

Prof. zw. dr hab. Andrzej Świątkowski

Recenzja poprawionej pracy doktorskiej  
mgr Grzegorza Byszewskiego, doktoranta Wydziału Nauk Politycznych  
i Studiów Międzynarodowych Uniwersytetu Warszawskiego  
pod tytułem „*Prawa pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej  
na przykładzie Polski i Niemiec*”,  
napisanej pod kierownictwem naukowym prof. dr hab. Gertrudy Uścińskiej w 2023 r.

Zamierzeniem doktoranta jest porównanie rozwiązań w zakresie dostępu do opieki transgranicznej w Polsce i w Niemczech. Na podstawie analiz danych sprawozdawczych oraz corocznych raportów statystycznych Komisji Europejskiej ustalał odsetki wydatków na świadczenia zdrowotne udzielane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej. Między innymi stwierdził, że odsetek wydatków na świadczenia zdrowotne poza państwem polskim nigdy nie przekroczył 1%. Na tej podstawie doszedł do wniosku, że 0,71% wydatku na takie świadczenia nie stanowią poważnego wyzwania dla finansów ochrony zdrowia systemu krajowego. Na tej podstawie stwierdził też, że restrykcyjny model wdrażania dyrektywy 2011/24/EU w Polsce nie ma uzasadnienia.

Jest to stwierdzenie istotne, albowiem polskie władze państwowe dotychczas stosowały nieuzasadnioną niczym praktykę możliwości destabilizacji wskutek zwiększenia liczby osób korzystających z ochrony zdrowia poza granicami naszego kraju. Odkrycie tej prawidłowości umożliwiło doktorantowi odmienne od dotychczasowych, stosowanych przez krajową politykę ochrony zdrowia w Polsce, istotne z punktu widzenia stwierdzenie, że dostosowanie polskich norm ochrony zdrowia nie wpływa istotnie na finanse właściwych instytucji zajmujących się ochroną zdrowia Polaków. Jest to pierwsza zaleta tej pracy. Jej autor bowiem uczynił nieśmiały krok w kierunku przybliżenia szansy ochrony zdrowia obywateli polskich poza granicami naszego państwa.

Z drugiej jednak strony Autor niemal natychmiast przypomniał czytelnikom oraz uratował pozycję instytucjom oraz osobom zajmującym się formalnie ochroną zdrowia w państwie, że trudno jest mu samemu wyobrazić sobie możliwość stworzenia na znacznej części kontynentu europejskiego wspólnego rynku usług medycznych. Autor nie uzasadnia tego stwierdzenia. Przeciętny czytelnik mógłby pomyśleć, że tego typu rynek w państwach mógłby funkcjonować na zasadach podobnych, jakie zostały stworzone znacznie wcześniej na części kontynentu europejskiego już w latach pięćdziesiątych dwudziestego wieku. Nie od razu wszystkim obywatelom, lecz jedynie pewnej ich części. Dla zapewnienia chorym Polakom, oczekującym na

wizytę u lekarza nawet kilka lat lepszej sposobności doktorant pisze, że dążenie do wyrównania standardów ochrony zdrowia w Unii Europejskiej może zostać zrealizowane. Nie pisze wprawdzie kiedy i jak to się stanie, ale wskazuje z koncepcji teorii polityk publicznych, która zakłada cyrkulacyjny model ciągłej poprawy przyjmowanych i stosowanych przez państwa unijne rozwiązań.

Niestety, nie wspomina nawet, jakie są to rozwiązania oraz próby sprzyjające i służące osiągnięciu tego celu. Wskazując jednak na Komisję Europejską i kierunek przez nią wybrany, doktorant wydaje się akceptować dostrzeżone propozycje. Powołuje się przy tym na plany i działania na rzecz European Health Data Space. Jego zdaniem model ciągłego udoskonalania działań na własną rzecz, a więc kontynuację ciągłego doskonalenia, przechodzi poszczególne stopnie ewolucji, oczywiście na korzyść idei lepszej ochrony zdrowia. Trudno zorientować się kto zarządzający ochroną zdrowia w Polsce i w innych państwach Unii Europejskiej, czy też inne osoby niebędące w pełni zdrowia, zaproponują wprowadzenie zmian, jakie dostosują obowiązujące prawo o ochronie zdrowia do zmieniającego się otoczenia oraz zezwolą (komu?) na weryfikację wstępnie założonych celów. Zdaniem doktoranta sprawy związane z tematyką transgranicznej ochrony zdrowia obywateli polskich i niemieckich pozostają w chwili obecnej na etapie wdrożenia. Chodzi mu najprawdopodobniej o cyrkulacyjny model ciągłego udoskonalenia. Podkreśla, że po wdrożeniu „danego” rozwiązania powinna nastąpić (sama z siebie?) jego ewaluacja.

