

Prof dr hab. Irena Jędrzejczyk
zatr. Uniwersytet Bielsko-Bialski
w Bielsku-Białej
zam. ul. Czajki 39
32-615 Grojec
Tel. kom. 516230641



RECENZJA
monografii naukowej pt.
„Uwarunkowania kondycji finansowej
publicznych szpitali w Polsce”
autorstwo: mgr Adam Wieczorek
w postępowaniu o nadanie stopnia naukowego doktora

Przesłanki formalno-prawne napisania recenzji pracy

Podstawę formalną do sporządzenia niniejszej recenzji stanowiła uchwała nr 731 z dnia 14.06.2023 r. właściwej Rady Naukowej dyscypliny ekonomia i finanse o powołaniu mnie na recenzenta w przewodzie doktorskim pana mgr Adama Wieczorka oraz umowa o wykonanie dzieła, której przedmiotem jest recenzja Jego pracy doktorskiej pt. *„Uwarunkowania kondycji finansowej publicznych szpitali w Polsce”*.

Przewód doktorski przeprowadzany jest w dziedzinie nauk ekonomicznych, w dyscyplinie finanse na podstawie przepisów Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, Dz.U. nr 65, poz. 595 z późniejszymi zmianami.

Recenzowana monografia naukowa autorstwa mgr Adama Wieczorka pt. *„Uwarunkowania kondycji finansowej publicznych szpitali w Polsce”* jest poważnym dziełem naukowym, ujmującym w sposób kompleksowy gospodarkę finansową szpitali publicznych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem oddziaływania na jej kształt zarówno polityki Państwa w zakresie zdrowia publicznego i w zakresie finansów publicznych, jak i innych ważnych uwarunkowań zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych.

Wybór tematu, cele pracy

W recenzowanej monografii podjęto bardzo ważny dla nauki problem badawczy trafnie uzasadniając jego wybór potrzebami poznawczymi ale także względami praktycznymi kreowania nowego modelu gospodarki finansowej szpitali publicznych w Polsce o lepszym od obecnego potencjale ochronnym, określającego zindywidualizowanie ochrony pacjenta i przewidującego powiększenie jej zakresu, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych.

Wybór tematu Autor uzasadnia w wielu różnych miejscach pracy. W szczególności uzasadnia Autor swój wybór luką badawczą i informacyjną (por. Wstęp, s. 13), której źródłem jest to, że dotychczasowy dorobek badawczy dotyczy jedynie „okresu bez wydarzeń o charakterze kryzysowym, kiedy to system ochrony zdrowia w wielu aspektach poddawany jest próbie wydolności” (Wstęp s.14), nie dotyczy on natomiast jak dotąd sytuacji kryzysowych i sytuacji wdrażania reform, jako czasu przełomu. Zdaniem Autora tematyka „w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych o charakterze epidemiologicznym związanym z chorobą zakaźną nie jest podejmowana”, co uzasadnia „pilną potrzebę do podjęcia wysiłku naukowego” (Wstęp, s.14). Przesłanki wyboru tematu, którymi kierował się Autor podnoszone są ponownie, gdy wskazuje on w dalszej części pracy (s.204) na: 1) uzasadnienie teoretyczne, które dotyczy „zakresu polityki zdrowotnej w ujęciu finansowym” i „nowego systemu rozliczania świadczeń

w postaci Sieci Szpitali", 2) na uzasadnienie poznawcze, które dotyczy „zjawiska epidemiologicznego ...SARS-CoV-2” oraz potrzeby „oceny kondycji finansowej szpitalnictwa w Polsce” a także potrzeby jaką jest „zdefiniowanie czynników, jakie mają bezpośredni wpływ na sytuację finansową szpitali publicznych w Polsce oraz uwarunkowań” kryzysowych, 3) na uzasadnienie implementacyjne, które dotyczy „stworzenia możliwej do wykorzystania koncepcji działań w sytuacji kryzysowej dotyczącej systemu ochrony zdrowia, które pozwolą na utrzymanie kondycji finansowej szpitali publicznych na takim poziomie, aby mogły w pełni realizować swoje cele działalności i misje”. W dalszej części pracy kolejny raz Autor podkreśla, iż wybór tematu związany jest „...ze zwiększeniem bezpieczeństwa zdrowotnego populacji, jak i wzmocnieniem stabilności sektora finansów publicznych” (s.286).

