na zachowanie aktualności pracy.

IV. Ocena merytoryczna rozprawy

Recenzowana praca zasługuje w mojej opinii na pozytywną ocenę mimo kilku zauważonych potknięć natury merytorycznej i technicznej. Tytuł pracy odpowiada zawartości. Autor dysertacji opisuje szczegółowo stan prawny odnoszący się do możliwości korzystania przez pacjentów polskich i niemieckich ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki transgranicznej.



Rozdział pierwszy

W pierwszym, budującym podstawę teoretyczną, rozdziale pracy Autor umieszcza wpiętych ochronę zdrowia, a w zasadzie polityki powiązane z ochroną zdrowia, w schemacie polityk publicznych. Treść tej części rozdziału udowadnia, że Autor dobrze orientuje się w analizowanej przez siebie tematyce oraz zna i rozumie teorię polityk publicznych. Rekomendowałbym jednak większą precyzję w używaniu pojęć zdrowia i ochrona zdrowia. Czasami, takie odnoszę wrażenie, Autor używa ich synonimów, innym razem tak nie jest. W tytule rozdziału czytamy „Ochrona zdrowia” (w nauce o politykach publicznych), ale już w drugim akapicie Wprowadzenia do tego rozdziału (strona 13) autor pisze *”W kolejnej części rozdziału pierwszego poddano analizie zdrowie jako jednej z polityk publicznych realizowanych przez współczesne państwa”*. Brakuje ponadto wyjaśnienia czy „nauki o polityce/politykach publicznych” to w rozumieniu Autora to samo co „nauki publiczne” wspomniane na stronie 23.

Poza analizą teorii umiejscawiającej polityki zdrowotne w obszarze nauk o politykach publicznych Autor dysertacji dodaje w rozdziale pierwszym dość obszerny fragment dotyczący wydatków ponoszonych przez wybrane kraje na zdrowie. Celem, jak przypuszczam, jest uzmysłowienie czytelnikowi znaczenia wydatków na zdrowie, w szczególności wydatków publicznych, w strukturze podziału PKB oraz w strukturze wydatków publicznych. Fragment ten należy uznać za znaczący element opisu środowiska, w którym realizowana jest polityka zdrowotna państwa. Dla właściwego podkreślenia znaczenia wydatków zdrowotnych korzystniejszym byłoby, w mojej opinii, umieszczenie ich opisu w odrębnym podpunkcie. Jednak moja zasadnicza uwaga dotycząca tego fragmentu pracy odnosi się do interpretacji i opisu przytoczonych danych. Finansowanie ochrony zdrowia we wszystkich jego aspektach stanowi domenę nauk ekonomicznych, zatem odrębnego obszaru nauk społecznych niż tego, na którym koncentruje się Doktorant i w którym wyróżnia się swoimi kompetencjami. Przypuszczam, że to jest powód, dlaczego fragmenty ekonomiczne pracy wykazują więcej nieścisłości i niedociągnięć niż pozostałe. Te nie dezawuuują wprawdzie całej przedstawionej do recenzji pracy, skoro jednak zawarte zostały w dysertacji zobowiązany jestem do ich skomentowania.

Na stronie 29 Autor umieszcza zdanie: *„Niemniej nadal metodą na ograniczanie nieograniczonego popytu na usługi medyczne w Polsce są przede wszystkim ograniczone środki oraz ograniczone zasoby kadrowe”*. Autor nie ujawnia, co rozumie pod pojęciem popyt (nieograniczony popyt), w każdym jednak wypadku zasoby pieniężne i kadrowe



(także inne niewspomniane przez Autora) mogą co najwyżej ograniczać zaspokojenie potrzeb/popytu a nie same potrzeby lub popyt.

