

Prof. dr hab. Jadwiga Suchecka  
Uniwersytet Łódzki  
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny  
Instytut Ekonomik Sosowanych i Informatyki  
Katedra Badań Operacyjnych

**Recenzja pracy doktorskiej mgr Mariusza Dąbrowskiego**  
**„Racjonalne wykorzystanie czynników wytwórczych w szpitalach”**  
**przygotowanej pod opieką naukową prof. dr hab. Eweliny Nojszewskiej**  
**Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania**

***Tematyka i struktura pracy***

Rozprawa licząca łącznie 299 stron, ma charakter teoretyczno-empiryczny, dotyczy problemu racjonalnego wykorzystania wybranych czynników wytwórczych w szpitalach. Autor skupia się na określeniu wielkości luki w efektywności ekonomicznej w wybranych szpitalach w Polsce. W części teoretycznej, obejmującej trzy rozdziały, dokonano charakterystyki systemu opieki zdrowotnej (rozdział 1), omówiono problematykę rynku lecznictwa szpitalnego (rozdział 2) oraz efektywności szpitalnej opieki zdrowotnej (rozdział 3). Część empiryczna pracy (rozdział 4), dotycząca racjonalizacji czynników wytwórczych liczy 165 stron i jest nieproporcjonalnie obszerna w stosunku do pozostałych rozdziałów. W tej części pracy Autor prezentuje wyniki własnych badań empirycznych oraz podejmuje próbę wykazania luki w efektywności ekonomicznej systemu lecznictwa szpitalnego. Podstawę tych analiz stanowią bazy danych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia dla wybranych siedmiu województw: lubelskiego, łódzkiego, małopolskiego, mazowieckiego, śląskiego, świętokrzyskiego i wielkopolskiego, obejmujące informacje o zrealizowanych świadczeniach szpitalnych w latach 2012-2014 zawarte w katalogach 1a i 1b.

Zasadnicze części rozprawy poprzedza Wprowadzenie, w którym uzasadniono wybór tematu rozprawy, scharakteryzowano zasadnicze problemy współczesnego systemu ochrony zdrowia w Polsce, określono cel zasadniczy podjętych badań, sformułowano tezę pracy i hipotezy badawcze oraz przedstawiono strukturę pracy. Głównym celem badawczym pracy jest „wyjaśnienie, czy poprzez zastosowanie metody oraz obliczeń zrównujących podaż zasobów szpitalnych do popytu efektywnego można określić wielkość luki w efektywności ekonomicznej w wybranych województwach oraz powiatach” oraz uzyskanie odpowiedzi (z uwzględnieniem zasad, działań i wyników analiz) na pytanie „jakie skutki ono przyniesie” (s.9). Przyjęta w pracy teza głosi, że „zrównanie podaży wybranych czynników wytwórczych w szpitalach do popytu efektywnego Płatnika doprowadzi do racjonalizacji kosztów postronnie szpitali i Płatnika” (s.11). Natomiast nie sformułowano wprost hipotez badawczych, stwierdzono jedynie, iż dotyczą „wpływu czynnika migracji pacjentów oraz jego wpływu na zmianę sposobu kontraktowania szpitalnych świadczeń opieki szpitalnej przez Płatnika” (s.11).



W mojej ocenie, zarówno główny cel pracy oraz teza i hipotezy badawcze, jak i pytania badawcze są sformułowane nieprecyzyjnie. Należy najpierw wyjaśnić co oznaczają takie terminy (jak należy je definiować uwzględniając problem badawczy dysertacji): luka w efektywności czynników wytwórczych, efektywność, skuteczność, racjonalność. Tymi terminami posługuje się Autor w dalszych częściach pracy, nie przestrzegając powszechnie stosowanych w analizach ekonomicznych definicji. Zabrakło również precyzyjnego wyjaśnienia samego tytułu pracy – co autor uznaje za racjonalne wykorzystanie czynników wytwórczych (tzn. jakich) w szpitalach – (zgodnie z definicją) czy alokację ograniczonych zasobów, które optymalizują korzyści, jakie z tego tytułu podmiot czerpie czy też termin ten oznacza zupełnie coś innego. Podobne zastrzeżenia można sformułować w odniesieniu do poruszanych w pracy problemów badawczych tzn. „...efektywności wykorzystania środków finansowych przez Płatnika i świadczeniodawców na realizację szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej...”, „...czy zasoby finansowe będące w szpitalnym systemie są racjonalnie wykorzystywane...”, „...czy jedynym rozwiązaniem służącym zwiększeniu skuteczności szpitalnego systemu opieki zdrowotnej jest zasilanie dodatkowymi środkami finansowymi..”(s.8 i następne).