Bardzo rzetelne uzasadnienia poprawności metodologicznej dotyczą także doboru obiektów badawczych (s. 206) do badań własnych, zarówno w I etapie badań (104 obiekty) jak i w II etapie badań własnych pogłębionych (3 obiekty).

Podstawowym problemem do rozwiązania podejmowanym w pracy jest pomiar i ocena efektywności działalności szpitali publicznych (Wstęp, s.12) w modelu Sieci Szpitali czyli modelu kwalifikacji placówek z ryczałtowym rozliczaniem świadczeń (Wstęp, s.13). Krytyczny stosunek do dotychczas stosowanej praktyki metod pomiaru i oceny pozwala Autorowi doprecyzować problem, który lokuje „wśród różnych czynników ograniczających ocenę efektywności” (s. 185), a w szczególności taki czynnik jak różnice w postrzeganiu poziomu „istotności efektu finansowego i zdrowotnego ..” (s. 185).

Celem pracy jest poznanie „... polityki zdrowotnej, finansów i finansów publicznych w obszarze czynników zewnętrznych tworzących uwarunkowania kondycji finansowej szpitali publicznych w Polsce” (Wstęp, s.16). Inne cele poznawcze, nazywane przez Autora szczegółowymi, wywiedzione ze Wstępu (s.17) a potem jeszcze ściślej doprecyzowane w dalszej części pracy (s. 205 i 206) to:

- „ocena zmiany kondycji finansowej szpitali publicznych w Polsce od wystąpienia dwóch nowych czynników zewnętrznych zmieniających uwarunkowania tejże kondycji w postaci Sieci Szpitali, a następnie pandemii wirusa SARS-CoV-2,
- identyfikacja głównych czynników zewnętrznych i ich wpływu na zmianę kondycji finansowej publicznych szpitali w Polsce w okresie nadzwyczajnego wydarzenia, jakim była pandemia koronawirusa,
- ocena reakcji decydentów w obszarze polityki zdrowotnej państwa na pandemię COVID-19 w kontekście wpływu na kondycję finansową publicznych szpitali w Polsce”.

Celem metodologicznym rozprawy, jak można wywieść ze Wstępu, jest „określenie metod pomiaru zmian kondycji finansowej publicznych szpitali w Polsce w oparciu o narzędzia weryfikacji poziomu efektywności” (Wstęp, s. 16).

Cel aplikacyjny zostaje podniesiony do rangi celu głównego i formułowany jest, jako „zapropozowanie koncepcji działań umożliwiających utrzymanie stabilności kondycji finansowej szpitali publicznych w Polsce w warunkach kryzysowych dla systemu ochrony zdrowia wywołanych sytuacjami o charakterze nadzwyczajnym”. (Wstęp, s.16). To sformułowanie Autor jeszcze wzmacnia dodając, że aspekt „implementacyjny stanowi podstawę do opracowania i wdrożenia rozwiązań opartych na zarządzaniu kryzysowym służących do stworzenia możliwej do wykorzystania kompleksowej koncepcji działań w sytuacji pojawienia się nieprzewidzianych zdarzeń (jak np. epidemia, czy inne zjawiska nadzwyczajne: powódź, pożar, wojna itp)”.

Do badania sytuacji finansowej podmiotów leczniczych Autor wykorzystuje metody pomiaru efektywności, w szczególności metodę wskaźnikową „do przeprowadzonych badań własnych na próbie badawczej 104 szpitali publicznych w oparciu o zestaw sprawozdań finansowych za lata 2018–2021” (s.205 - 211). Autor posługuje się też oceną punktową wartości wskaźników, wprowadzoną przez Ministerstwo Zdrowia Rozporządzeniem z dnia 12.04.2017 roku w celu analizy i prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zachowując krytyczny dystans do jej wyników. Wskazane metody Autor uzupełnia w badaniach pogłębionych, posługując się oceną parametryczną i uzupełniając źródła informacji o odpowiedzi na pytania składane w trybie

prawa dostępu do informacji publicznej, o raporty NIK (z 2021, s. 261) i o ogólnie dostępne dane statystyczne GUS.

