

Dr hab. Andrzej Wierzbicki
Profesor nadzwyczajny UW
Instytut Nauk Politycznych
Uniwersytet Warszawski

Warszawa, 06.06. 2015 r.

Recenzja rozprawy doktorskiej magistra Szymona Józefa Kawalko pt. *Współczesna polityka zdrowotna w Polsce w rzeczywistości europejskiej przestrzeni ochrony zdrowia*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wydział Nauk Społecznych, Olsztyn 2015, s. 462.

1. Ocena wyboru tematu

Reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce, rozpoczęta w 1999 roku nadal należy do jednych z największych wyzwań nie tylko polityki społecznej, ale także strategii rozwoju państwa opracowywanej przez każdy rząd. Dodatkowym czynnikiem było wstąpienie Polski w 2004 roku do Unii Europejskiej. Realizacja zadań w tym zakresie należy do polityki zdrowotnej państwa, jako jednej z polityk szczegółowych polityki społecznej. Zmiany w tej dziedzinie zarówno z punktu widzenia ekspertów jak i samych pacjentów nie są zadowalające. Przyjmując tradycyjne podejście do polityki społecznej jako „działalności zmierzającej do rozwiązywania kwestii społecznych”, kwestia zdrowia nie traci znaczenia i aktualności. Wraz z rozwojem społeczno-gospodarczym zmienia się oczywiście jedynie jej wymiar i zakres.

Dobór i sformułowanie tematu rozprawy doktorskiej należy przyjąć jako prawidłowe i odnoszące się do niezwykle ważnego aspektu rzeczywistości społeczno-politycznej zarówno na poziomie *makro* (państwa), jak i *mikro* (obywatela-pacjenta). Od początku transformacji obserwujemy dualizm zmian związanych z polityką zdrowotną. Z jednej strony, poprawia się poziom zdrowia polskiego społeczeństwa, mierzony przyjętymi w skali międzynarodowej takimi wskaźnikami jak długość trwania życia czy umieralność niemowląt. Poprawiają się także możliwości wdrażania najnowocześniejszych zdobyczy medycyny. Z drugiej strony, w subiektywnym odczuciu pacjentów dostępność do publicznej ochrony zdrowia nie ulega poprawie, a wręcz przeciwnie mamy do czynienia z jego degradacją czy wręcz zanikiem. Realizacji zadań państwa w zakresie publicznej ochrony zdrowia dotyczy przedłożona do recenzji rozprawa doktorska.

2. Teza dysertacji, metodologia, baza źródłowa

Mając na uwadze powyższe uwarunkowania, należy stwierdzić, że Autor dowiódł słuszności przyjętej hipotezy badawczej. Niewątpliwie „polityka zdrowotna jest jednym z fundamentalnych zadań organów państwa, warunkujących właściwy rozwój życia kulturowo-cywilizacyjnego, a w tym przestrzeni publicznej” (s. 6). Najprawdopodobniej w wyniku edytorskiego niedopatrzenia została ona niepotrzebnie powtórzona na s. 16 w końcowym fragmencie wstępu.

W celu weryfikacji przyjętej hipotezy doktorant założył dziesięć problemów szczegółowych, stanowiących próbę kompleksowego zbadania polityki zdrowotnej realizowanej w Polsce w kontekście porównawczym z Unią Europejską. Ich sformułowanie jest jasne i nie budzi wątpliwości.

Zbadanie takiego zagadnienia jak polityka zdrowotna byłoby niemożliwe bez podejścia interdyscyplinarnego, ale wiodącą dyscypliną jest politologia. Doktorant wykorzystał metodę systemową, historyczną, prawno-instytucjonalną, porównawczą oraz ujęcie ilościowe i jakościowe. Niewątpliwą zaletą pracy jest prezentacja przez Pana Szymona J. Kawałko wyników badań własnych, przeprowadzonych wśród personelu medycznego i pacjentów. Było to udanym zabiegiem, tym bardziej, że doktorant jako człowiek związany zawodowo z ochroną zdrowia nie miał problemów z dotarciem do obu grup, co nie jest łatwe dla osoby spoza środowiska.

