

*Prof. UŚ dr hab. Marian Miłrega
Zakład Polityki Społecznej INP i DZ.
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Śląski w Katowicach*

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Danuty Boiken „ Polityka opieki zdrowotnej nad chorymi przewlekle we współczesnej Polsce”. Promotor: prof. nadzw. L. Buliński, promotor pomocniczy dr B. M. Wiśniewski.

UZASADNIENIE WYBORU TEMATU

Pojęcie zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej są poddawane dyskusjom publicznym ze względu na niedostateczną precyzyjność zarówno w obszarze teoretycznych definicji jak i zastosowaniu praktycznym dla wyznaczenia granic działań podejmowanych przez społeczeństwo. Sytuacja przedstawia się w ten sposób, że zdrowie publiczne jest kategorią nadrzędną w stosunku do polityki zdrowotnej. Zdrowie publiczne jest narzędziem polityki zdrowotnej, która także ofiaruje jej swoje funkcje służebne. Granice tych dwóch pojęć są zamazane. Takie zamazanie granic często zauważalne jest w dokumentach Unii Europejskiej. Jeden z dokumentów dokonuje konfrontacji problemów, które leżą w obszarze obydwu dziedzin, są to sprawy następujące: zmiany w systemach zdrowotnych (np. dowody efektywności), koszty opieki zdrowotnej (także w związku z problemem zakresu publicznej odpowiedzialności), czynniki technologiczne i inne wpływające na stronę popytową (np. nowe leki, medycyna telematyczna), zatrudnienie (np. sektor zdrowotny jako wielki pracodawca oferujący pracę 10% zatrudnionych), trendy demograficzne (przede wszystkim starzenie się społeczeństw) oraz oczekiwania i niepokoje obywateli (np. odrzucenie jawnego racjonowania). Autorem klasycznej definicji zdrowia publicznego uznawanej dziś za wciąż żywą jest definicja profesora tej dyscypliny na Uniwersytecie w Yale C.E.A. Winsłowa, który w 1920r sformułował ją tak: „ Zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia fizycznego poprzez wysiłek społeczności, higienę środowiska, kontrolę zakażeń, nauczanie zasad higieny indywidualnej, organizację służb medycznych i pielęgniarskich ukierunkowaną na zapobieganie chorobom i wczesną diagnozę, rozwój mechanizmów społecznych zapewniających każdemu indywidualnie i społeczności warunki życia pozwalające na utrzymanie zdrowia. Z kolei opublikowany raport Komisji

Fundacji Milbank, której przewodniczył C.G. Sheps określa znowelizowaną wersję zdrowia publicznego jako: „ zorganizowany wysiłek społeczeństwa w celu ochrony , promowania i przywracania zdrowia ludzi.

Nierówności zdrowotne należą do zagadnień wymagających obiektywnego spojrzenia porównywania, zbierania informacji, co stanowi z kolei priorytet zdrowia publicznego w Unii Europejskiej. Zdrowie ludności jest jednym z wytycznych społeczno- ekonomicznej pozycji kraju. Dokonując analizy sytuacji zdrowotnej ludności w Polsce należy uwzględnić zagrożenia mogące mieć na nią wpływ. Przykładowe zagrożenia to: upadłość systemu ochrony zdrowia, szybsze starzenie się populacji i związane z tym uczucie strachu w wyniku wysokiego poziomu bezrobocia, kryzys finansów publicznych. Rozwarstwienie ludności i procesy globalizacyjne mogą przynieść groźne choroby i epidemie.

Zdrowie publiczne to obszar działań wielu dyscyplin wiążących się z przedłużaniem życia, jego ochroną, dostrzeganiu potrzeb zdrowotnych i ich zaspakajanie zwłaszcza wśród grup szczególnie potrzebujących. Ma na uwadze zdrowie pojedynczej jednostki i całej populacji weryfikując determinanty zdrowia zarówno te pozytywne jak i negatywne, swą wiedzę opierając o metodologię badań czynników społecznych, ekonomicznych i środowiskowych. Polityka zdrowotna powinna być realizowana przez podmioty posiadające odpowiednie kwalifikacje służące wdrażaniu programów ochrony zdrowia. Państwo zajmuje kluczowe miejsce w procesie reform systemowych. Pojawia się problematyka państwa co do odpowiedzialności za zaspakajanie indywidualnych potrzeb zdrowotnych obywateli, a szczególnie tych podstawowych i zagrażających życiu.

Ten być może nieco przydługi wstęp, nie jest bynajmniej popisem erudycyjnym a stanowi podstawę do stwierdzenia, że wybrana przez Autorkę tematyka pracy jest niezwykle aktualna, paląca ze społecznego punktu widzenia a także, że wpisuje się w aktualne wyzwania stosowanych nauk społecznych, zagadnień usług społecznych w politykach publicznych a polityki społecznej w szczególności.

Daje się odczuć brak tego typu opracowań o istotnym rytmie empirycznym, pozwalającym na weryfikację szczytnych nieraz ale dalekich od rzeczywistości postulatów, projektów i programów o charakterze propagandowym.

Z tego punktu widzenia podjęta w pracy mgr D. Boiken zasługuje na wysoką ocenę.