Z przekonaniem stwierdzam, że w pełni zrealizowano założone cele poznawcze, metodologiczne i aplikacyjne. Autor bowiem bardzo sprawnie posługując się bogatym wachlarzem metod, w szczególności metodą krytycznej analizy literatury przedmiotu, analizy dokumentów oraz aktów prawnych różnej rangi i innych wskazanych wyżej źródeł informacji, także metodami analizy opisowo-jakościowej przedmiotu badania, analizy porównawczej (w czasie i przestrzeni), wykorzystując m.in. metody analizy ekonomicznej, metody wskaźnikowe i parametryczne, techniki graficznej prezentacji danych statystycznych i wyników badań własnych, określił zakres i charakter gospodarki finansowej szpitali publicznych w adekwatnym do polityki państwa polu badawczym.

Układ i treść pracy

Praca liczy 350 stron objętości, w tym 295 stron tekstu właściwego oraz pozostałą część zawierającą wykaz skrótów na samym początku pracy, zaś na jej końcu bibliografię, spis wykresów / rycin, rysunków i tabel oraz załączniki.

Praca jest bardzo dobrze udokumentowana, o czym świadczą m.in. liczne ryciny (45), rysunki (15), tabele (25), w większości we własnym autorskim opracowaniu oraz liczne załączniki (6).

Z nadzwyczajną rzetelnością Autor odsyła swojego Czytelnika aż 760 razy do źródeł informacji i dodatkowych objaśnień zawartych w przypisach, sporządzonych metodą tradycyjną, zamieszczonych na dole strony, z numeracją porządkową dla każdego rozdziału pracy oddzielnie.

Autor trafnie dobrał, wykorzystał i zestawił 479 różnych źródeł informacji, w tym 197 pozycji zwartej literatury przedmiotu, 168 artykułów naukowych, 50 pozycji aktów prawnych różnej rangi i 25 pozycji innych źródeł. Netografia obejmuje 39 pozycji krajowych i zagranicznych. Zwraca uwagę udział najnowszych pozycji zagranicznych w zestawie bibliograficznym ogółem w liczbie 78 pozycji.

Treść pracy odpowiada tematowi określonemu w tytule. Treść właściwą pracy podzielono na 6 rozdziałów i poprzedzono *Wstępem*, zaś w *Zakończeniu* podsumowano wyniki i sformułowano wnioski końcowe.

We *Wstępie* jasno sformułowano problem badawczy, cele pracy, hipotezy badawcze, przedmiot oraz zakres pracy a także stosowane metody. Praca swoim zakresem przedmiotowym obejmuje kondycję finansową szpitali publicznych oraz politykę finansową i zdrowotną Państwa, w tym w zakresie powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Autor określa też wyraźnie zakres czasowy podając, że badania podjęte zostały dla okresu po wdrożeniu Sieci Szpitali, czyli czterech pełnych lat, dla których dostępne są zatwierdzone sprawozdania finansowe (2018-2021). Z zakresu pracy Autor świadomie wyłącza inne podmioty systemu ochrony zdrowia, poza wyżej wymienionymi, jasno informując o przesłankach doboru podmiotów badania.

Rozdziały służą weryfikacji przyjętych we *Wstępie* hipotez. Autor wychodzi z założenia, że „zmiany poziomu wydatków na system ochrony zdrowia w Polsce” mają charakter „podstawowego czynnika zewnętrznego wpływającego na kondycję finansową publicznych szpitali.” (*Wstęp*, s. 16). W dysertacji przyjęto do weryfikacji hipotezę główną oraz pięć hipotez pomocniczych w następującym układzie (s. 17):

HG: Czynniki zewnętrzne wpływające na kondycję finansową szpitali publicznych występują stale, lecz z różnym natężeniem jak po wprowadzeniu Sieci Szpitali, a dopiero wystąpienie nagłego zjawiska epidemiologicznego w postaci pandemii COVID-19 ujawniło nowe czynniki zewnętrzne kondycji finansowej i znacząco zmieniło uwarunkowania dla tych placówek;

H1: Wdrożony po transformacji ustrojowej w Polsce ubezpieczeniowy model systemu ochrony zdrowia stworzył nowe prawne, organizacyjne i finansowe uwarunkowania dla kondycji finansowej szpitali publicznych, których istotna modyfikacja nastąpiła wraz ze wdrożeniem Sieci Szpitali;



