

Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica  
w Płocku

## Recenzja rozprawy doktorskiej

**mgr Anny Ewy Tyszki**

**nt. „Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle doświadczeń Stanów Zjednoczonych Ameryki, Republiki Federalnej, Niemiec, Francji oraz Wielkiej Brytanii”**

napisanej pod kierunkiem prof. dr hab. Eweliny Nojszewskiej,  
Katedra Ekonomii Stosowanej SGH

### **I. Wybór tematu**

Recenzowana rozprawa doktorska mgr Anny Ewy Tyszki, licząca 330 stron łącznie z załącznikami i bibliografią poświęcona jest analizie porównawczej, różnych pod względem organizacyjnym systemów ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem finansowania opieki ambulatoryjnej i szpitalnej. Autorka podjęła temat, który jest ważny z punktu widzenia specyfiki kształtowania się popytu i podaży w sektorze zdrowia, rosnących kosztów oraz efektywności publicznoprawnych źródeł finansowania usług medycznych.

Ważnym elementem szeroko zakrojonych badań empirycznych była weryfikacja i porównanie dwóch podstawowych narzędzi kształtujących dostępność do świadczeń zdrowotnych: koszyka świadczeń gwarantowanych oraz Jednorodnych Grup Pacjentów wykorzystywanych w systemach badanych krajów. Wyniki analiz porównawczych sposobów finansowania świadczeń w różnych systemach ochrony zdrowia umożliwiły Doktorantce sformułowanie ogólnych rekomendacji dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

### **II. Ogólna ocena pracy doktorskiej**

W przedłożonej do oceny rozprawie doktorskiej, we Wstępie do pracy Autorka uzasadnia wybór poszczególnych krajów, stwierdzając, iż charakteryzują się „...różnorodnością kierunków działań w obszarze finansowania opieki medycznej, a także oceną systemów opieki zdrowotnej opublikowanej w różnych raportach europejskich i światowych, takich jak raporty WHO, OCED oraz Health Consumer Powerhouse” (s.8). Porównanie kierunków działań w wybranych systemach umożliwia wskazanie wykorzystania niektórych rozwiązań w polskim systemie zdrowia.

W prezentowanych rozważaniach szczególna uwaga została zwrócona na oceny wskaźników ekonomicznych i medycznych, strukturę obowiązujących koszyków świadczeń gwarantowanych oraz analizę funkcjonowania systemu JPG w wybranych krajach. Zaproponowane podejście wynika z przyjętego celu głównego i związanej z nim głównej tezy badawczej orzekającej, że „...Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce wymaga wprowadzenia zmian organizacyjnych gwarantujących efektywność ekonomiczną i skuteczność kliniczną w oparciu o doświadczenia wybranych krajów. Powinny one obejmować efektywne wykorzystanie

*nakładów na opiekę medyczną obejmujące zmianę struktury świadczeń oraz rozszerzenie katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów, uwzględniając różne poziomy ciężkości stanu chorego, schorzenia towarzyszące oraz kompleksowe leczenie” (s.8).*

W nawiązaniu do wybranych teorii ekonomicznych oraz teorii ekonomii ochrony zdrowia Doktorantka sformułowała również sześć hipotez szczegółowych (s.8) odnoszących się m.in. do:

- (1) dostępności do usług, głównie do innowacyjnych terapii oraz przeżycia z powodu danej choroby,
- (2) poziomowi kosztów leczenia kształtowanego przez jego strukturę oraz kompleksowość leczenia,
- (3) szczegółowości katalogu JGP o grupy uwzględniające różne stany ciężkości stanu chorego oraz schorzenia towarzyszące i kompleksowość leczenia,
- (4) większej szczegółowości klasyfikacji chorób i procedur wykorzystywanych do kodowania jednorodnych grup pacjentów,
- (5) zróżnicowania finansowania placówek medycznych z uwzględnieniem wielodyscyplinarnej opieki medycznej i jakości leczenia, poziomu referencyjnego i przekazywania pacjentów do innych placówek w celu dalszego leczenia,
- (6), zmniejszania liczby pobytów krótkich oraz ponownej hospitalizacji.