3. Konstrukcja i treść rozprawy

Rozprawa Szymona J. Kawałko składa się ze wstępu, czterech rozdziałów, zakończenia i bibliografii. Przyjęta struktura rozprawy odzwierciedla przyjęty cel badawczy i ma układ problemowo-chronologiczny. Wstęp zawiera wskazane wyżej podstawy teoretyczno-metodologiczne, stan badań, bazę źródłową oraz omówienie struktury rozprawy.

W rozdziale pierwszym *Istota, funkcje i zadania polityki ochrony zdrowia* doktorant nakreśla podstawowe zagadnienia teoretyczne oraz terminy dotyczące polityki zdrowotnej, jej zakres i klasyfikacje, funkcje, a także przedstawia zarys dziejów ochrony zdrowia na świecie oraz ewolucję jej rozwoju w Polsce. Doktorant kompetentnie i starannie wskazuje na uwarunkowania kształtowania polityki ochrony zdrowia, do których należą czynniki o

charakterze politycznym, ekonomicznym i społeczno-demograficznym. Słusznie umieszcza politykę zdrowotną wśród polityk szczegółowych polityki społecznej.

Sz. Kawałko szczególną uwagę zwraca na kształtowanie się polityki zdrowotnej w otoczeniu międzynarodowym, w tym na dorobek Światowej Ochrony Zdrowia oraz Unii Europejskiej. Rozdział ma walory systematyzujące i porządkujące podstawy teoretyczne polityki ochrony zdrowia w kontekście krajowym i międzynarodowym. W treści rozdziału autor niestety nie ustrzegł się niefortunnnych sformułowań, spowodowanych prawdopodobnie brakiem dostatecznej uwagi poświęconej edycji tekstu. Pisząc o rozpoczęciu kształtowania polityki zdrowotnej w zjednoczonych Niemczech po 1871 roku, ukierunkowanej na profilaktykę i poprawę warunków sanitarnych, autor stwierdza, że „w 1833 roku zastąpiono policję lekarską policją sanitarną” oraz: „W kolejnych latach w Niemczech, jako pierwszym kraju wprowadzono obligatoryjne ubezpieczenia chorobowe, wypadkowe i na wypadek inwalidztwa”. Nie wiadomo więc, czy autor miał na myśli „kolejne lata” po 1833 czy 1871 roku (s. 64). Ponadto nie nadmienił, że w latach 80. XIX w. wprowadzono w Niemczech także ubezpieczenia emerytalne.

Jako błąd „literowy” potraktować należy informację, że ustawa powszechnym o ubezpieczeniu zdrowotnych uchwalona w 1997 roku weszła w życie 1 stycznia 1990 roku, a nie 1 stycznia 1999 roku (s. 74).

Rozdział drugi *Polityka ochrony zdrowia w Unii Europejskiej* zawiera zarys kształtowania się polityki zdrowotnej w krajach tej organizacji. Jest on poprzedzony krótką historią integracji europejskiej i ewolucją programów polityki społecznej. Wskazuje na liczne dokumenty wpływające na tę dziedzinę, zarówno o charakterze ogólnym, jak i „specjalistycznym”, przyjmowanych na forum Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej/Unii Europejskiej (traktaty) jak i Rady Europy (Europejska Karta Społeczna). Podejmuje także zagadnienia finansowania polityki zdrowotnej, profilaktyki i strategii dalszego rozwoju. W treści rozdziału, zgodnie z realizowanym tematem rozprawy, doktorant stworzył bardzo solidną bazę merytoryczną do badania polityki zdrowotnej w Polsce, wykazując się bardzo dużą wiedzą na temat polityki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej. Pokazał jednocześnie, że polityka społeczna UE jest polityką wspólnotową i osiągnięcie jednolitości w postaci wspólnej polityki społecznej, podobnie jak w innych dziedzinach jest niemożliwe.

Niestety, w treści rozdziału Pan Sz. Kawałko nie ustrzegł się kilku nieścisłości. Stwierdzenie zawarte na s. 89, że „początki Unii Europejskiej to okres po II wojnie światowej”, powtórzone na s. 99 jest nadużyciem, zważywszy na fakt, że Unia Europejska powstała w 1993 w wyniku Traktatu z Maastricht z 1992 roku. Możemy jedynie przyjąć, iż po

drugiej wojnie światowej została zapoczątkowana integracja europejska, której UE jest kolejnym etapem. Konsekwencją tego nadużycia jest informacja na s. 99, że *Europejska Konwencja o Pomocy Społecznej i Medycznej* przyjęta w 1953 przez Radę Europy roku była konwencją UE.