H2: Zmiany kondycji finansowej szpitali publicznych w Polsce uzależnione są przede wszystkim od czynników zewnętrznych, które mają charakter zarówno ilościowy, jak i jakościowy;

H3: Pomimo pogarszającej się kondycji finansowej ogółu publicznych szpitali w Polsce w okresie pandemii wirusa SARS-CoV-2 wyniki wskaźników finansowych podmiotów ogólnopolskich w ramach Sieci Szpitali, a także placówek, dla których organem tworzącym jest uczelnia wyższa i instytucja administracji rządowej polepszyły się;

H4: Wystąpienie nagłego zjawiska epidemiologicznego, jakim była pandemia wirusa SARS-CoV-2, i podjęte działania rządu w tym zakresie negatywnie wpłynęły na kondycję finansową szpitali publicznych w Polsce;

H5: Dodatkowe, zlecane rodzaje działalności medycznej uruchamiane przez szpitale publiczne w Polsce w celu przeciwdziałania lub leczenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wpłynęły negatywnie na kondycję finansową szpitali publicznych.

Kolejność i proporcje rozdziałów pracy są właściwe i dostosowane do założeń metodologicznych. Każdy z rozdziałów jest bardzo dobrze ustrukturyzowany poprzez dalszy podział treści na podrozdziały, które także mają swoją wewnętrzną dojrzałą strukturę.

Tematyka poszczególnych rozdziałów pracy w oryginalnym brzmieniu jest następująca:

1. Sektor ochrony zdrowia jako element sektora publicznego (s.23 – 69), złożony z trzech podrozdziałów o rozwiniętej i dojrzałej strukturze wewnętrznej;
2. Prawno-organizacyjne uwarunkowania funkcjonowania szpitali publicznych w Polsce po 1989 roku (s.70 – 109), złożony z pięciu podrozdziałów, z których cztery ustrukturyzowane zostały dalej w głąb w podziale treści;
3. Finansowe uwarunkowania działalności szpitali publicznych, jako element systemu ochrony zdrowia w Polsce (s. 110-152), rozdział złożony z czterech podrozdziałów z rozbudowaną strukturą wewnętrzną;
4. Efektywność działalności jednostek sektora publicznego, jako podstawa oceny kondycji finansowej publicznych szpitali (s. 153 – 197), złożony z trzech podrozdziałów z rozbudowaną strukturą wewnętrzną;
5. Analiza i ocena kondycji finansowej publicznych szpitali w Polsce po wdrożeniu sieci szpitali oraz w trakcie pandemii COVID-19 (s. 198 – 238), rozdział złożony z dwóch podrozdziałów z rozbudowaną strukturą wewnętrzną i z Wnioskami;
6. Identyfikacja czynników identyfikujących zmiany kondycji finansowej w kontekście wystąpienia pandemii wirusa SARS-CoV-2 (s. 239 – 285), rozdział złożony z trzech podrozdziałów, z których jeden ma rozbudowaną strukturą wewnętrzną;

Treść rozdziałów i podrozdziałów odpowiada tematyce zawartej w nadanych im tytułach. Jak widać powyżej, struktura pracy jest głęboko przemyślana i dojrzała oraz podporządkowana założeniom metodologicznym.

Uwagi merytoryczne i formalne

Praca w sposób wyczerpujący traktuje temat uwarunkowań kształtowania się kondycji finansowej publicznych szpitali w Polsce, który prześledzony został wnikliwie w różnej perspektywie czasowej, a mianowicie w ujęciu historycznym (rozdział 1 i 2), w ujęciu bieżącej transformacji systemu (rozdział 3, 4 i 5) oraz w projektowanej przez Autora przyszłości z Jego autorską koncepcją wdrożeniową (rozdział 6).

Praca jednoznacznie odpowiada na podstawowe pytanie badawcze, potwierdzając, że „zmiany poziomu wydatków na system ochrony zdrowia w Polsce” mają charakter „podstawowego czynnika zewnętrznego wpływającego na kondycję finansową publicznych szpitali” (s. 118 i dalsze oraz.....)

W pracy potwierdzono wszystkie hipotezy, założone we Wstępie, jak również osiągnięto sformułowane cele.