Do weryfikacji sformułowanych hipotez została wykorzystana bogata literatura przedmiotu, obejmująca łącznie z wykazem odpowiednich baz danych i stron internetowych 354 pozycje oraz podstawowe metody statystyczne charakteryzujące jedynie tendencje w analizowanych problemach, bez uwzględnienia badania związków przyczynowo – skutkowych co nie w pełni odzwierciedla rozwiązanie podjętego tematu badawczego.

Sformułowane we Wstępie tezy i hipotezy wraz z głównym celem badawczym uzasadniają szeroki zakres przeprowadzonych prac teoretycznych i empirycznych prezentowanych w czterech zasadniczych rozdziałach o różnej długości. Przyjęcie takiej koncepcji spowodowało, iż struktura dysertacji nie jest proporcjonalna i symetryczna, co miało wpływ na nierównomierne rozłożenie wagi analizowanych procesów.

W rozdziale pierwszym *”Specyfika systemu ochrony zdrowia oraz rodzaje funkcjonujących modeli w świecie”* wykorzystując odpowiednie, dobrze znane pozycje literatury z zakresu ekonomii zdrowia skoncentrowano uwagę na definicjach zdrowia i systemów zdrowia, specyfice rynku usług medycznych oraz mechanizmach kształtujących podaż i popyt na świadczenia zdrowotne, scharakteryzowaniu trzech klasycznych modeli systemów zdrowia oraz problemach związanych z finansowaniem ochrony zdrowia i efektywnością poszczególnych działań.

Część z prezentowanych rozważań pośrednio związana jest z głównym celem badawczym dysertacji i pominięcie niektórych z nich pozwoliłoby Doktorantce na scharakteryzowanie istotnych problemów odnoszących się do mechanizmów finansowania działalności podmiotów leczniczych w różnych systemach organizacyjnych ochrony zdrowia. Ponadto, charakterystyka ogólna czynników mających wpływ na wysokość nakładów i ich strukturę stanowiła punkt wyjścia do analiz prezentowanych w dalszych częściach pracy.

Dwa kolejne rozdziały (drugi i trzeci) poświęcone są porównaniom dotyczącym finansowania i organizacji systemu zdrowia w Polsce i w czterech krajach wybranych do badań.

Obszerny rozdział drugi zatytułowany „*Charakterystyka polskiego systemu ochrony zdrowia – najważniejsze zagadnienia i problemy*” poświęcony jest opisowi funkcjonowania polskiego systemu zdrowia z uwzględnieniem jego historycznych i prawnych uwarunkowań, roli i zadań instytucji ochrony zdrowia oraz finansowania świadczeń medycznych z zakresu profilaktyki i opieki ambulatoryjnej. Zwrócono również uwagę na wielkość wydatków przeznaczonych na farmaceutyki oryginalne i generyczne oraz na nowoczesne technologie medyczne, a także na ważny problem zadłużania publicznych podmiotów leczniczych.

Dla scharakteryzowania tendencji występujących w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce Doktorantka wykorzystała bogatą bazę danych statystycznych dotyczących liczby przychodni i praktyk lekarskich, porad ambulatoryjnych w latach 2012–2020 oraz liczby szpitali i liczby łóżek w zależności od rodzaju placówek w latach 2001–2019 (s.78–82). W celu zobrazowania tego zagadnienia zostały wykorzystane podstawowe metody statystyki opisowej w postaci wykresów i wskaźników struktury, natomiast wnioski sformułowane na ich podstawie nie uwzględniają wpływu wprowadzanych zmian organizacyjnych na zmianę tej struktury.