Następny etap to propozycja wprowadzenia zmian umożliwiających dostosowanie tego procesu do ochrony zdrowia. Zdaniem doktoranta zainicjowane zmiany powinny pozwolić (komu?) na weryfikację wstępnie założonych celów. W jego ocenie kwestie związane z opieką transgraniczną w ujęciu krajowym (tylko Polska albo Niemcy) oraz międzynarodowym (Polska – Niemcy), a prawdopodobnie także inne państwa członkowskie Unii Europejskiej (nie pisze które, również oddalone od Polski i Niemiec, jak na przykład Portugalia) zatrzymały się na etapie wdrożenia. Doktorant delikatnie krytykuje wkład Komisji Europejskiej, dla której państwa członkowskie Unii przygotowują raporty zawierające opisy zastanego stanu rzeczy, ale nie znaków ewaluacji. Zaznacza, że przygotowana przez niego dysertacja może stanowić wkład w dyskusję merytoryczną nad potrzebą przeprowadzenia rzetelnej analizy post factum ustawy implementującej dyrektywę. Według niego zastosowanie narzędzi znanych (?) z teorii polityk publicznych mogłoby zezwolić na optymalizację procesu i dostosowania zapisów dyrektywy 2011/24/EU oraz polskiej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej w naszym kraju ze środków publicznych do potrzeb i oczekiwań obywateli naszego państwa, a także całej Europy. Jako przykład, że jest to możliwe, doktorant podaje uproszczenie procesu ubiegania się

w Polsce o uprzednią zgodę na leczenie poza krajem „ubezpieczenia”. Jego zdaniem warto jest również rozważyć czasową zmianę wymogu posiadania uprzedniej zgody chorego na leczenie za granicą przy pozostawieniu maksymalnego rocznego limitu wydatków na świadczenia transgraniczne.

Na ostatnich stronach (230–235) zaznaczył w pracy doktorskiej zakres swojego zainteresowania prawa osób chorych do korzystania z szans, jakie stwarza transgraniczna opieka zdrowotna. Podkreśla również, co uważam za istotne, działania na rzecz pogłębienia wiedzy Polaków o dyrektywie transgranicznej i korzyściach z niej płynących dla osób dbających o ochronę własnego (chorzy) i cudzego (pracownicy medyczni) zdrowia.

Moje wysiłki na rzecz obiektywnej opinii doktoranta o jego pracy o prawach pacjentów do transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej są poprzedzone: wstępem (s. 5–12) i pięcioma rozdziałami: I – Ochrona zdrowia w nauce o politykach publicznych (s. 13–59); II – Prawa pacjentów do transgranicznych świadczeń medycznych w prawie UE (s. 60–109); III – Niemiecki model opieki transgranicznej (s. 110–153), IV – Polski model opieki transgranicznej (s. 154–206); V – Analiza danych Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie korzystania z transgranicznych świadczeń zdrowotnych (s. 207–229). Pracę kończy sześciostronicowe zakończenie oraz bibliografia (książki i artykuły zawierające 55 fachowych pozycji na temat zabezpieczenia społecznego). O zagadnieniach podjętych i przedstawionych w pracy doktorskiej doktorant korzystał z wielu pozycji naukowych z dziedziny polityk publicznych i administracji napisanych przez pisarzy akademickich z renomowanych krajowych ośrodków nauki i szkolnictwa wyższego: Warszawa, Poznań, Katowice, Kraków. Bogate są rubryki międzynarodowych (20 pozycji, s. 238–239), a także polskich aktów prawnych (46 pozycji, s. 239–241). Przeważnie jednak doktorant korzystał z raportów i analiz oraz stron internetowych zawierających informacje polskie i zagraniczne (52 pozycje, s. 241–244).