Autor rozwiązał przyjęty do rozwiązania problem, ilustrując go przykładem trzech celowo dobranych placówek szpitalnych z województwa łódzkiego, które prowadziły różne rodzaje dodatkowych procedur medycznych związanych przeciwdziałaniem i leczeniem

zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (oddziały obserwacyjno-izolacyjne, oddziały zakaźne, szpital tymczasowy, punkt szczepień powszechnych, szpital jednoimienny). Autor posłużył się bardzo różnorodnym zestawem narzędzi badawczych, pochodzących z różnych dyscyplin naukowych i z sukcesem zastosował je do pola badawczego w dyscyplinie ekonomia i finanse. Dokonał udanej i trafnej diagnozy skomplikowanych powiązań polityki finansowej oraz polityki zdrowotnej państwa z powszechnym systemem ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce porównując modele w innych krajach. Nade wszystko jednak dokonał zobiektywizowanej oceny mechanizmu finansowania ochrony zdrowia pod kątem efektywności działalności szpitali publicznych.

Mimo iż Autor we Wstępie zapowiadał, że „niniejsza praca doktorska ma charakter interdyscyplinarny ... (Wstęp, s.14) to jednak wszystkie założenia metodologiczne, jak i cała treść pracy zaświadcza, że Autor ułożył konsekwentnie rozwiązywany problem w polu badawczym dyscypliny ekonomia i finanse oraz mocno go osadził w teorii naukowej z zakresu tej dyscypliny poprzez kwerendę dotychczasowego dorobku naukowego w tym zakresie i poprzez interpretację wyników badań własnych.

Pojęcie ekonomicznej efektywności Autor wprowadza do rozważań po raz pierwszy w kontekście jej godzenia z publiczną odpowiedzialnością za zdrowie społeczeństwa przy okazji reformowania systemów ochrony zdrowia (s. 53), zauważając jednocześnie, że pojęcie to wiąże się przede wszystkim z dostępnością świadczeń i wysokością budżetów, jakimi dysponują świadczeniodawcy. Ta terminologia powinna korespondować z pojęciem kondycji finansowej szpitali, zdefiniowanym pośrednio przy pomocy zadanych mierników, opisujących tę kondycję.

Najbardziej dyskusyjnym zagadnieniem wydaje się być powiązanie źródeł przychodów z kierunkami wydatków, w szczególności powiązanie przychodów szpitali, których źródłem są zasoby składkowe NFZ z wydatkami na pokrycie kosztów świadczeń z jednej strony oraz powiązanie przychodów szpitali, których źródłem są budżety terenowe samorządów różnego szczebla oraz budżet Państwa z wydatkami na pokrycie kosztów inwestycji i innych kosztów związanych z rozwojem placówki i/lub sektora w przyszłości.

Autor sięgnął do teorii ubezpieczeń i wspólnoty finansowania ryzyka (s.112) a także do teorii dóbr publicznych (s.58 i dalsze, s.111), aby naukowo objaśnić fenomen zdrowia publicznego (s.32, s.44 i dalsze). Wkroczył odważnie w toczący się w nauce spór pomiędzy zwolennikami podejścia społecznego a zwolennikami podejścia wolnorynkowego do ochrony zdrowia, pogłębiając swoje wywody o teorie rynkowe, uwzględniające różny zakres ingerencji państwa w rynek (s.40, s. 57 i dalsze, s. 112).

Wielokrotnie Autor wyraża przekonanie, że system ochrony zdrowia współtworzy gospodarkę odwołując się do takich uzasadnień naukowych jak ekonomiczna teoria wyboru konsumenta (s.111) i korzystając „z mikroekonomicznej teorii produkcji i kosztów” (s.111).

Dokonując przeglądu podstawowych modeli systemów ochrony zdrowia funkcjonujących na świecie poczynawszy od Bismarcka (ubezpieczeniowy) poprzez Beveridge'a (budżetowy), wolnorynkowy (rezydualny) aż do Siemaszki (centralnie planowany) oraz ich wariantów hybrydowych (s.51 i dalsze) Autor dochodzi do tyleż prostego, co odkrywczego wniosku o koniecznej rozdzielności między funduszami, które pochodzą ze składek ubezpieczeniowych a funduszami, które pochodzą pośrednio albo bezpośrednio z danin publicznych a także tymi, których pochodzenie ma charakter rynkowy, w pełni komercyjny (s.124).