W podsumowaniu tej części badań empirycznych zabrakło ostatecznego wniosku stwierdzającego, czy wprowadzane w latach 2012-2020 ustawowe zmiany organizacyjne miały wpływ na dostępność pacjentów do świadczeń zdrowotnych i efektywność systemu w związku z sytuacją demograficzną i zdrowotną ludności w Polsce (zagadnieniem tym poświęcony jest rozdział pierwszy dysertacji). Natomiast druga część tego rozdziału związana jest z poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie dotyczące zakresu finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce. Jak podkreśla Doktorantka „...*istotnym zagadnieniem w finansowaniu opieki medycznej jest ustalenie jakie świadczenia powinny być refundowane w ramach systemu zdrowia oraz wskazanie, tych do których pacjenci będą musieli dopłacać z wyliczeniem ich wysokości*” (s.88).

W dalszych częściach tego rozdziału prezentowana jest alokacja wydatków dokonana w roku 2018 według dwóch podstawowych kryteriów: (1) ich funkcji i (2) świadczeniodawców.

W strukturze alokacji wydatków według funkcji najwyższe pozycje charakteryzowały usługi lecznicze (57,4%) a najwyższe wydatki świadczeniodawców przeznaczone były na funkcjonowanie szpitali (41,1%). Natomiast w obu przypadkach najniższe wydatki ponoszone były na profilaktykę. Sposobem na obniżenie finansowania leczenia szpitalnego była wprowadzona w 2017 roku ustawowo zasada ryczałtowego finansowania szpitali zorganizowanych w sieci. Na wykresie 2.14 (s.90) zaprezentowano natomiast wydatki NFZ w latach 2014 – 2020 według poszczególnych świadczeniodawców, z którego wynika, iż po wprowadzeniu zasad ryczałtowego finansowania opieki szpitalnej udział wydatków na tę kategorię lecznictwa w całkowitych wydatkach NFZ wzrósł z poziomu 36,66% w roku 2017 do poziomu 53,52%. Co było główną przyczyną tak niekorzystnej sytuacji w finansowaniu lecznictwa szpitalnego?

Wydatki środków finansowych przez NFZ w latach 2014 -2020 zostały scharakteryzowane według poszczególnych kategorii oraz poprzez dynamikę zmian 2020/2014. Z prezentacji tych danych (s.91) wynika, iż najwyższy, ponad pięciokrotny wzrost udziałów w całkowitych

wydatkach NFZ odnotowała pomoc doraźna i transport sanitarny. Co było przyczyną tak znacznego finansowania tej kategorii usług medycznych przez NFZ?

Ponadto, w przeprowadzonej analizie wykazano ujemne procentowe zmiany wydatków NFZ w latach 2014-2015 na leczenie stomatologiczne (-5,7%) i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (-1,4%). Nie wiemy jednak jakie czynniki miały decydujący wpływ na zaistniałą sytuację? Ponadto należałoby wyjaśnić, czy wprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych miało wpływ na racjonowanie świadczeń zdrowotnych oraz, który ze składowych koszyka czynnik miał największy wpływ na dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz na racjonalne gospodarowanie zasobami ochrony zdrowia.

Ważnym elementem analizy funkcjonowania placówek leczniczych jest wskazanie na permanentne ich zadłużanie. Problem ten został dokładnie omówiony w podrozdziale 2.4.6.

Rozdział zamyka szczegółowe podsumowanie, w którym wyspecyfikowano wiele przyczyn zakłócających sprawne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, zwracając uwagę na nieadekwatne wyceny procedur w szpitalach w systemie JPG, co według mgr A. E. Tyszki jest jedną z przyczyn zadłużania się szpitali.

Kolejny trzeci rozdział pt. „*Analiza porównawcza finansowania i organizacji systemu zdrowia w Polsce, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Republice Federalnej Niemiec, Francji i Wielkiej Brytanii*” stanowi kompendium wiedzy na temat funkcjonowania i zasad finansowania świadczeń zdrowotnych w odmiennych systemach organizacyjnych sektora zdrowia. Porównanie systemów zostało dokonane na wielu płaszczyznach, pod względem strukturalnym, organizacyjnym, finansowania całego systemu czy poszczególnych jego elementów, jak usług medycznych oraz farmaceutyków. Ponadto scharakteryzowano istotne czynniki mające wpływ na zapewnienie odpowiedniej dostępności oraz jakości realizowanych świadczeń, a także zadowolenia pacjentów z realizowanych usług medycznych.