Kolejna krytyczna uwaga odnosi się do użytego przez Autora zwrotu „*wydatki na zdrowie przedstawione jako wielkość PKB per capita wyrażona w dolarach*”. Ponieważ zwrot ten pojawia się kilkakrotnie na stronach 30-31 nie mogę założyć, że jest to tylko pomyłka pisarska. W literaturze przedmiotu i analizach finansowych pojawiają się z reguły dwa wskaźniki odnoszące się do wydatków na zdrowie: udział wydatków (publicznych) na zdrowie w PKB i (publiczne) wydatki na zdrowie per capita (wyrażone w konkretnej walucie, np. dolarach). Wskaźnik o nazwie „*wydatki na zdrowie przedstawione jako wielkość PKB per capita*” nie jest używany, wg. mojej wiedzy po prostu nie istnieje.

Najważniejsza uwaga odnosząca się do tego fragmentu pracy doktorskiej dotyczy jednak przytoczonych danych opisujących wydatki publiczne na zdrowie w Polsce od 1998 r. (strony 29-30). Na stronie 30 Doktorant pisze *”Przez kolejnych 14 lat do 2021 r. odsetek ten kształtował się w przedziale 4,4 – 4,7%. Dopiero rok 2022 przyniósł wyraźnie widoczny wzrost. Wydatki publiczne w 2022 wzrosły o 6,9% względem 2021 r. zaś szacunkowy wzrost bieżących wydatków na ochronę zdrowia w 2022 r. względem 2021 r. wyniósł 21,3%”*. Pierwsza część zacytowanego fragmentu odnosi się do danych zawartych we wcześniej umieszczonym wykresie nr 1 i dotyczy udziału wydatków na zdrowie w PKB. W drugim zdaniu Autor stwierdza *„Dopiero rok 2022 przyniósł wyraźnie widoczny wzrost”*, sugerując tym samym, że wcześniej wydatki nie rosły wyraźnie. Na poparcie swojej tezy przytacza jednak całkiem inny wskaźnik, a mianowicie wskaźnik wzrostu wydatków absolutnych. Taka manipulacja wskaźnikami (przypuszczam, że nie zamierzona) jest niedopuszczalna. Poza tym wkraść się błąd w obliczeniach. Wydatki publiczne w 2022 wzrosły o ponad 25% względem 2021 (122,8 mld PLN do prawie 154 mld PLN), a nie, jak pisze Autor o 6,9%. Nie mogę się również zgodzić ze stwierdzeniem: *„Charakterystyczn dla większości państw jest także wzrost wydatków w latach 2020-2021 i lekko widoczny spadek w roku 2022 r. Należy przypuszczać, że to efekt pandemii SARS-CoV-2 i nadzwyczajnych wydatków związanych zarówno z nadmierną liczbą hospitalizacji jak i zakupem szczepionek. Polska w tym okresie nie odnotowuje wzrostu w statystykach OECD, nie widać ich także w danych GUSu co wynika z metodologii (SHA 2011) oraz przyjętego przez Polski rząd sposobu pokrywania dodatkowych kosztów leczenia i inwestycji w infrastrukturę szpitali w okresie pandemii.”* Wszystkie statystyki międzynarodowe opierają się na identycznej metodzie rachunków zdrowia. Na potrzeby raportowania do organizacji międzynarodowych (UE, WHO, OECD) GUS wykorzystuje tę metodę i tylko wskaźniki obliczone wg tej metody są



porównywalne. Wzrost lub brak wzrostu wartości jakichś wskaźników nie może wynikać z zastosowania takiej czy innej metody obliczania, a tym bardziej z przyjętych w konkretnych krajach źródeł pokrywania niektórych wydatków na zdrowie. Metodologia, na której opierają się rachunki zdrowia obejmuje bowiem wszystkie źródła finansowania wydatków zdrowotnych.

