

Prof. Adam Noga

Warszawa, 20 01 2018

Akademia Leona Koźmińskiego

W Warszawie

Recenzja pracy doktorskiej  
Magistra Mariusza Dąbrowskiego  
***Racjonalne wykorzystanie  
wybranych czynników wytwórczych  
w szpitalach***

Promotor: Prof. dr hab. Ewelina Nojszewska

### **1. Uwagi ogólne**

Doktorant podjął się zbadania kilku hipotez, wśród których kluczową jest ta mówiąca o tym, że zrównanie podaży wybranych czynników wytwórczych w szpitalach do popytu efektywnego Płatnika doprowadzi do racjonalności kosztów po stronie szpitali i Płatnika. Trzeba przyznać, że doktorant wykazał w pracy kilka ciekawych hipotez, bardziej jednakże *implicite*, niż tą wymienioną wyżej *explicite*, chociaż – jak przystało na nauki ekonomiczne – w sposób dość toporny.

Praca doktorska Mariusza Dąbrowskiego zasługuje jednakże na uznanie i wskazuje na naturalny bakcył doktoranta do prowadzenia badań naukowych. Przede wszystkim doktorant podjął się bardzo aktualnego oraz pasjonującego w najnowszej teorii ekonomii i polityce gospodarczej zagadnienia i sformułował ważne wnioski badawcze i aplikacyjne. Imponują: 1) ogromna „branżowa” wiedza Doktoranta na temat sektora szpitalnictwa, widać w niej bardzo cenną

naturalną ukrytą *implicite* socjologiczną metodę obserwacji wewnętrznej, 2) znakomity materiał statystyczny zebrany przez Doktoranta do badania racjonalności wykorzystania zasobów w polskim szpitalnictwie oraz 3) bardzo wysoko obecnie cenione przez badaczy, np. A. K. Koźmińskiego czy G. W. Kołodko, interdyscyplinarne spojrzenie. Przekonujący jest sposób rozumowania i wykazania przez Doktoranta, że w polskim szpitalnictwie ma miejsce wysoka nieracjonalność wykorzystania zasobów i że w związku z tym istnieje też ogromne możliwości poprawy efektywności działania tego bardzo wrażliwego sektora polskiej gospodarki nawet bez istotnego zwiększania nakładów na służbę zdrowia – co intuicyjnie od dawna głosi „zdrowa” ekonomia i co z trudem jest przyjmowane przez środowiska medyczne, społeczeństwo i w efekcie przez politycznych decydentów poszukujących bezbolesnego poparcia wyborczego.

Na słabą ocenę zasługuje jednakże metodologia badawcza doktoranta. Szkoda że doktorant nie odważył się na profesjonalne analizy przy pomocy statystyki matematycznej oraz nie pokusił się o przedstawienie modelu analizy – chociażby deskryptywnego czy graficznego. Jak to już dobitnie jednak pokazał ponad 75 lat temu J. M. Keynes: *ekonomia jest nauką myślenia kategoriami modeli, połączoną ze sztuką doboru modeli właściwych dla współczesnego świata (...). Dobrzy ekonomiści są rzadkością, talent bowiem posługiwania się czujną obserwacją dla doboru dobrych modeli, choć nie wymaga wysoce wyspecjalizowanej techniki intelektualnej, wydaje się być darem niezmiernie rzadkim (Keynes, Collected Works, t. IV)*. Szkoda, że doktorant nie spróbował odkryć w sobie takiego talentu.

W sytuacji gdy główną metodą badawczą i *benchmarkiem* Doktoranta są odchylenia od średniej: skoro jedni potrafią z określonych zasobów osiągnąć tak wiele, to dlaczego inni osiągają tak mało, to analiza modelowa i aparat statystyczny i ekonometryczny okazałyby się dla Doktoranta też wyjątkowo

atrakcyjne: pozwoliły na bardziej precyzyjnie określenie zakresu nieracjonalności i wskazały na wrażliwe czynniki owej nieracjonalności, które można poprawiać.

Bardzo cenne interdyscyplinarne podejście do badanego problemu zawiera w sobie też liczne pułapki, w które i Doktorant wpada. Doktorant próbuje bowiem rozwiązywać problem od strony teorii ekonomii, zarządzania strategicznego, medycyny, socjologii, filozofii czy wielu jeszcze innych nauk społecznych, ale osiąganą dzięki temu synergia jest być może jedynie znana doskonale w ekonomii zdrowia teza, że „rynek” usług zdrowotnych jest bardzo specyficznym „rynkiem”, albo raczej nie jest w ogóle rynkiem. W tym ujęciu Doktorant popełnia jednak ogromny błąd twierdząc nonsensownie, że mamy do czynienia z rynkiem usług zdrowotnych, ponieważ istnieje podaż i popyt na usługi zdrowotne. Na szczęście - w odróżnieniu od bardzo licznych i coraz niestety liczniejszych antyrynkowców - Doktorant bardzo sensownie i konkretnie próbuje się przyczynić do rozwoju nierynkowej ekonomii zdrowia, która jeśli już taką musi być ze względu na ogromne społeczne koszty jej transformacji, to trzeba poszukiwać innych sposobów jej racjonalizacji.