Studiując jego pracę doktorską, można było oczekiwać wiedzy świadczącej o transgranicznej ochronie zdrowotnej w RFN. 28 tabel, 13 wykresów, 2 zestawienia i 1 rysunek prezentujący wymiary analizy stanu finansów sektora zdrowotnego w Polsce zamieszczony w drugiej Zielonej księdze (Warszawa 2008) dowodzi rozeznania doktoranta w problematyce podjętej w celu uzyskania stopnia doktora. Rzecz leży tylko w tym, czy zgromadzone przez doktoranta dane zostały przez niego dostatecznie wykorzystane w pracy doktorskiej nad ochroną uprawnień pacjentów potrzebujących i zainteresowanych transgraniczną ochroną zdrowotną. Zamierzenia doktoranta usytuowane we wstępie świadczą, iż korzystając z wyrażeń języka sportowego „wziął on zbyt długi rozbieg”.

Dokładna analiza wszystkich wymienionych wyżej rozdziałów wykazała jednak, że niektóre zostały przez niego przedstawione niezbyt głęboko. Nie czynię mu z tego tytułu wyrzutu. Zastrzegam również, że ujawniona na początku pracy opinia o rozmyślaniach doktoranta nad zagadnieniami prawnymi oraz społecznymi i ekonomicznymi nie wywiera żadnego wpływu na przyznanie mu stopnia naukowego, o który się ubiega. Pisząc o tym w tym miejscu, pragnę nawiązać z doktorantem konwersację na temat problemów, jakie natrafiają nie tylko pacjenci, pracownicy medyczni oraz podmioty zarządzające w wybranych przez doktoranta państwach członkowskich Unii Europejskiej. Mam na względzie nie przykłady wymienione w tytule rozprawy doktorskiej: Polskę i Niemcy. Swoim postępowaniem recenzent nie krytykuje doktoranta, lecz chciałby bliżej poznać jego zapatrywania i stanowisko w kwestiach, które go zainteresowały podczas lektury przedstawionej przez niego pracy doktorskiej.

We wstępie między innymi przedstawia trzy cele rozprawy doktorskiej. Są to: 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; 3) ilościowa analiza następstw oraz częstotliwość korzystania przez obywateli Polski z obowiązujących zapisów (s. 8–9).

Celem doktoranta jest zweryfikowanie postawionej przez władze państwowe tezy, wedle której ograniczenie pacjentom w Polsce dostępu do świadczeń zdrowotnych za granicą nie ma uzasadnienia z perspektywy stabilności finansowej państwa członkowskiego UE. Udzielenie tego rodzaju odpowiedzi na prowadzoną politykę publiczną jest uzależnione od opisu rozwoju współpracy międzynarodowej w sprawach zdrowotnych. Jest to sprawa nie łatwa, ponieważ państwa członkowskie zbudowały niejednakowe modele ochrony zdrowia. Nie posługują się więc identycznym modelem tej ochrony, co oznacza istnienie rozmaitych poziomów finansowania systemu tej ochrony. Doktorant zmierza we właściwym kierunku, dążąc do ustalenia, czy państwowi decydenci mają świadomość znaczenia ochrony zdrowia, ważności i wartości prawnej praw osób wymagających takiej ochrony. Pewnym mankamentem przygotowania takiej analizy jest bardzo powierzchowne stwierdzenie art. 13 Europejskiej Karty Praw Społecznych na jednej czwartej strony (s. 63) recenzowanej rozprawy. Doktorant nie podjął działań dla ustalenia wartości zdrowia obywateli państw członkowskich Rady Europy. Nie rozważył i nie ocenił więc zasadności polityki ochrony zdrowia w państwach członkowskich Unii Europejskiej, a w szczególności pozycji osób wymagających ochrony w Polsce