Autor nie może się też zdecydować, czy pisze o *polityce społecznej* czy o *polityce socjalnej*, traktując obie nazwy jako synonimy. Przykładowo na s. 91 pisze o „celach polityki socjalnej”, a na s. 94 o „kolejnym wyzwaniu dla europejskiej polityki społecznej”. Różnica nie jest bagatelna, ponieważ polityka społeczna ma szerszy, prorozwojowy zakres i wpływa na kształtowanie się jakości życia obywateli, podczas gdy polityka socjalna jest ograniczona do działań wpływających na materialny poziom życia. Dla usprawiedliwienia Doktoranta trzeba dodać, że zamienne stosowanie polityki społecznej i polityki socjalnej jest przyjęte w języku potocznym, publicystyce, języku polityki, a co najgorsza w opracowaniach naukowych, gdzie ten sam dokument występuje pod różnymi nazwami – Europejska Karta Społeczna i Europejska Karta Socjalna.

W wykresie nr 5 na s.126 zostały zamienione wartości udziału finansowania publicznego i prywatnego w wydatkach na ochronę zdrowia.

Rozdział trzeci *Współczesne kształtowanie polityki ochrony zdrowia w Polsce* obejmuje rozwiązania prawne, instytucjonalizację polityki ochrony zdrowia, analizę jej głównych podmiotów, opinie społeczeństwa na temat jej funkcjonowania oraz analizę finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Został on napisany z doskonałą znajomością problemu i jego treść w pełni oddaje rzeczywistą sytuację ochrony zdrowia w naszym kraju. Widać tu wyraźnie doskonałe połączenie teorii ze znajomością codziennych realiów systemu ochrony zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia, poddany analizie przez doktoranta poprzez relacje pomiędzy poszczególnymi instytucjami systemu ochrony zdrowia w Polsce, pełni funkcje regulacyjne i nadzorcze nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych, a nie społecznych, czym zajmują się odpowiednio Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Utożsamianie obu rodzajów ubezpieczeń jest typowe w obiegowej opinii. Przypomnijmy, że ubezpieczenia społeczne służą kompensowaniu utraty zdolności do pracy spowodowanej skutkami zaistnienia ryzyk socjalnych, w tym także chorobą (ubezpieczenie chorobowe). Natomiast celem ubezpieczenia zdrowotnego jest pokrycie kosztów leczenia.

Znaczącą część rozdziału stanowią opinie społeczeństwa polskiego oraz analiza mechanizmów finansowych w polityce zdrowotnej. Przytoczone przez Doktoranta wyniki badań europejskich potwierdzają, że obywatele RP krytyczniej niż przeciętnie w Unii

Europejskiej oceniają funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w swoim kraju. Niektóre z przedstawionych przez Autora wykresów, ilustrujących wyniki badań międzynarodowych nie są jasne (np. wykres 11, s. 210 dotyczący zmian w okresie oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych w poszczególnych dziedzinach medycyny).

Finansowanie ochrony zdrowia jest jednym z największych problemów związanych z funkcjonowaniem ochrony zdrowia w naszym kraju. Autor dokonuje wstępu teoretycznego. Wskazuje na modele finansowania ochrony zdrowia występujące w świecie. Do 1998 roku obowiązywał w Polsce z pewnymi zmianami model Siemaszki, tj. wzorowany na ZSRR system finansowania ochrony zdrowia z budżetu państwa i zmonopolizowany przez państwo jako najważniejszego świadczeniodawcę usług medycznych i głównego pracodawcę kadry medycznej. W 1999 roku został wprowadzony model Bismarcka, którego istotą jest finansowanie ochrony zdrowia na podstawie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych. Został on zmodyfikowany w 2003 roku, jak zauważa Doktorant, poprzez likwidację podlegających samorządowi wojewódzkiemu Kas Chorych i utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia z regionalnymi oddziałami.