Jak wynika z wywodów Autora konieczność tej rozdzielności wynika z klasyfikacji nakładów i wydatków na ochronę zdrowia tj. ich podziału na te, które mają charakter bieżący i te, które mają charakter inwestycyjny (s. 122 a także s. 289). Autor zastosował też inne podziały ale ten właśnie ma charakter kluczowy i prowadzi do wniosku, że w żadnym razie fundusze pochodzące ze składek ubezpieczeniowych nie powinny służyć finansowaniu inwestycji, bez względu na rodzaj tych inwestycji w szpitalnictwie, czy ogólniej w ochronie zdrowia. Zasady ubezpieczeń a w szczególności zasada wzajemności czyli zasada „świadczenie za składkę ubezpieczeniową” jest uzasadnieniem dla tego wniosku, który jednak nie jest łatwo obronić wobec pokusy sięgania po składkowe zasoby ubezpieczeniowe w sytuacji zawsze niewystarczających środków budżetowych na inwestycje szpitalne, czy to na poziomie

zadłużonych samorządów terytorialnych różnego szczebla czy to wobec „dziury” budżetowej pojawiającej się w budżecie krajowym z dużą systematycznością prawie co roku (por. *trzy źródła finansowania*, s.124).

Ważną dla poprawności analiz prowadzonych w ramach Narodowego Rachunku Zdrowia jest poczyniona przez Autora obserwacja, że raporty GUS-owskie i inne od roku 2013 sumując wydatki bieżące i inwestycyjne podają jedynie wynik tego sumowania. Nie pozwalają więc na analizę każdej z tych grup osobno, co uniemożliwia ocenę proporcji pomiędzy wydatkami bieżącymi a inwestycyjnymi (s.122, s.128 i dalsze).

Autor słusznie zauważa, że postępująca decentralizacja ochrony zdrowia w Polsce zapoczątkowana w 1997 roku przyniosła dwie zasadnicze zmiany, a mianowicie zmianę struktury własności zakładów opieki zdrowotnej poprzez prywatyzację oraz zwiększenie różnic w dostępności i jakości usług medycznych między poszczególnymi regionami (por. s.94). Zaslugą Autora jest ocena zmian w poszczególnych etapach rozwoju modelu ubezpieczeniowego systemu ochrony zdrowia po zmianie ustrojowej poczynając od etapu przypadającego na lata 1989-2007 (w tym Kasa Powszechnego Ubezpieczenia Społecznego, Kasy Chorych aż utworzeniem centralnej instytucji w postaci Narodowego Funduszu Zdrowia) włącznie z ostatnim analizowanym etapem reform tj. etapem modyfikacji opieki zdrowotnej w Polsce w postaci wdrożenia Sieci Szpitali.

Za najcenniejsze dokonanie Autora uznaję wyniki badań własnych i sformułowane na tej podstawie wnioski poznawcze, metodologiczne i aplikacyjne. Rozważania zawarte w rozdziale 5 i 6 pozwoliły na sformułowanie autorskich propozycji pewnych działań naprawczych w stosunku do badanych szpitali publicznych, wchodzących w skład Sieci Szpitali oraz sanacji niektórych procesów wewnętrznych.

Zaslugą Autora jest wypracowana w toku całej pracy spójna „koncepcja działań umożliwiających utrzymanie stabilności kondycji finansowej szpitali publicznych w Polsce w warunkach kryzysowych dla systemu ochrony zdrowia wywołanych sytuacjami o charakterze nadzwyczajnym” w 9 krokach, która sprowadza się do postulatu łączenia funkcji ochronnej Sieci Szpitali z funkcją wynagradzania szpitali i personelu (wg rzetelnej wyceny, s.279) po pierwsze za dostarczanie dóbr i usług zdrowotnych a po drugie za utrzymanie stabilnej optymalnej kondycji finansowej (nadzorowanej przez MZ).