Więcej miejsca poświęcił tego typu regulacjom prawnym sformułowanym w aktach prawa unijnego. Na ich podstawie stwierdził, wskazując art. 116 TFUE, że w ramach wspólnego rynku gwarantowany jest wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego. Nie wyjaśnił jednak, dlaczego w UE jest tak dobrze, a niektórych jej państwach członkowskich pacjentom wiedzie się znacznie gorzej? Relacje między unijnym systemem prawa o ochronie zdrowia a systemem tego rodzaju prawa w poszczególnych państwach członkowskich nie sposób ustalić, ograniczając się do wyłącznie cytowania i porównywania norm prawa unijnego z przepisami prawnymi obowiązującymi w państwach członkowskich UE, jakie doktorant w swoich wywodach przywołuje. Oczywistym następstwem jego postępowania muszą być – i są – powierzchowne wnioski. Na przykład na (s. 76) doktorant pisze o rozszerzeniu uprawnień pacjentów w sprawach dotyczących transgranicznego leczenia i jednocześnie wskazuje na uznaniowy charakter podejmowania przez państwowe władze uznaniowych decyzji. Nie wyjaśnia także, co rozumie pod sformułowaniem odnoszącym się do praw pacjentów „w sprawach ich stosowania”. Trafnie wskazuje na potrzebę kontrolowania samowoli władz administracyjnych. Wymienia obowiązki ustalone w art. 9 ust. 3 i 5 dyrektywy 2011/24/UE. Wskazuje na możliwość odstąpienia od generalnej zasady. Słusznie wywodzi, że państwo, w którym pacjent został ubezpieczony, powinno przestrzegać zasad skuteczności opieki wobec pacjenta. Mimo że wypowiada się w sprawach uregulowanych przepisami prawa polskiego, wzorowanego na prawie unijnym, nie konkretyzuje powyższego stwierdzenia (s. 81–82).

Moim zdaniem jego wywody są znacznie bardziej entuzjastyczne od sytuacji panującej w niektórych państwach członkowskich UE. Dwa równoległe obowiązujące unijne akty prawne – rozporządzenie 883/2004 oraz wymieniana wcześniej dyrektywa 2011/24/UE nie zezwalają pacjentom na korzystanie z tej podstawy prawnej, jaka jest dla nich (tych pacjentów) korzystniejsza. Autor wskazuje na różnice fiskalne, w sprawach ponoszenia kosztów opieki zdrowotnej administracyjnej. Pisze, że literatura przedmiotu szeroko rozważa te kwestie. Tymczasem publikacja, na którą doktorant się powołuje wskazuje na procedury postępowania administracyjnego w sprawach dotyczących ochrony zdrowia (s. 85).

Mało skutecznie zostały wykorzystane przez doktoranta orzeczenia TSUE w sprawach odnoszących się do ochrony uprawnień przysługujących pacjentom. Doktorant powołuje pięć wyroków, z których dwa odnoszą się do praw pacjentów (s. 87). Nie wskazuje hipotezy, jaką może uzyskać po nieco obszerniejszym (trzy czwarte jednej strony maszynopisu) opisie sprawy o sygnaturze C-385/99). Wskazuje na bogate orzecznictwo wykorzystane przez podmioty prawne stosujące rozporządzenie 883/2004, a wskazuje czytelnikowi jedynie 10 orzeczeń TSUE. W końcowym zdaniu rozdziału II stwierdza, że linia orzecznictwa TSUE jest stała. Czyni

to, zwracając uwagę czytelnika za interesowanego podwójną ochroną prawną (rozporządzenia 883/2004 oraz dyrektywy 2011/24/UE), że powyższa linia znajduje się w wyrokach wydawanych na podstawie przepisów jednego tylko unijnego aktu prawnego – dyrektywy 2011/24/UE.