## **2. Uwagi szczegółowe dotyczące zawartości pracy**

Praca składa się z czterech rozdziałów. Dobór tych rozdziałów i ich układ jest logiczny. Niezbyt natomiast fortunnie doktorant nadaje tytuły poszczególnym rozdziałom oraz ich częściom, jak zresztą i wcześniej samemu tytułowi pracy. Każdy z rozdziałów charakteryzuje się erudycją, dobrym doborem wątków, chociaż wspomnianym wcześniej skromnym doborem narzędzi teoretycznych potrzebnych do wyjaśnienia postawionego problemu badawczego i wykazania prawdziwości postawionych hipotez badawczych.

W rozdziale pierwszym zatytułowanym *Ogólna charakterystyka systemu opieki zdrowotnej* Doktorant próbuje pokazać swoje interdyscyplinarne podejście, próbuje przedstawiać szpital jako przedsiębiorstwo i w tym celu nawiązuje do teorii ekonomii (przedsiębiorstwa), socjologii, zarządzania, zarządzania strategicznego itd. Gorzej Doktorantowi przychodzi zrozumienie specyficznej roli rynków w systemie opieki społecznej: zawodności rynków, niekompletności rynków i ich słabego charakteru.

W rozdziale drugim zatytułowanym *Problematyka rynku leczenia szpitalnego* grzech „pierwszego rozdziału” nadal silnie ciąży nad pracą Doktoranta. Z jednej strony to dobrze – o czym była mowa wcześniej, że Doktorant jest świadomy, że regulacja systemu służby zdrowia ma nie wiele wspólnego z istotą mechanizmu rynkowego, ale z drugiej razi, że Doktorant posługuje się tym pojęciem i jeszcze nawet przeciwstawia się używaniu też na wyrost sformułowanemu w literaturze pojęciu quasi-ryнку na określenie regulacji systemu zdrowia w Polsce.

W rozdziale trzecim zatytułowanym *Efektywność szpitalnej opieki zdrowotnej* Doktorant kontynuuje krytykę rynku, tym razem prawdziwego, w systemie opieki zdrowotnej odwołując się do dość prymitywnego i raczej humorystycznego argumentu, że np. tam gdzie jest ten prawdziwy rynek czyli np. w stomatologii, to nie ma takiego postępu efektywnościowego, ponieważ w grupie wiekowej w Polsce powyżej 40 roku życia 51% obywateli nosi częściowe lub całościowe protezy...

We wszystkich trzech powyższych rozdziałach trochę razi powierzchowne podejście do wielu narzędzi teoretycznych, które powinny stanowić podstawowy warsztat badawczy Doktoranta, np. teoria gier i notka kim był J. Nash, a które Doktorant traktuje jak ciekawe nowinki, które poznał w trakcie pisania doktoratu.

W rozdziale czwartym zatytułowanym *Racjonalizacja czynników wytwórczych w szpitalach* stanowiącym na szczęście dwie trzecie bardzo obszernej pracy Doktorant dopiero się broni i wykazuje wysiłkiem, za który może zostać dopuszczony do publicznej obrony pracy doktorskiej. W rozdziale tym bowiem gromadzi imponujący materiał statystyczny, często *insiderski*, ale dzięki temu pozwalający dostrzec więcej niż w wielu innych pracach z ekonomii zdrowia, wykorzystać tutaj pewną przewagę konkurencyjną na rynku badawczym wynikającą z niekontestowalności tego rynku w wielu częściach. Pomimo, że jak to już wspomnieliśmy, przy pomocy dość mało profesjonalnej metody, ale jednak trudnej do podważenia w procesie weryfikowania hipotez badawczych.

#### **4. Konkluzja**

Praca doktorska magistra Mariusza Dąbrowskiego pozwala w świetle obowiązującej aktualnie ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym na dopuszczenie doktoranta do publicznej obrony. Praca stanowi istotny przyczynek do poszukiwań współczesnej ekonomicznych teorii sektora zdrowia. Uwagi krytyczne zgłoszone w recenzji nie podważają tego przyczynku.