Pewien niedosyt budzi niejasne i rozproszone w kilku miejscach pracy wyjaśnienie istoty i skutków wprowadzenia w roku 2017 przez ówczesnie rządzącą koalicję Zjednoczonej Prawicy odmiennego sposobu obliczania udziału wydatków publicznych na zdrowie w PKB, sposobu wielce kontrowersyjnego, gdyż w sposób manipulacyjny „poprawiającego” w oczach opinii publicznej poziom wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Wtedy to, pod presją protestów środowiska lekarskiego (głównie lekarzy rezydentów) domagającego się znacznego zwiększenia wydatków poziomu finansowania ochrony zdrowia, rząd zobowiązał GUS do obliczania wskaźnika wydatków publicznych na zdrowie w PKB jako udziału bieżących wydatków publicznych w roku N w PKB z roku N-2. Autor dysertacji kilka razy wskazuje na ten problem, pierwszy raz na str. 53 w przypisie dolnym nr 126, jednak dotyka nie jego istoty. Nie jest to bynajmniej jedynie problem metodologiczny (co Autor sugeruje na stronie 175)

Kończąc ocenę pierwszego rozdziału pracy zwracam uwagę jeszcze na kilka pomniejszych niedopowiedzeń i niedociągnięć. Niezrozumiałym dla mnie jest użycie słowa „mimo” we fragmencie zapisanym na stronie 36: *„Najczęściej używanymi i jednocześnie najprostszymi wskaźnikami jest oczekiwana średnia długość życia (mimo koncepcji pół zdrowia, zgodnie z którą ochronie zdrowia przypisuje się sprawczość w poprawie zdrowia na poziomie 10%) ...”*. Z kolei na stronie 52 Autor pisząc o programach zdrowotnych partii politycznych Trzecia Droga, Lewica i Konfederacja wskazuje na ich miejsce w sondażach przedwyborczych używając czasu teraźniejszego (*„partie zajmują kolejne miejsca w sondażach przedwyborczych”*). Z kontekstu wynika, że opis odnosi się do sytuacji sprzed wyborów parlamentarnych z roku 2023, a zatem wskazane byłoby użycie czasu przeszłego

Mimo stwierdzonych niedociągnięć odnoszących się głównie do aspektów ekonomicznych pierwszy rozdział recenzowanej pracy doktorskiej spełnia swoją rolę jako wprowadzenie w temat dysertacji. Stanowi on ciekawe i przydatne tło teoretyczno-analityczne dla rozważań zawartych w kolejnych rozdziałach.

Rozdział drugi

W drugim rozdziale pracy Autor poddaje analizie prawo Unii Europejskiej w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej i praw obywateli krajów Unii Europejskiej do świadczeń medycznych w ramach tej opieki. Na podkreślenie zasługuje dokładność i szczegółowość analizy, jej spójność oraz klarowność. Opis regulacji zgodny z chronologią ich wprowadzania ułatwia nieobeznanym w procedurach prawnych czytelnikom zrozumienie istoty i ducha implementowanych rozwiązań, ich uzasadnienia, nader wszystko jednak pozytywnych konsekwencji dla obywateli, konsekwencji w postaci uzyskania dodatkowych (wobec praw wynikających z ustawodawstwa krajowego) możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych. Ponadto w rozdziale drugim Autor przedstawia analizę korzystania przez obywateli krajów Unii Europejskiej z przysługujących im praw do świadczeń medycznych w ramach opieki transgranicznej.

Bardzo wysoko oceniam przygotowanie tego rozdziału, co nie oznacza braku jakichkolwiek uwag. Pierwsza dotyczy fragmentu zapisanego na stronie 83: *„W literaturze przedmiotu zwraca się jednak uwagę na zagrożenia wiążące się z implementacją dyrektywy 2011/24/UE. Przede wszystkim rozwiązanie to premiuje mobilnych, elastycznych, dobrze poinformowanych i dobrze sytuowanych świadczeniobiorców, którzy będą w ten sposób omijać kolejki, równocześnie pogarszając sytuację najłabszych poprzez wykorzystywanie środków publicznych.”* Jako czytelnika (i recenzenta) pracy interesowałoby mnie nie tylko odniesienie do literatury przedmiotu, ale też dokładniejsze uzasadnienie dla obaw wyrażonych we wskazanym zdaniu.