Na uwagę zasługuje ocena doktoranta efektów postępowania kontrolnego Komisji Europejskiej, która w pierwszym z 2014 roku oraz kolejnych raportach przedstawiała przyczyny procesów implementacji omawianej w rozprawie dyrektywy. Szkoda jedynie, że w tabeli 3 na stronie 94 nie wymienił Niemiec, z którymi Polska podejmuje działania dotyczące transgranicznej opieki zdrowotnej. Polska była liderem liczby otrzymanych zapytań o możliwości korzystania z pomocy transgranicznej. Na stronie 95 autor podaje liczbę wniosków przedstawionych w 2016 r., która przekroczyła 10,5 tysięcy. Doktorant podaje na stronach 95 i następnym liczbę zapytań zainteresowanych ochroną zdrowia w innym państwie, nie wyprowadza jednak z powyższych wyników konkretnych wniosków. Zgodnie z niepoddaną starannej analizie rzeczywistością doktorant uważa, że nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o znaczenie dyrektywy 2011/24/UE: „przełom czy nieduży krok”. Zwraca uwagę, że Polska i niektóre inne państwa podjęły wszelkie przewidziane dyrektywą 2011/24/UE w celu ograniczenia możliwości korzystania z opieki transgranicznej. Nie wyciąga jednak z powyższej obiektywnej konkluzji merytorycznych wniosków. Nie wiem, na jakiej podstawie twierdzi, że obiektywne skutki funkcjonowania dyrektywy będą możliwe do oceny dopiero po kilku latach od jej wdrożenia. Być może doktorant będzie mógł przedstawić w 2023 r. prognozę w sprawie powszechnej liberalizacji ochrony zdrowia w UE. Argument o braku kadr medycznych nie usprawiedliwia doktoranta przed próbą sformułowania takiej prognozy. Pisząc o powszechnym braku kadr medycznych (lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych i innych) w Europie, doktorant powinien rozważyć, czy są podstawy do tego, aby uważać, że kadry tych lekarzy, medyków i pielęgniarek przemieszczają się (albo dopiero w przyszłości przemieszczą się) do innych państw aniżeli UE albo do USA, bądź jeszcze gdzie indziej, do innej (jakiej?) części globu?

Jeśli Polska ma być partnerem transgranicznej opieki zdrowotnej, konieczne jest zapoznanie się z fragmentami, które umożliwią polskim obywatelom dbającym o zdrowie oraz instytucjom państwowym sektora medycyny zapoznanie się z szansą współpracy współdziałania wszystkim zainteresowanym osobom po obydwu stronach rzeczki Odry z możliwościami, z jakich – z korzyścią dla siebie i władz państwowych albo publicznych – z opieki zdrowotnej będą mogli skorzystać bez ograniczeń pacjenci w innym państwie, Niemcy w RP, a Polacy w RFN.

Doktorant umożliwia czytelnikowi zapoznanie się z niemieckim modelem systemu ochrony zdrowia, aczkolwiek w stosunkowo małym zakresie korzysta z literatury niemieckiej. Od 1 stycznia 2019 r. w Niemczech wprowadzono obowiązek ubezpieczenia społecznego zdrowotnego pielęgnacyjnego przez każdego rezydenta przebywającego na niemieckim terytorium. Obawiam się jednak, że z powyższej możliwości ochrony zdrowia rzadko będą korzystać Polacy. Dokonane przez doktoranta zapisy o warunkach ochrony zdrowia w Niemczech, w szczególności o niemieckich instytucjach ubezpieczeniowych, nie będą sprzyjały utworzeniu polsko-niemieckiego partnerstwa ubezpieczeniowego w zdrowotnej sferze sąsiadującej ze sobą ludności. System ochrony zdrowia w RFN jest od lat finansowany. Polskie władze, jak doktorant wcześniej zaznaczył, z dużym umiarem odnoszą się inwestowania w ochronę zdrowia samych Polaków. Czy można oczekiwać innego nastawienia naszych władz, państwowych i publicznych, do analogicznego nastawienia wobec osób niemających polskiego obywatelstwa. Doktorant uważa, że przeprowadzona analiza (nie pisze przez kogo) wskazuje na dużo większą dojrzałość organizacyjną, zarządczą i finansową niemieckiego systemu ochrony zdrowia. Jest to widoczne na bardzo wysokim, jak na europejskie standardy, poziomie finansowania systemu ochrony zdrowia w RFN. Czy tego typu stwierdzenie nie zamyka drogi do budowania systemów transgranicznej polsko-niemieckiej opieki zdrowotnej?