Do tego celu Doktorantka wykorzystała odpowiednie dane publikowane przez WHO, OCED oraz instytucje odpowiedzialne za nadzór nad systemami w poszczególnych krajach. W przypadku analizy dotyczącej ochrony zdrowia w Niemczech mgr A.E. Tyszka wykorzystała własne doświadczenia nabyte w trakcie stypendium w Klinice Kardiologii i Pulmonologii Schwabing Krankenhaus w Monachium (s.113).

Ważną częścią rozważań prezentowanych w tym rozdziale są analizy dotyczące struktury i efektywności zastosowanych w poszczególnych krajach systemów Jednorodnych Grup Pacjentów, będących podstawowym narzędziem rozliczeń między świadczeniodawcami a płatnikiem.

Dążenie do ograniczania kosztów finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych mogą świadczyć licznie wprowadzane zmiany (s.184-205). Przeprowadzona przez Doktorantkę szczegółowa analiza porównawcza wskazuje, że „...każdy z systemów ma pewne charakterystyczne cechy wyróżniające je i dostosowane do warunków realizowania świadczeń w danym kraju. Grupy diagnostyczne we wszystkich systemach, z wyjątkiem wielu grup kodowanych w polskim systemie, mają podział na kilka poziomów ciężkości schorzeń umożliwiającymi wyższe finansowanie leczenia pacjentów wysokiego ryzyka, obciążonych wieloma schorzeniami, którzy wymagają kompleksowej terapii” (s. 205).

Prezentowane rozważania zostały poprzedzone porównaniem:

- (1) wskaźników makroekonomicznych:
  - procentowy udział wydatków całkowitych oraz wydatków systemu powszechnego na ochronę zdrowia w stosunku do PKB w 2021 roku, (s.126 – 127) oraz
  - wydatki na ochronę zdrowia per capita w 2021 roku w \$ US ukazujących dystans jaki dzieli Polskę od pozostałych krajów oraz
- (2) wskaźników medycznych:
  - stosunek wydatków na ochronę zdrowia per capita do średniej oczekiwanej liczby lat życia w 2019 roku, który dla Polski jest najniższy,
  - liczby zgonów na 100 tys. mieszkańców, których można było uniknąć poprzez prewencję lub zastosowane leczenie, w tej kwalifikacji Polska zajmuje przedostatnie miejsce przed USA (s.136),
  - śmiertelności z powodu zawału serca i choroby wieńcowej oraz udaru mózgu na 100 tys. mieszkańców w 2019 roku, Polskę charakteryzuje najwyższy wskaźnik śmiertelności z powodu udaru mózgu a w poziomie śmiertelności z powodu udaru zajmujemy przedostatnią pozycję w porównaniu z pozostałymi krajami (s.137),
  - wydatki na leczenie onkologiczne per capita w 2018 roku, w tej kategorii Polska plasuje się na najniższym poziomie finansowania zarówno leczenia, jak i leków onkologicznych (s.138),
  - najniższą liczbą lat przeżycia w wybranych chorobach onkologicznych (s.138) oraz
  - liczby zgonów z powodu chorób nowotworowych (s.140),
- (3) zatrudnienia wyrażone liczbą lekarzy i pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców w 2020 roku, w którym polska charakteryzuje się najniższymi wskaźnikami co skutkuje dużą liczbą konsultacji lekarza (s.141-142);
- (4) systemu opieki szpitalnej – charakteryzowany wypisów ze szpitala na 1 tys. mieszkańców w 2019 roku, wskaźnika hospitalizacji na wybrane choroby, w których najwyższe wartości są charakterystyczne dla Polski w przypadku niewydolności serca (s.149-152) i
- (5) opieki ambulatoryjnej z uwzględnieniem lekarzy rodzinnych na 100 tys. mieszkańców, pod tym względem wyprzedzają Polskę Niemcy i Francja, liczba pacjentów oczekujących na wizytę powyżej 4 tygodni na 100 tys. mieszkańców jest najwyższa wśród porównywanych krajów, co przekłada się na najwyższy poziom popytu na opiekę specjalistyczną (s.157-158)
- (6) refundacji farmaceutyków z uwzględnieniem innowacyjnych. Należy podkreślić, że pod względem wydatków na leki w przeliczeniu na jednego mieszkańca w \$ US są najniższe w Polsce w porównaniu z pozostałymi krajami, ale ich udział w całkowitych wydatkach na leki jest najwyższy z najniższą dostępnością nowych substancji aktywnych (s.171-173).