Z kolei na stronie 95 pojawia się tabela zatytułowana *„Liczba wniosków o refundację świadczeń niewymagających uprzedniej zgody”*. Ponieważ zawiera ona dane dotyczące wyłącznie roku 2015 słusznym byłoby wskazanie na ten fakt w jej tytule. Przede wszystkim brakuje mi jednak prezentacji podobnych danych dla kolejnych lat, najlepiej w jednej zbiorczej tabeli, która pozwoliłaby na szybkie rozpoznanie trendów dotyczących kształtowania się liczby wniosków o refundację świadczeń nie wymagających uprzedniej zgody w analizowanym przedziale czasowym.

Moją wątpliwość budzi ponadto stwierdzenie zapisane u góry strony 101 *„Raport dotyczący korzystania z opieki transgranicznej w 2020 r. należy uznać za niereprezentatywny.”* Autor nie wyjaśnił, czego miałyby dotyczyć niereprezentatywność cytowanego raportu. Fakt, że raport dotyczy szczególnego roku, w którym świat borykał się z pandemią SARS-Cov-2, nie oznacza jeszcze automatycznie, że jest on niereprezentatywny.



Rozdział trzeci

Rozdział trzeci recenzowanej pracy poświęcony jest rozwiązaniom w zakresie opieki transgranicznej przyjętym w Republice Federalnej Niemiec. Rozdział rozpoczyna się od dość szczegółowego opisu systemu ochrony zdrowia w Niemczech, kluczowych jego instytucji oraz zasad finansowania systemu. Bardzo interesujący jest fragment (podpunkt 3) pokazujący ewolucję systemu, fragment oparty na analizie aktów prawnych inicjujących kolejne reformy poczynając od roku 1999 a kończąc na roku 2024. Bardzo szczegółowy opis reform zawarty na 20 stronach tekstu jest niezwykle pomocny w zrozumieniu logiki reform podejmowanych w Niemczech. Ułatwia również zrozumienie logiki implementacji zasadniczych dla tematu pracy rozwiązań prawnych odnoszących się do opieki transgranicznej. Dlatego też oceniam ten fragment, jak i cały rozdział pozytywnie.

Jedynie uwagi krytyczne odnoszą się do kwestii technicznych. Pierwsza dotyczy rzucającej się w oczy liczby błędów literowych popełnionych przy zapisywaniu niemieckich wyrazów. Doktorant nie zawsze używa niemieckich „umlautów”, choć czasami to czyni. W wielu zapisach pojawiają się błędy (np. *Institut fuer Qualitaets-sicherung*, stronie 114 – *Qualitätssicherung* pisze się razem, *Gesetzt* w przypisie 261(i nie tylko tam) – prawidłowy zapis to *Gesetz*, czy „*Pfledge-Neuaustrichtungsgesetz*“ – prawidłowy zapis *Pflege-Neuaustrichtungsgesetz*). W zapisie pozycji 16 literatury „*Beacker G., Bispinck R., Naegele G., Sozial Politik und soziale Lage in Der Bundesrepublik Deutschland. Ein Handbuch, Springer 2020*” nie licząc umlautów Doktorant popełnił aż trzy błędy.

W kilku miejscach warto było uaktualnić informacje, np. podać najnowszą górną granicę obowiązku ubezpieczenia w GKV (na stronie 116 podano granicę obowiązującą w roku 2020). Z kolei na stronie 121 nie wskazano roku, do którego odnoszą się liczby ubezpieczonych w poszczególnych rodzajach kas chorych. Ponadto instytucje oferujące prywatne ubezpieczenia zdrowotnej nie nazywa się „prywatnymi kasami zdrowia” (strona 121). Także w tym rozdziale rekomendowałbym dokładne sprawdzenie tekstu pod kątem używanego czasu. Na str. 136 odnosząc się do reformy z roku 2019 Doktorant używa czasu przyszłego, chociaż właściwym wydaje się być użycie czasu przeszłego (lub teraźniejszego). Do pomniejszych niedociągnięć można zaliczyć też pozostawienie na wykresie 10 angielskiego zapisu Polski (Poland), podczas gdy wszystkie inne kraje zapisano po polsku, np. Niemcy czy Grecja.