Rozdział 1 zatytułowany „Ogólna charakterystyka systemu opieki zdrowotnej” poświęcony jest omówieniu wpływu czynników kulturowych, ekonomicznych, uregulowań prawnych i organizacji instytucjonalnej na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Ta część pracy ma charakter ogólny, a szczególna uwaga została zwrócona na interdyscyplinarny wymiar systemu opieki zdrowotnej oraz specyficzne uwarunkowania jego funkcjonowania, wynikające z ograniczonych zasobów, zwłaszcza finansowych. Dokonując przeglądu różnych uwarunkowań funkcjonowania systemu Autor nie uniknął pewnych nieścisłości w formułowaniu ogólnych wniosków np. (1.3) „...Należy raczej pojęcie prawidłowości utożsamiać z efektywnością czy racjonalnością, ale nie z wielkością środków finansowych” (s.26), „...Gwarancje leczenia należy rozpatrywać co najmniej w kontekście możliwości finansowych oraz gospodarności” (s.26). Ostatnia część tego rozdziału zawiera charakterystykę podstawowych podmiotów instytucjonalnych polskiego systemu opieki zdrowotnej.

W rozdziale 2 („Problematyka rynku lecznictwa szpitalnego”) Doktorant skoncentrował się na prezentacji systemu lecznictwa szpitalnego jako specyficznego rynku, określonego poprzez regulacje prawne, mechanizmy funkcjonowania, zachowania konsumentów oraz występowanie podaży i popytu, co sprawia iż system ten można traktować jako zespół czynników wytwórczych (s.31). W dalszej części tego rozdziału Autor wskazuje na system rozliczeniowy między Płatnikiem i świadczeniodawcami w postaci JGP jako „...najlepsze narzędzie opisu i przeprowadzania charakterystyki usług medycznych realizowanych przez szpitale” (s. 32). Kolejna część (2.1) poświęcona jest omówieniu podstawowych zagadnień z zakresu ekonomiki szpitalnictwa w nawiązaniu do zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2011nr 112, poz. 654 z poz. zm.) ze wskazaniem uwarunkowań makro- i mikroekonomicznych funkcjonowania szpitali w polskim systemie zdrowia. Na szczególną uwagę zasługują rozważania zawarte w cz. 2.2 – *Racjonalizacja zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przez Płatnika*, dotyczące przedmiotowego/prospektywnego modelu finansowania szpitali w Polsce oraz zasad kontraktowania świadczeń przez Płatnika i ich wpływu na racjonalne gospodarowanie



zasobami przez świadczeniodawców, w tym wykorzystanie łóżek i czas trwania hospitalizacji. W dalszej części tego rozdziału Autor zwraca uwagę na relacje agencyjne między NFZ a świadczeniodawcami oraz ważną rolę Płatnika w ocenie działalności ekonomicznej podmiotów leczniczych. Wskazuje również metody mogące mieć wpływ na podniesienie efektywności wykorzystania zasobów szpitalnych poprzez ich elastyczne wykorzystanie, z pominięciem obecnie występującej fragmentaryzacji specjalności medycznych (s. 48) oraz opracowanie referencyjnych procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Ważnym elementem wprowadzonych przez Doktoranta do rozważań dotyczących kosztów działalności szpitali są dyskusje nad wpływem kosztów zachowania gotowości czynników wytwórczych w niektórych jednostkach organizacyjnych szpitala i ich przenikanie poprzez koszty pośrednie i bezpośrednie (s. 55 – 59). Nie bez znaczenia jest zwrócenie uwagi na funkcje informacji w racjonalizacji wykorzystania zasobów na rynku usług szpitalnych, zarówno w obszarze ekonomicznym, medycznym, jak i społecznym oraz próba prezentacji własnych koncepcji rozwiązania niektórych problemów wynikających z podjętych badań. Jednak, podobnie jak w poprzednich rozdziałach, można mieć zastrzeżenia odnośnie niektórych sformułowań i braku wyjaśnień stosowanej terminologii np. *wielkość kosztów transakcyjnych w wyniku przyjętych rozwiązań systemu opieki zdrowotnej jest maksymalnie zoptymalizowana, (s.49), w jaki sposób mierzyć lukę w efektywności (s.48)*. Doprecyzowanie znaczenia większości wprowadzonych do dyskusji terminów podniosłoby walor naukowy ocenianej rozprawy.