W rozdziale Autor nie ustrzegł się powtórzeń oraz nieścisłości. Przedstawiając model rezydualny jako obowiązujący w USA mógł dodać, że podlega on zmianom od 2010 r., kiedy to wprowadzono obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, realizowanego zarówno w publicznym jak i prywatnym sektorze ubezpieczeń. Rozwiązanie to zasadniczo dekomponuje istniejący dotychczas model ochrony zdrowia w USA, przenosząc znaczną część odpowiedzialności za zaspokojenie potrzeb zdrowotnych z obywatela na państwo/institucję ubezpieczeniową. Niemniej jednak treść rozdziału zawiera szczegółową analizę systemu ochrony zdrowia, co sprawia, że rozdział ma walory dydaktyczne.

Czwarty rozdział *Strategia i taktyka zmian w polityce ochrony zdrowia w Polsce* stanowi podsumowanie dotychczasowych rozważań dzięki pogłębieniu analizy niektórych problemów oraz zawiera wartościowe elementy diagnostyczno-prognostyczne. Za pomocą przyjętych w skali międzynarodowej wskaźników Doktorant dokonuje diagnozy infrastruktury i zasobów ochrony zdrowia. Dochodzi do bardzo interesującego wniosku, że ochrona zdrowia jest nie tylko jedną z kluczowych usług społecznych, ale także ważnych sektorów gospodarki, w którym pracuje 10% pracujących. Autor trafnie i szczegółowo diagnozuje problemy ochrony zdrowia, z którymi musi się zmierzyć władza ustawodawcza i wykonawcza. Przedstawia to klarownie przyjmując perspektywę pacjenta, świadczeniodawcy i płatnika publicznego. Tego typu podejści ma walory pragmatyczne, możliwe do uwzględnienia przez ustawodawcę i decydentów.

Niepodważalnym wkładem Pana magistra Sz. Kawalko w badania systemu ochrony zdrowia w Polsce są starannie przygotowane metodologicznie i przeprowadzone badania ankietowe wśród personelu medycznego i pacjentów. Pozwoliły one Autorowi na skonstruowanie uwag uogólniających, dotyczących kształtowania polityki zdrowotnej w Polsce.

Strukturę rozprawy zamyka zakończenie, w którym Autor podsumowuje swoje dotychczasowe rozważania.

Udanym zabiegiem, dowodzącym dojrzałości Doktoranta jest zamieszczenie na końcu każdego podrozdziału i rozdziału uwag podsumowujących i systematyzujących dotychczasowe rozważania, stanowiących jednocześnie nawiązanie do treści kolejnego fragmentu pracy. Pozwala to zachować ciągłość wywodu, a czytelnikowi ułatwia jego śledzenie.

4. Podstawa źródłowa

Przygotowując rozprawę Autor wykazał się bardzo dobrą znajomością badanego problemu, czego dowodem jest przedstawiony przez niego stan badań, w którym przywołano publikacje zarówno polskich badaczy, które stały się bezpośrednim lub pośrednim źródłem inspiracji naukowych Autora, a także liczne opracowania w językach angielskim i niemieckim. Podstawą rozprawy jest solidna baza źródłowa, składająca się poza politologią z opracowań z zakresu prawa, ekonomii, socjologii, psychologii, a nawet medycyny. Doktorant uwzględnił najważniejsze pozycje źródłowe dotyczące badanego problemu. Pewnym niedociągnięciem jest nieuwzględnienie w badaniu roli władzy w kształtowaniu polityki społecznej, w tym jej dziedziny szczegółowej jaką jest polityka zdrowotna opracowań Antoniego Rajkiewicza, wybitnego teoretyka i praktyka, twórcy współczesnej polskiej polityki społecznej.

Połączenie wiedzy teoretycznej z doświadczeniem zawodowym oraz badaniami własnymi przyniosło bardzo dobry rezultat w postaci niniejszej rozprawy doktorskiej.

5. Formalna strona rozprawy i uwagi szczegółowe

Pod względem formalnym rozprawa nie budzi zastrzeżeń. Została napisana poprawnym językiem. Nazwy rozdziałów i podrozdziałów, jak również konstrukcja

przypisów nie budzą wątpliwości. Zdarzają się jednak powtórzenia oraz nieścisłości językowe i stylistyczne.