Jedyny błąd merytoryczny zauważony przeze mnie w rozdziale trzecim dotyczy znów kwestii ekonomicznej. Na stronie 142 Doktorant zapisał: „*Największa różnica*



występuje w obszarze odsetka wydatkowanego na leczenia zamknięte, w Polsce pozycja ta oscyluje ok połowy całego budżetu podczas gdy w Niemczech niewiele przekracza jedną czwartą.” Porównanie dokonane przez Doktoranta nie jest poprawne. Porównuje on bowiem udział wydatków na zdrowie w wydatkach NFZ, największego, ale tylko jednego z wielu płatników w polskim systemie ochrony zdrowia, z udziałem wydatków na leczenie zamknięte w wydatkach całkowitych ponoszonych na zdrowie w Niemczech. Poprawnym byłoby porównanie udziału wydatków na leczenie zamknięte w wydatkach całkowitych w obu krajach, albo porównanie wydatków na leczenie zamknięte w wydatkach ubezpieczycieli zdrowotnych w obu krajach. Zresztą na stronie 175 Autor powołując się na publikację GUS Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021r. podaje udział wydatków na szpitale w całkowitych wydatkach na zdrowie w Polsce, w wysokości 30,9%. Nie podaje jednak roku, do którego ta informacja się odnosi. Nawet jeśli podany przez Doktoranta udział wydaje się być mocno zaniżony – wg mojej wiedzy udział wydatków na szpitale w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia nie spadł nigdy w ostatnich dekadach poniżej poziomu 38% - to i tak jest on znacząco niższy niż udział wydatków na leczeni stacjonarne w bieżących wydatkach NFZ.

Rozdział czwarty

Rozdział czwarty dysertacji poświęcony jest analizie polskich rozwiązań w zakresie opieki transgranicznej. Zaczyna się on od dokładnego opisu polskiego systemu ochrony zdrowia, jego finansowania oraz reform przeprowadzonych od 1999 r. Kolejny podpunkt odnosi się do praw polskich pacjentów. Podpunktu takiego nie ma rozdziale dotyczącym rozwiązań niemieckich. Ostatni podpunkt dotyczy implementacji przepisów unijnych dotyczących opieki transgranicznej w prawie polskim. Inaczej niż w przypadku Niemiec analizę konsekwencji implementacji tychże przepisów w postaci korzystania przez polskich pacjentów z wynikających z nich praw Doktorant wyłączył do odrębnego piątego rozdziału. Można takie specjalne potraktowanie Polski uznać za uzasadnione zważywszy na fakt kraju pochodzenia Doktoranta i kraju złożenia pracy doktorskiej, jednak z punktu widzenia sformułowanego tematu pracy korzystniejszym byłoby (w mojej opinii) zastosowanie identycznej struktury analizy w przypadku obu porównywanych krajów.

W opisie i analizie polskich rozwiązań Doktorant dochował podobnych standardów szczegółowości, klarowności i logiki, jakie charakteryzują rozdział trzeci i nie popełnił przy tym większych błędów merytorycznych. Jednak i w tym rozdziale widoczne są dość liczne pomyłki pisarskie (np. *goal keeper* zamiast *gate keeper* na stronie 157, pomyłka w zapisie



źródła do tabeli 10, *Polka* zamiast *Polska* na stronie 178 i kilka innych). W tytule tabeli nr 10 brakuje określenia roku, do którego odnoszą się zaprezentowane dane. Wymieniając na stronie 171 grupy osób płacących składki na ubezpieczenie zdrowotne w NFZ zapomina o kilku ważnych grupach, w tym o niepracujących osobach pobierających emerytury i renty oraz o rolnikach.