Przeprowadzana, szczegółowa ocena funkcjonowania ochrony zdrowia pokazuje trudną sytuację sektora ochrony zdrowia i pacjentów w Polsce światło wybranych wskaźników makroekonomicznych, medycznych i odnoszących się do jej zasobów.

Ostatni rozdział czwarty „*Analiza porównawcza wybranych grup jednorodnych pacjentów w Stanach Zjednoczonych Ameryki, Republice Federalnej Niemiec, Francji oraz wielkiej Brytanii*” poświęcony jest charakterystyce wybranych grup świadczeń zdrowotnych według obowiązującej metodologii JGP ze szczególnym uwzględnieniem finansowania sześciu wybranych grup (udaru mózgu, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, nowotworów płuc, niewydolności serca oraz zawału serca).

Analiza porównawcza obejmowała kodowanie i finansowanie każdej grupy, różnice w liczebności grup oraz wysokość stawek w poszczególnych grupach. Ważnym elementem porównań jest wskazanie różnic w wysokości stawek pomiędzy najwyższymi i najniższymi stawkami proponowanej wyceny leczenia pacjentów.

Efektom końcowym etapu badań porównawczych jest wyspecyfikowanie poszczególnych elementów systemów JGP w wybranych krajach, które zdaniem Doktorantki mogą być zaimplementowane w polskim systemie i mogłyby być uwzględnione w przyszłych zmianach finansowania świadczeń medycznych.

W podsumowaniu wyników szczegółowych badań zostały sformułowane wnioski i ogólne rekomendacje dla polskiego systemu ochrony zdrowia. Na uwagę zasługuje wniosek wskazujący na celowość uwzględniania zróżnicowanej liczby kategorii świadczeń medycznych oraz liczby grup, które dostosowywane są do ciężkości stanu pacjenta, intensywności opieki medycznej oraz liczby wykonywanych procedur w celu zróżnicowania płatności za hospitalizację. W porównywanych czterech krajach w systemach JPG preferowane jest kompleksowe leczenie szpitalne, wysoko wyceniane są hospitalizacje osób w starszym wieku, wysokiego ryzyka, z wieloma schorzeniami towarzyszącymi uwzględniającymi również poziom ciężkości stanu zdrowia pacjenta (s.231).

W każdym porównywanym systemie JPG, poza polskim, uwzględnia się 3 lub 4 poziomy chorób współistniejących, powikłań oraz komplikacji co umożliwia odpowiednie finansowanie leczenia najcięższej chorych (s.293). Krytyczna ocena polskiego systemu JPG w świetle badań przeprowadzonych przez Doktorantkę dotyczy zbyt małej liczby grup JPG, słabego zróżnicowania grup JPG, słabego ich zróżnicowania w przypadku pacjentów z licznymi obciążeniami lub pod kątem kompleksowego leczenia oraz redukcji wyceny dla szpitali przekazujących pacjentów do innych podmiotów leczniczych (s.296). Należy podkreślić, iż JPG stanowi podstawę do ostatecznego wyliczenia wysokości opłat za hospitalizację, a jego waloryzacja zależy od poziomu inflacji, która w sektorze zdrowia jest często wyższa w porównaniu z innymi sektorami gospodarki. W polskim systemie JPG nie przewidziano takiej pozycji, gdy inne porównywane systemy taki wskaźnik uwzględniają w rozliczeniach płatnika ze świadczeniodawcą. Czy wysoka inflacja obserwowana w gospodarce polskiej będzie miała wpływ na zadłużanie się szpitali w najbliższej perspektywie?