Rozdziałem wprowadzającym do obszernej części empirycznej pracy jest rozdział 3 poświęcony *Efektywności szpitalnej opieki zdrowotnej*. Zostały w nim omówione problemy i zagrożenia w podnoszeniu efektywności działalności szpitali (3.1), wskazano czynniki i zjawiska charakteryzujące brak równowagi na rynku leczenia szpitalnego (3.2) oraz przedstawiono koncepcję racjonalizacji możliwości produkcyjnych badanych podmiotów leczniczych (3.3). W pierwszej części tego rozdziału zostały wyraźnie podkreślone uwarunkowania ekonomiczne funkcjonowania szpitala oraz konieczność uwzględnienia w ocenie efektywności podejmowanych przez dany podmiot działań, oprócz efektywności technicznej, także efektywności alokacyjnej. Przyjęcie takich rozwiązań, zdaniem Autora, prowadziłyby do osiągnięcia równowagi w możliwościach produkcyjnych szpitala w obszarze materialnym i społecznym. Natomiast jako czynnik zakłócający dążenie do równowagi w opiece zdrowotnej wskazano czynnik migracji, który powoduje, że NFZ finansuje ubezpieczonych z danego województwa, a nie świadczeniobiorców (s.73). W związku z tym rodzi się pytanie: czy wprowadzenie swobody wyboru świadczeniodawcy na terenie kraju, również poprzez wprowadzenie ustawy o opiece transgranicznej za zezwoleniem NFZ nie miało wpływu na częściowe zniwelowanie różnic regionalnych w dostępie do świadczeń zdrowotnych wymienionych w koszyku świadczeń gwarantowanych? Pozytywnie należy również ocenić podjęcie próby zdefiniowania regulacji oraz ich skutków jako podstawy wyboru właściwych narzędzi - z wykorzystaniem odpowiednich pozycji literatury oraz wskazanie własnych propozycji.

Dyskusyjny pozostaje pogląd Autora (s.88) stwierdzającego, że „...obszar podaży w ujęciu nieracjonalnych kosztów należy rozpatrywać z dwóch przyczyn powstawania ich wartości (.) nieracjonalnego wykorzystania przychodu przez same szpitale oraz nieracjonalnej polityki w kreowaniu przez Płatnika lokalnego popytu efektywnego” . Czy



rzeczywiście osiągnięcie równowagi między popytem a podażą na rynku opieki szpitalnej jest celem realnym i osiągalnym w świetle teorii równowagi, która wyraźnie wskazuje, iż punkt równowagi jest punktem do którego poprzez mechanizmy dostosowawcze układ dąży, ale go nie osiąga.

Jak Doktorant sobie wyobraża funkcjonowanie szpitali I stopnia referencyjnego udzielających świadczeń w czterech podstawowych specjalnościach medycznych (chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii oraz anestezjologii i intensywnej terapii) „...których celem powinno być świadczenie szpitalnych świadczeń opieki zdrowotnej nie wymagających aparatury oraz wiedzy specjalistycznej” (s. 91).? Niejasne są też wywody prezentowane na s.92 – 96.