Powracając do wspomnianego już wyżej sposobu obliczania udziału wydatków publicznych na zdrowie zainicjowanego przez ówczesnie rządzących w kraju w roku 2017 Autor stwierdza na str. 175: *„Dla poprawności metodologicznej trzeba zwrócić uwagę na fakt, że na potrzeby liczenia ustawowego odsetka przeznaczanego na ochronę zdrowia przyjęto inną definicję kosztów składowych ochrony zdrowia niż definicja stosowana przez międzynarodowe instytucje statystyczne”*. W mojej opinii nie chodzi tylko o poprawność metodologiczną. Przyjęta przez rząd Zjednoczonej Prawicy definicja udziału wydatków publicznych na zdrowie sprawia, że wydatki te są rokrocznie o kilkadziesiąt miliardów niższe, niż byłyby, gdyby ustalane były na bazie uniwersalnego wskaźnika przyjętego na świecie.

Także w rozdziale czwartym wskazać należy na pewne nieścisłości odnoszące się do kwestii ekonomicznych i finansowych. Na stronie 175 Autor pisze: *„Charakterystyczny dla Polski jest utrzymujący się, relatywnie wysoki udział wydatków na leczenie szpitalne. Pozycja ta została dodatkowo wzmocniona po utworzeniu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tak zwana sieć szpitali), która poprzez przeniesienie części ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do szpitali zwiększyła finansowanie właśnie leczenia szpitalnego.”* Przeniesienie części ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do szpitali w procesie tworzenia sieci nie zwiększyło finansowania leczenia szpitalnego. W rachunkach międzynarodowych (rachunki zdrowia wg funkcji) wydatki na to leczenie są wykazywane odrębnie od wydatków na opiekę ambulatoryjną. Mogło natomiast dojść do zwiększenia przepływu środków do szpitali, ale to już jest odrębny rachunek w ramach systemu narodowych rachunków zdrowia – rachunek wg dostawców. Leczenie szpitalne to nie to samo co leczenie przez jednostki szpitalne. Błąd ten powtarza się na stronie 176.

Jako recenzent zawsze zwracam szczególną uwagę na właściwe przytaczanie źródeł. W jednym miejscu, tj. na stronie 179 bardzo brakuje mi podania źródła, tym bardziej, że dotyczy niezwykle kontrowersyjnej kwestii dopuszczenia w systemie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Doktorant pisze tam: *„W publicznym dyskursie dużo uwagi poświęca się dwóm obszarom, które mają duże znaczenie z punktu widzenia rozumienia*



praw pacjentów. Dotyczy to, po pierwsze, słowa „równy”. Wielu komentatorów uważa, że jest to jednoznaczne z brakiem możliwości wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako godzących w prawa pacjenta”, nie podaje jednak żadnego wskazania na choćby jednego z owych komentatorów.

Wskazane niedoskonałości nie zmieniają jednak mojej ogólnej pozytywnej oceny opracowania rozdziału czwartego.

Rozdział piąty

Rozdział piąty recenzowanej pracy został poświęcony analizie danych liczbowych dotyczących korzystania przez polskich pacjentów z różnych możliwości uzyskania świadczeń medycznych w ramach opieki transgranicznej. Głównie na podstawie tej analizy, ale również wcześniej dokonanej analizy niemieckich wydatków na opiekę transgraniczną doktorant dochodzi do wniosku stanowiącego o weryfikacji postawionej hipotezy badawczej, że *„restrykcyjna implementacja dyrektywy 2011/24/UE, a wskutek tego limitowanie polskim pacjentom dostępu do świadczeń transgranicznych nie ma uzasadnienia z punktu widzenia stabilności finansowej polskiego systemu ochrony zdrowia”*.