Poniżej szczegółowe przykłady:

1) uwagi stylistyczne:

- s. 34 – zamiast „zeszłego” powinno być „ubiegłego stulecia”;
- s. 50 – „Wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia są stale rosnące (ilościowo i jakościowo) potrzeby zdrowotne, przy ograniczonej przez system wielkością zasobów przeznaczonych na zdrowie, ilością usług i świadczeń”;
- s. 93 – „wyznacza kierunków rozwoju”;
- s. 175 – „Ministerstwo Zdrowia włączając poszczególne sektory do systemu planowanie centralnego, zorganizowało ochronę zdrowia została zorganizowana (w roku 1950) na wzór sowieckiego modelu Nikołaja Siemaszki”;
- s. 195 – „Obecnie jego działania zorientowane są na działania ...”
- s. 200 – „W Polsce system ochrony zdrowia jest obszarem ciągłej dyskusji politycznej, często uniemożliwiającej osiągnięcie efektywności na poziomie mikroekonomicznym jak i efektywność ekonomiczną i skuteczność kliniczną na poziomie systemowym”;
- s. 248 – „bez względu czy jest on osobą ubezpieczoną ani fakt wyczerpania tzw. limitów świadczeń”;
- s. 292 – „Obserwuje się systematyczny wzrost wartość rynku prywatnej ...”.

2) pisownia:

- liczebniki powinny być zapisane w tekście słownie, a nie jak na s. 19, 25 („3 jej dziedziny”).

3) inne:

- pisownia przypisów w tekście (np. s. 18, 91, 92, 107, 136, 157, 174, 217, 218, 243, 369) - kropka lub przecinek powinny być bez spacji po numerze przypisu;
- na s. 21 jest przedstawiony schemat nr 1, który w tekście funkcjonuje jako rysunek nr 1;
- w całej pracy nagłówki tabel, rysunków bądź wykresów są na jednej stronie, a tabela, rysunek, wykres na drugiej stronie (np. s. 25);
- brak wyjustowania treści przypisu na s. 33;
- s. 65 – „na przełom XVII i XIX wieku”;
- s. 100 – niedokończony punkt zaczynający się – „Agencja Wykonawcza ...”;
- pisownia epok – „w latach 30tych” (s. 172);

- s. 284 – z wykresu nr 49 wynika, że w województwie pomorski było najmniej przychodni na 10 000 mieszkańców;
- s. 299 – powinno być „wśród” zamiast „W śród”;
- układ tabel na ss. 322-330 powinien być poziomy;
- rycina nr 11 na s. 390 powinna być opisana w języku polskim.

Niestety Autor nie ustrzegł się także błędów ortograficznych, co w pracy o takim charakterze nie powinno wystąpić. Na s. 137 zamiast „potencjalnie zagrożonych chorobą (chorobami)” mamy fragment „zagrożonych chorobom”.

Recenzowaną rozprawę doktorską oceniam bardzo wysoko pod względem merytorycznym i formalnym. Jest to cenne i wartościowe opracowanie naukowe. Wskazane uwagi i sugestie mają posłużyć Autorowi do doskonalenia warsztatu badawczego, np. gdyby rozprawa miała zostać opublikowana. Autor udowodnił, iż posiadał umiejętność rozwiązywania problemów badawczych o charakterze politologicznym. Na szczególną uwagę, zasługuje rzetelność i obiektywizm Autora, wolność od stereotypowych sądów, wspieranie przyjętych twierdzeń stosowną argumentacją. Z treści rozprawy można wywnioskować, że jej Autor włożył olbrzymi wkład pracy w jej przygotowanie, wykazując się należną pracą naukową pracowitością.

Realizacja celu jakim jest poznanie naukowe poprzez odpowiednią systematyzację wiedzy umożliwiła zgromadzenie takiego potencjału wiedzy, który może być przydatny w celach dydaktycznych. Recenzowana rozprawa lub jej fragmenty może zatem spełnić rolę materiału dydaktycznego w ramach kursu akademickiego *Polityka społeczna* bądź też w postaci przedmiotu fakultatywnego.

Rozprawa w pełni spełnia ustawowe wymogi stawiane tego typu opracowaniom i wnoszę o dopuszczenie Pana magistra Szymona J. Kawałko do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Andrzej Wierzbicki