Rozdział 4 o charakterze empirycznym, ściśle związany z ogólnym problemem badawczym rozprawy, zawiera analizy dotyczące możliwości zrównania podaży wybranych czynników wytwórczych w szpitalach do popytu efektywnego Płatnika oraz do uzyskania racjonalizacji kosztów po stronie szpitali i NFZ. Podstawą przeprowadzonych badań były dane uzyskane przez Płatnika ze sprawozdań szpitali. Obejmowały one swoim zakresem świadczenia opisane w katalogu 1a i 1b w latach 2012-2014, stanowiące podstawę rozliczeń między szpitalami a NFZ w siedmiu wybranych (według jakiego kryterium merytorycznego?) województwach: lubelskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, śląskim, świętokrzyskim oraz wielkopolskim. W procesie badawczym przyjęto jednakową metodę analiz ilościowych i jakościowych wskazujących na zależności kształtowania się przychodów szpitali z tytułu zrealizowanych hospitalizacji w powiązaniu z ich ogólną wartością i specjalnościami medycznymi. Rozważania zamykają Wnioski z analiz, przeprowadzonych przy wykorzystaniu bogatej bazy danych statystycznych. Do sformułowania ostatecznego wniosku skonstruowano tablicę, której zawartość charakteryzuje zrealizowane i rozliczone przez Oddziały Wojewódzkie NFZ hospitalacje na poszczególnych oddziałach szpitalnych (jako specjalizacje medyczne) oraz ich wartości. Kolejnym problemem badawczym było wyznaczenie ograniczonego przez wycenę Płatnika popytu efektywnego na podstawie danych z wybranych województw w latach 2012-2014 w podziale na powiaty (4.2). Stosując w większości analiz wyłącznie procenty wskazano na zróżnicowanie wartości środków otrzymywanych przez szpitale w poszczególnych powiatach. Szkoda, że Doktorant dysponując tak szczegółowymi danymi nie zastosował bardziej zaawansowanych technik statystycznych dla dokonania bardziej pogłębionej analizy wskazującej zależności przyczynowo – skutkowe między badanymi czynnikami. W dalszej części rozdziału empirycznego podjęto próbę określenia podaży czynników wytwórczych wykorzystywanych w szpitalach na podstawie danych z wybranych województw również za lata 2012 – 2014, z uwzględnieniem sezonowości występowania przypadków chorobowych w określonych specjalnościach medycznych. W zakresie rodzajów przyjęć do szpitali zostało zaproponowane przez Autora uogólnienie, polegające na przyjęciu trzech trybów rozpoczęcia hospitalizacji: nagłych, planowanych i innych - zamiast opisanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2011 nr 215, poz. 1273) ośmiu sytuacji, w jakich pacjent jest przyjmowany na oddział szpitalny. Dodatkowym nurtem dociekań było określenie sezonowości oraz udziału trybu nagłego w przyjęciach pacjentów do szpitali według poszczególnych specjalności medycznych. Do tego celu zostały wykorzystane średnie z trzech lat obrazujące liczbę świadczeń szpitalnych rozliczonych w wybranych województwach z uwzględnieniem trzech



trybów hospitalizacji pacjentów. Według koncepcji zaproponowanej przez Doktoranta, przy uwzględnieniu sezonowości przyjęć w szpitalach bez podziału na tryby rozpoczęcia hospitalizacji, przy założeniu, że liczba przyjęć nagłych odpowiada wielkości czynników wytwórczych traktowanych jako poziom gotowości, „...możliwe jest wprowadzenie elastycznego zarządzania zasobami oddziałów szpitalnych i przesuwanie ich względem zapotrzebowania w określonych kwartałach tworzy nowe rozwiązania wpisujące się w racjonalne wykorzystanie czynników wytwórczych w szpitalach” (s.175). W związku z tym powstaje pytanie: jakie procedury rozliczeń między Płatnikiem a świadczeniodawcami powinny być spełnione, aby można było wprowadzić takie rozwiązanie? Równie dyskusyjne pozostają wnioski wynikające z badań dotyczących wpływu migracji pacjentów na popyt i podaż szpitalnej opieki zdrowotnej (4.4). W swoich badaniach Autor koncentruje się na badaniu migracji pacjentów, przyjmując jako jednostkę badania powiat, a nie konkretną specjalizację medyczną, na którą Płatnik przeznaczył odpowiednie środki finansowe. Czy przyjęcie tak ogólnego założenia nie zniekształca rzeczywistego obrazu popytu efektywnego na świadczenia szpitalne, wynikającego również z niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych ludności zamieszkującej określony powiat? Czy uzyskane wyniki z przeprowadzonych badań empirycznych mogłyby być wykorzystane do opracowania map potrzeb zdrowotnych?

W końcowej części badań empirycznych Doktorant podjął się trudnego zadania „...zdefiniowania i zmierzenia obszaru, jaki pozostaje po wprowadzeniu efektywniejszego zarządzania środkami finansowymi będącymi w systemie opieki zdrowotnej” (s.194) oraz „...prognozowania skutków finansowych dla Płatnika po wprowadzeniu sugerowanych zmian” (s.322) przy założeniu, że czynnikiem podstawowym określającym zasób jest łóżko szpitalne, bowiem liczba łóżek w większości kształtuje pozostałe zasoby, dla których koszt został przypisany przy wykorzystaniu odpowiedniego nośnika. Według Autora dysertacji przyjęcie takiego założenia „...pozwala określić racjonalną wysokość czynników wytwórczych takich jak: koszty zarządcze i administracyjne szpitala, koszty mediów i sprzętania oraz koszty związane z wynagrodzeniami personelu medycznego” (s.232). Efektem prowadzonych badań z uwzględnieniem przyjętych założeń było uzyskanie informacji o udziale nieracjonalnej części środków finansowych w poszczególnych powiatach w siedmiu wyróżnionych województw, która kształtowała się na średnim poziomie 30% ogólnej kwoty wydatków.