Rozdział opracowany jest poprawnie, chociaż w niektórych miejscach wskazane byłoby umieszczenie dodatkowych wyjaśnień, szczególnie gdy Autor używa bardzo mocnych sformułowań mogących zostać uznane przez czytelnika za wręcz oskarżycielskie. Przykład takiego sformułowania stanowi fragment zapisany na stronie 208: *„Mimo tego jedyny, opisywany w niniejszym rozdziale obszar terapeutyczny (okulistyka) w którym rzeczywiście widać było migracje pacjentów z obszarów przygranicznych, był w całości sztucznie generowany przez świadczeniodawców wykorzystujących długie kolejki na jeden konkretny zabieg.”* Sądzę, że to nie świadczeniodawcy czescy generowali sztuczny popyt polskich pacjentów na zabiegi usunięcia zaćmy, ale ten wykreowany został przez nieracjonalnie restrykcyjne limity, jaki NFZ wyznaczył w tym obszarze polskim świadczeniodawcom. To dzięki polityce NFZ w zakresie kontraktowania zabiegów usunięcia zaćmy zagraniczni świadczeniodawcy mogli zwiększyć swoje przychody.

Podsumowanie

Ogólnie pozytywnie oceniam przedstawioną mi do recenzji pracę doktorską pana mgr. Grzegorza Byszewskiego. Doktorant podjął w swej dysertacji ciekawy i bardzo ważny



temat z punktu widzenia kształtowania polityk publicznych, temat do tej pory słabo rozpoznany. Podjęty przez Doktoranta temat jest jednak ważny nie tylko z naukowego czy politycznego punktu widzenia. Jest on również kluczowy z perspektywy tworzenia rozwiązań sprzyjających optymalizacji zaspakajania potrzeb zdrowotnych obywateli krajów Unii Europejskiej. Tym samym Doktorant swoją pracą przyczynił się do rozwinięcia dostępnej wiedzy, co jest jednym z warunków dla uzyskania pozytywnej oceny w przewodzie doktorskim.

Mimo wskazanych niedociągnięć i błędów uznaję pracę w sumie za przygotowaną poprawnie. Sposób przedstawiania faktów oraz logiczny tok argumentacji ułatwia czytelnikowi zrozumienie całego wywodu.

Wersja pracy przedstawiona do recenzji we wrześniu 2024 r. zasadniczo różni się od tej złożonej w kwietniu 2023 r., wersji, której w żaden sposób nie mogłem uznać za zasługującą na pozytywną ocenę. Wersja pracy złożona w kwietniu ubiegłego roku zawierała jednak znaczące poprawnie opracowane fragmenty, które skłoniły mnie do złożenia propozycji odesłania pracy Doktorantowi do poprawy. Praca, której recenzję zawarłem powyżej jest wynikiem tejże poprawy. Doktorant bardzo skrupulatnie odniósł się do wszystkich spisanych w ubiegłym roku uwag. Nie tylko zmodyfikował temat pracy dostosowując go do zawartości dysertacji (jeden z głównych zarzutów w recenzji z wiosny 2023 r. dotyczył całkowitego braku powiązania treści pracy z jej tytułem), ale także uaktualnił pracę sięgając do nowszych doniesień naukowych odnoszących się do tematu oraz, w wielu przypadkach, aktualnych danych statystycznych. Poprawione zostały również wszechobecne w poprzedniej wersji błędy w opisie systemów zdrowotnych. Ponadto w obecnej wersji opis niemieckiego systemu oraz reform w nim prowadzonych nie jest już oparty na informacjach zamieszczonych na jednej stronie internetowej, lecz opiera się na analizie aktów prawnych. Doktorant usunął również absolutną większość nieuprawnionych i nie opartych na faktach stwierdzeń.



Konkluzja końcowa

W konkluzji stwierdzam, że recenzowana rozprawa doktorska spełnia wymogi stawiane rozprawom doktorskim określone w art. 187 p. 1-2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2023, poz. 742).

W związku z powyższym wnoszę do Rady Naukowej Dyscyplin Nauki o Polityce i Administracji oraz Nauki o Bezpieczeństwie, Uniwersytetu Warszawskiego o dopuszczenie mgr Grzegorza Byszewskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Kraków, 14.10.2024

Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM
Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego

dr hab. Christoph Sowa, prof. UJ
kierownik Zakładu