W kolejnym, czwartym rozdziale pracy, o polskim modelu opieki transgranicznej pisze – o czym uprzedza czytelnika – w „uproszczony sposób”. Przedstawia jednak charakterystyczną cechę tego systemu. Jest nią stan nierównowagi finansowej. Nie wiadomo czy jest on stały, czy też tylko przejściowy. Pozwala jednak domyśleć się statusu tego modelu, ponieważ pisze, że jest on (system) „w permanentnym stanie równowagi finansowej”. Doktorant tak uważa nawet po przedstawieniu kluczowych zmian w polskim systemie zdrowia przeprowadzonych w piętnastu latach (2004–2019). Po przedstawieniu 26 zmian tego „modelowania” prezentowanego bez komentarzy przez doktoranta na stronach 163–170 manuskryptu rozprawy doktorskiej autor rozprawy zajął się zasadami finansowania i ich poziomem systemu ochrony zdrowia. Uświadomił czytelnikom, że zmiany wprowadzone w życie w ostatnich kilku latach w prawnych ramach „Polskiego Ładu” poważnie zwiększyły obciążenia podatników. Kilukrotne nowelizacje w latach 2017–2021 być może pokażą, o ile wzrośnie poziom wydatków publicznych na zdrowie. Doktorant odkrywa, że Polska wydaje bardzo niskie kwoty na ochronę zdrowia (s. 175–176). Zauważa jednak, że w ostatnich latach wydatki na ochronę zdrowia rosną dynamicznie.

Przedstawione przez niego uwagi nie stoją na przeszkodzie analizowaniu zasad korzystania przez Polaków ze świadczeń transgranicznych. W następstwie nowelizacji przepisów

zabezpieczenia społecznego i dyrektywy UE polskie władze rozszerzyły prawo do leczenia transgranicznego w Islandii, Norwegii i Lichtensteinie. Doktorant nie komentuje tego sukcesu. Rozpoczyna debatę nad efektami korzystania z leczenia transgranicznego na podstawie rozporządzenia 883/2004. Koncentruje się na procedurach administracyjnych. Powraca jednak do dyrektywy 2011/24/UE. Jego stosunkowo obfite wywody nie przybliżają go, z wyjątkiem trafnej obserwacji na pierwszej stronie implementacji tej dyrektywy (pkt. 5.2), o wyborze przez Polskę modelu restrykcyjnego. Ta ocena jest dla doktoranta istotna dla toku dalszych analiz i rozważań – nie pisze jakich – zawartych w jego rozprawie doktorskiej.

Piąty rozdział został poświęcony zbieraniu danych Narodowego Funduszu Zdrowia i analizom korzystania z transgranicznych świadczeń zdrowotnych, a więc administracyjnej sprawozdawczości. Umożliwiają one orientację o liczbach osób, rodzajach świadczeń zdrowotnych, kosztach koordynacji stosowanej na podstawie i w ramach rozporządzenia 883/2004 i dyrektywy 2011/24/UE. Jego zdaniem analizy te wskazują, że Polacy względnie niechętnie korzystają ze świadczeń transgranicznych, doraźnych i planowanych. Nie są bowiem instruowani przez Narodowy Fundusz Zdrowia i administrację publiczną o możliwościach przysługujących im uprawnień dotyczących korzystania z opieki zdrowotnej poza państwem ubezpieczenia, czyli RP. Recenzowana praca doktorska przygotowana w Uniwersytecie Warszawskim na Wydziale Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych spełnia w całości podstawowe wymagania stawiane rozprawom doktorskim z zakresu polityk publicznych i administracji. Traktuje o jednym z ważniejszych zagadnień funkcjonowania Unii Europejskiej – ochronie zdrowia obywateli państw członkowskich tej Unii. Przedstawione w tej pracy wywody doktoranta umożliwiają debatę o prawach do transgranicznej opieki zdrowotnej w Unii Europejskiej.

W szerszym kontekście przedstawione wywody i rozwiązania na temat praw pacjentów, zastosowane przez doktoranta do opieki zdrowotnej, dotyczą dziedziny polityk publicznych i administracji. Uzasadniają one – czemu dano wyraz w całościowo pozytywnie zrecenzowanej rozprawie – dopuszczenie doktoranta, mgra Grzegorza Byszewskiego, do dalszych stadiów przewodu doktorskiego.

  
prof. zw. dr hab. Andrzej Świątkowski

Kraków, data 25.09.2024 r.