Rozważania prezentowane w całej dysertacji kończy Podsumowanie i wnioski, z których wynika, że:

- (1) zrównanie podaży wybranych czynników wytwórczych w szpitalach do popytu efektywnego Płatnika doprowadzi do racjonalizacji kosztów prowadzenia działalności na rynku lecznictwa szpitalnego,
- (2) Płatnik oraz świadczeniodawcy nie wypełniają swoich ról przypisanych w relacjach agencyjnych (pryncypał, agent),
- (3) brak jest działań ze strony płatnika w dostosowaniu wysokości poziomów popytów efektywnych w poszczególnych obszarach kraju.

### **Ocena rozprawy**

Wybór tematu nad racjonalnym wykorzystaniem wybranych czynników wytwórczych uważam za aktualny i ważny, zwłaszcza w świetle toczących się dyskusji nad reformą



systemu ochrony zdrowia, mającą na celu zniwelowanie pogłębiającej się nierównowagi w ochronie zdrowia. Za trafną również należy uznać decyzję o uzupełnieniu ogólnych rozważań dotyczący funkcjonowania podmiotów leczniczych i Płatnika analizami empirycznymi. Z uznaniem należy również podejść do zgromadzenia tak szczegółowej i obszernej bazy danych, które wymagało dużego nakładu pracy w jej przygotowaniu, zwłaszcza dla wykazania nieracjonalności wykorzystania niektórych ważnych (zdaniem Doktoranta) czynników wytwórczych w najdroższych podmiotach leczniczych, jakimi są szpitale. Wskazanie na wielość i szeroki zasób informacji, jakimi dysponuje NFZ jest ceną wskazówką dla możliwości ich wykorzystania przy ocenie dotychczasowych rozwiązań i wskazania kierunków zmian, ograniczających racjonowanie świadczeń i dostępności do nowoczesnej medycyny.

Ogólna struktura pracy została powiązana ze sformułowanym celem pracy oraz główną tezą i dodatkowymi hipotezami badawczymi, natomiast zastrzeżenie budzi konstrukcja rozdziału empirycznego - zarówno jego objętość, jak i wykorzystanie podstawowych mierników (w większości przypadków procentów) do scharakteryzowania przebiegu określonych zjawisk oraz jednakowy schemat prezentowanych rozważań. Literatura wykorzystana w pracy jest stosunkowo obszerna, obejmująca w zdecydowanej większości prace polskich autorów.

Omawiając w poprzedniej części recenzji treść poszczególnych rozdziałów formułowałam jednocześnie uwagi zarówno krytyczne, jak i pozytywne. Uważam ponadto, iż mankamentem tej pracy jest posługiwanie się obiegowymi stwierdzeniami charakteryzującymi aktualną sytuację w ochronie zdrowia i w opiece szpitalnej, nieprecyzyjne formułowanie wniosków z przeprowadzonych badań oraz proponowanie rozwiązań bez wskazania sposobu ich wdrożenia. Pogłębione analizy ekonomiczne pozwoliłyby uniknąć potknięć w interpretacji uzyskanych wyników, jak i w proponowanych rozwiązaniach. Pomimo tych zastrzeżeń wyniki prowadzonych badań należy uznać za wartościowe oraz pogłębiające wiedzę na temat wykorzystania wybranych czynników wytwórczych i możliwości kreowania efektywnego popytu Płatnika w sytuacji ograniczonych zasobów finansowych i obowiązujących uregulowań prawnych.

### **Konkluzja**

Reasumując zalety i niedostatki przedłożonej rozprawy mgr Mariusza Dąbrowskiego nt. *Racjonalne wykorzystanie wybranych czynników wytwórczych w szpitalach*, stwierdzam, iż zarówno dobór problemu badawczego i sposób ujęcia tematyki rozprawy, stworzenie odpowiedniej bazy unikatowych danych statystycznych i obszerna ich analiza świadcząca o umiejętności prowadzenia samodzielnych badań naukowych spełniają merytoryczne i formalne warunki stawiane rozprawom doktorskim, wymagane Ustawą z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. Nr 65, poz. 595 ze zm. Dz.U. Z 2005 r., nr 164, poz. 1365). Wnoszę więc o dopuszczenie do publicznej obrony rozprawy doktorskiej mgr Mariusza Dąbrowskiego.

*Łóok', du. 11.03.2018*

*J. Szelach*