Przygotowana autorska koncepcja jest koncepcją bardzo dojrzałą, świadczącą nie tylko o wysokich kompetencjach naukowych Autora ale także o doświadczeniu praktycznym, dzięki któremu weryfikuje on niektóre ujęcia teoretyczne. Z pewnością prezentowana koncepcja może być inspiracją do dyskusji, a być może i sporu, w wielu środowiskach ze zdrowiem publicznym związanych, w środowiskach naukowych i jak sądzę w różnych kręgach politycznych. Jako przykład inspirującego podejścia polemicznego wskazać można na punkt 3 omawianej koncepcji (s. 280), który mógłby zostać uzupełniony o gwarancje ubezpieczeniowe i/lub ideę utworzenia Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych, które służyłoby obniżaniu kosztów ochrony ubezpieczeniowej ryzyka szpitalnego dotychczas wysokich, bo realizowanych przez ubezpieczycieli komercyjnych. Wydaje się być możliwym rozwiniecie listy niektórych usprawnień, w tym usprawnień mechanizmu płatności ryczałtowych (pkt 5, s. 282), czy listy usprawnień służących zabezpieczeniu presji płacowej (s.283) w sytuacji zwiększonego ryzyka dotyczącego pracy personelu w sytuacji kryzysowej lub innej nadzwyczajnej.

Bez żadnych wątpliwości stwierdzam, że walor aplikacyjny opracowanej koncepcji jest bardzo wysoki i wyróżniający się dojrzałością na tle innych proponowanych zastosowań naprawy post Covid'owej, w tym oficjalnych dokumentów w obiegu publicznym.

Z obowiązku recenzenta i z uwagi na szansę opublikowania oceniam, że pod względem redakcyjnym i warsztatu pisarskiego praca wykonana jest na bardzo wysokim poziomie, z zachowaniem zasady najwyższej staranności i rzetelności.

Reasumując, ze względu na wymienione wyżej zasługi należy uznać wkład Autora do teorii naukowej w dyscyplinie ekonomia i finanse za oryginalny i znaczący.

Wkład Doktoranta do dyscypliny ekonomia i finanse polega:

- na uznaniu interesu pacjenta, jako głównej przesłanki autorskiego definiowania efektywności, jako kluczowej kategorii dyscypliny w odnoszeniu jej do ochrony zdrowia i działalności podmiotów sektora ochrony zdrowia (z inspirującej interpretacji Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia), s153, 155, 172, 191 i dalsze;
- na samodzielnym zidentyfikowaniu, zdefiniowaniu i rozwiązaniu problemu różnic w istotności efektu finansowego i efektu zdrowotnego (s. 185) poprzez wprowadzenie pojęcia „optymalna kondycja finansowa szpitali publicznych” tj. pojęcia rozumianego, jako taka kondycja finansowa, która pozwala na utrzymanie, poprawę i ochronę zdrowia pacjenta (s. 205);
- na doborze stosownych mierników kondycji finansowej szpitali i stosownych technik jej oceny w kontekście kryterium poziomu optymalnego oraz ich zastosowania w części empirycznej pracy, najpierw do oceny 104 szpitali a później 3 w ramach pogłębionych badań;
- na zidentyfikowaniu i ocenie czynników wpływu na kondycję finansową szpitali publicznych oraz na wykryciu różnic w ilości i strukturze zestawu tych czynników w sytuacjach kryzysowych,
- na odkryciu, że spośród czynników wpływających na kondycję finansową szpitali publicznych w sytuacji kryzysowej najważniejszą rolę odgrywały czynniki kosztowe wbrew powszechnie prezentowanemu w literaturze przedmiotu przekonaniu o przewadze czynnika dochodowego w kształtowaniu tej kondycji,
- na odkryciu, że czynnikiem najbardziej kosztotwórczym w skali ogólnokrajowej były (a w niektórych przypadkach nadal są) braki w strategicznych rezerwach Państwa, które w chwili próby były przyczyną lichwiarskiego wręcz skoku cen sprzętu zaopatrzenia medycznego szpitali i różnych akcesoriów ochrony indywidualnej ludności, jak i personelu medycznego,
- na odkryciu, że rola ubezpieczeń w funkcjonowaniu ochrony zdrowia w przypadku szpitali publicznych daleko wykracza poza tradycyjne ujęcie modelu ubezpieczeniowego ochrony zdrowia, finansowanego głównie z zasobu składek ubezpieczeniowych, gromadzonych przez ZUS i przekazywanych do zagospodarowania przez NFZ a traktowanych jako czynnik dochodowy w pomiarze kondycji finansowej szpitali publicznych,
- na wskazaniu ubezpieczeń komercyjnych oferowanych na rynku dla pacjenta, który w ten sposób może się dobrowolnie doubezpieczyć (s. 119) i w razie pobytu w szpitalu publicznym generować dodatkowe wpływy od ubezpieczyciela dla szpitala w przypadku dodatkowych usług zdrowotnych,
- na odkryciu, że dla szpitali publicznych ubezpieczenia są też znaczącym czynnikiem kosztowym w związku z ubezpieczaniem niektórych ryzyk szpitala i jego personelu, zwłaszcza w zakresie odpowiedzialności cywilnej wobec osób trzecich oraz innych rozwiązań w zakresie odpowiedzialności zawodowej lub managerskiej (szczególnie ważne w odniesieniu do czasu i skutków pandemii) oraz korzystania z gwarancji ubezpieczeniowych (szczególnie ważne dla szpitali zadłużonych),
- na wskazaniu efektu mnożnikowego rozwoju sektora zdrowia publicznego przyczyniającego się do pobudzenia rozwoju wielu branż gospodarki zarówno z tytułu więzi kooperacyjnych jak i w zakresie utrzymania kapitału ludzkiego w dobrostanie zdrowotnym w całej gospodarce jak i w zakresie produkcji i dostępu do dóbr i usług zdrowotnych,
- na wskazaniu korzyści dla podmiotów sektora ochrony zdrowia z kumulowania środków w ramach pomocy de minimis (tarcz ochronnych) i potencjalnych możliwości z Planu Odbudowy Next Generation i unijnych ram finansowania na lata 2021 – 2027,
- na wywiedzeniu z krytycznego stosunku do Narodowego Rachunku Zdrowia, z krytycznego stosunku do niegospodarności instytucji publicznych (w tym Funduszu Przeciwdziałania Cov-19), z krytycznego stosunku do niektórych zmian w ustawodawstwie (w tym zniesienia przepisów o zamówieniach publicznych), z krytycznego stosunku do standardu ustalonego przez Ministerstwo Zdrowia w zakresie oceny punktowej (s. 245 i dalsze) własnej autorskiej propozycji „działań umożliwiających utrzymanie stabilności kondycji finansowej szpitali publicznych w Polsce w warunkach kryzysowych dla systemu ochrony zdrowia wywołanych sytuacjami o charakterze nadzwyczajnym”.