Ostateczny wniosek z szeroko zakrojonych badań teoretyczny i analiz empirycznych został sformułowany w *Zakończeniu* pracy i stanowi rekomendację zmian w polskim systemie finansowania świadczeń zdrowotnych. Doktorantka pozytywnie zweryfikowała główną tezę oraz hipotezy szczegółowe i osiągnęła główny cel badawczy, a także wskazała kierunki dalszych badań poprzez rozszerzenie ich zakresu.

### **Ocena końcowa**

Rozprawa doktorska mgr Anny Ewy Tyszki stanowi oryginalne opracowanie zarówno pod względem teoretyczno-poznawczym, metodycznym, jak i empirycznym. Świadczy także o dobrym opanowaniu warsztatu badawczego oraz umiejętności łączenia wiedzy z różnych obszarów funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w rozwiązywaniu głównego problemu dysertacji. Doktorantka wykazała, że:

- prezentując szeroki przegląd prac i dokumentów krajowych i zagranicznych dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia w różnych systemach organizacyjnych

potrafi dokonać syntezy proponowanych rozwiązań i sposobów finansowania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem wskaźników makroekonomicznych i medycznych oraz dokonać krytycznej oceny narzędzi wykorzystywanych w procesie finansowania świadczeń zdrowotnych;

- zna podstawowe metody statystyczne umożliwiające przeprowadzenie analiz porównawczych i potrafi je wykorzystać do oceny badanej sytuacji i uzasadnienia sformułowanych hipotez badawczych.

Wymienione zalety można uznać za mocną stronę ocenianej dysertacji.

Do słabych stron należy zaliczyć:

- zbyt szeroki zakres badanej problematyki, często odbiegający od głównego nurtu badawczego,
- brak analizy przyczynowo–skutkowej (np. analizy korelacji regresji, odpowiednich modeli ekonometrycznych), która umożliwiłaby wskazanie najistotniejszych czynników mających wpływ na kształtowanie się wydatków na świadczenia medyczne w Polsce,
- niewyczerpujące uzasadnienie wyników szeroko zakrojonych badań cząstkowych,
- ogólne sformułowanie rekomendacji dla kierunków zmian finansowania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem systemu Jednorodnych Grup Pacjentów oraz odpowiedniego koszyka świadczeń gwarantowanych.

Wymienione we wcześniejszych fragmentach niniejszej recenzji uwagi i zastrzeżenia nie umniejszają ogólnie pozytywnej oceny. Praca stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, opartego o wiedzę teoretyczną i praktyczną, a także świadczy o umiejętności samodzielnego prowadzenia badań naukowych przez Doktorantkę.

## **Konkluzja**

Podsumowując opinię o rozprawie doktorskiej stwierdzam, dysertacja ta jest rezultatem poprawnie przeprowadzonego badania naukowego. Dowodzi samodzielności i umiejętności badawczych Autorki. Wskazane uwagi krytyczne nie umniejszają pozytywnej ocenie pracy i nie mają wpływu na końcowy pozytywną ocenę dysertacji.

Biorąc pod uwagę warunki określone w art. 13 ust.1 Ustawy z dnia 14 marca 2003 o stopniach i tytule naukowym, jak też w związku z art. 179 ust. 2 Ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. przepisy wprowadzające ustawę: Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 30 sierpnia 2018 r., poz. 1669) stwierdzam, że rozprawa doktorska pt. „*Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle doświadczeń Stanów Zjednoczonych Ameryki, Republiki Federalnej Niemiec, Francji oraz Wielkiej Brytanii*” spełnia w stopniu zadowalającym wymagania stawiane tego typu dysertacjom. Wskazuje na ogólną wiedzę teoretyczną posiadaną przez mgr Annę Ewę Tyszkę w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie ekonomia i finanse.

Na tej podstawie wnoszę do Rady Dyscypliny Naukowej Ekonomia i Finanse Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie o dopuszczenie mgr Annę Ewę Tyszkę do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