Korzystając z uprawnień recenzenta stwierdzam, że recenzowana monografia naukowa prezentuje wartości godne jej opublikowania i udostępnienia dla szerokiego grona Czytelników.

Konkluzja

Sformułowane uwagi merytoryczne i formalne zaświadczać o bardzo wysokiej ocenie recenzowanej monografii naukowej. Choć zawarte w niej rozważania mają niekiedy charakter polemiczny wobec niektórych stanowisk w literaturze przedmiotu to są doniosłym głosem w dyskusji naukowej i ważną inspiracją nowych poszukiwań badawczych w dziedzinie nauk ekonomicznych w dyscyplinie ekonomia (wg nowej klasyfikacji w dziedzinie nauk społecznych, w dyscyplinie ekonomia i finanse). Zalety metodologiczne i poznawcze pracy zapewniają jej godną uwagi wartość teoretyczną, metodologiczną i aplikacyjną.

Reasumując stwierdzam, że oceniana praca naukowa pana mgr Adama Wieczorka pt. „*Uwarunkowania kondycji finansowej publicznych szpitali w Polsce*” jest przygotowana pod kierunkiem naukowym pani prof. dr hab. Agnieszki Alińskiej jako promotora, **spełnia ustawowe warunki rozprawy promocyjnej na stopień naukowy doktora w dyscyplinie finanse, w dziedzinie nauk ekonomicznych (wg nowej klasyfikacji w dyscyplinie ekonomia i finanse w dziedzinie nauk społecznych).**

W związku z tym wnoszę o przyjęcie pracy naukowej pana mgr Adama Wieczorka pt. „*Uwarunkowania kondycji finansowej publicznych szpitali w Polsce*”, jako rozprawy doktorskiej i dopuszczenie do jej publicznej obrony.

Wnioskuję także o wyróżnienie dysertacji ze względu na jej walory poznawcze, metodologiczne i aplikacyjne, pod warunkiem pomyślnego zakończenia przewodu doktorskiego.

Trena Polniewczyk