W swojej dysertacji Autorka założyła dwa cele; poznawczy i aplikacyjny. Pierwszy z nich dotyczy określenia jakości i relacji pomiędzy decyzjami władz politycznych w Polsce a rzeczywistością zdrowotną obywateli dotkniętych chorobami przewlekłymi, określenie miejsca chorych w myśleniu władz politycznych i podejmowanych działaniach i w końcu określenie obecności i politycznej roli czynnika finansowego jako regulatora w realizacji polityki opieki zdrowotnej nad przewlekle chorymi

Podjęty temat wymagał podejścia interdyscyplinarnego z wykorzystaniem dorobku nauk ekonomicznych, socjologicznych, prawnych, demograficznych, medycznych oraz wielu szczegółowych dyscyplin a zwłaszcza z zakresu nauk politycznych. Zakres przedmiotowy w autorskiej warstwie badawczej koncentruje się na Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Gdańsk-Południe.

STRUKTURA PRACY

Rozprawa mgr Danuty Boike, „ Polityka opieki zdrowotnej nad chorymi przewlekle we współczesnej Polsce” - obejmuje 220 stron, z czego 197 stron autorskiego tekstu, 18 stron informacji bibliograficznych i 4 strony streszczeń – w języku polskim oraz angielskim. Na wewnętrzną strukturę pracy składają się: Wprowadzenie, pięć rozdziałów merytorycznych (ponad 30 podrozdziałów) oraz Zakończenie, Bibliografia i Streszczenia. Szatę graficzną wzbogaca 15 tabel, 15 wykresów, zawierających dane statystyczne na temat usług medycznych świadczonych przez opisywaną placówkę medyczną oraz rysunki..

W Rozdziale 1 - *Polityka państwa w zakresie opieki zdrowotnej po 1989 roku*, Autorka ukazuje podstawy polityk państwa w zakresie opieki zdrowotnej oraz ewolucję systemu polityki zdrowotnej w Polsce. Pewną niezręcznością jest zamieszczanie we Wprowadzeniu antycypacji wyników i rezultatów pracy badawczej, która (z formalnego punktu widzenia ma dopiero nastąpić) ale przy świadomości, że wstęp do pracy pisany jest na ogół po jej zakończeniu, nie stanowi to istotnej wady. Tym bardziej że treść rozdziału stanowi bardzo ciekawy i krytyczny ciekawy wywód, świadczący zarówno o szerokiej wiedzy jak i o dobrym opanowaniu technik analizy i syntezy materiałów źródłowych.

W Rozdziale 2 - *Charakterystyka zdrowotna i psychospołeczna chorych przewlekle jako grupy społecznej* Autorka ukazuje charakterystykę zdrowotną i psychospołeczną chorych

przewlekłe jako grupy społecznej. Zostali oni opisani z perspektywy społecznej w trzech wymiarach: medycznym, społecznym i psychologicznym. Perspektywa ta służy do pokazania tła niezbędnych zmian politycznych oraz przemian w wrażliwości politycznej.

Rozdział 3 - Polityka państwa w zakresie usług zdrowotnych – mechanizmy finansowe w podmiotach leczniczych – przedstawiona została polityka państwa w zakresie usług zdrowotnych ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów finansowych funkcjonujących w podmiotach leczniczych. Omówiono w nim także procedury realizowane w ZOZ oparte na systemie Jednorodnych Grup Pacjentów ukazujące złożoność tych mechanizmów, przede wszystkim ekonomicznych.

W Rozdziale 4 - *Chorzy przewlekłe w polityce zdrowotnej państw obszaru Unii Europejskiej* – zaprezentowano wybrane kwestie tworzenia i realizowania polityki zdrowotnej w odniesieniu do problematyki chorób przewlekłych zwłaszcza z perspektywy rozwiązań prawnych i społecznych Unii Europejskiej. Uwzględniono także, z perspektywy politologicznej, związek polityki społecznej w krajach UE z ekonomicznymi uwarunkowaniami globalizacji.

Rozdział 5 – *Działalność władzy wykonawczej w opiece zdrowotnej nad przewlekłe chorymi w latach 2008-2015* – zawiera charakterystykę działalności władzy wykonawczej w opiece zdrowotnej nad chorymi przewlekłe w latach 2008-2015 w oparciu o badania dokumentów źródłowych wybranego podmiotu leczniczego

trudno uznać za adekwatny tak do prezentowanych w nim treści, jak i do zapowiedzi tytułowych wchodzących w skład podrozdziałów. Zapowiedzi sugerują metodologiczny charakter tej części dysertacji, a w istocie jest to typowo monograficzna prezentacja placówki leczniczej, oparta na prostych zestawieniach statystycznych (brak tabel zależnościowych), obligatoryjnie prowadzonych przez wszystkie przychodnie współpracujące z NFZ. O tym, że nie jest to metodologiczna część pracy świadczy też brak odniesień (poza jedną – s. 150) do klasycznych pozycji z zakresu metodologicznej literatury przedmiotowej. Autorka niepotrzebnie próbowała sprostać prezentacji zapowiadanych problemów badawczych, hipotez i metod analizy statystycznej ponieważ nie jest to praca empiryczna oparta na samodzielnych badaniach związanych z budową warsztatu badawczego, ale typowa praca teoretyczna przygotowana w oparciu o analizę materiałów zastanych, o badania niereaktywne,

gdzie nie ma eksploracyjnej interakcji między badającym i badanym. W tej części pracy Kandydatka popełnia też inne błędy wynikające zapewne z braku doświadczeń w samodzielnym projektowaniu badań. I tak np. główny problem badawczy formułuje w zdaniu oznajmującym jako: „działalność władzy wykonawczej w opiece zdrowotnej w latach 2008-2015, i poprzez decyzję dotyczącą kwestii finansowania oraz jej skutki społeczne” (s. 139); jako metodę podaje „obserwację empiryczną – pośrednią, analizę dokumentów i innych materiałów źródłowych” (s. 150), a w zestawie pytań badawczych, stanowiących prawdopodobnie katalog problemów szczegółowych, umieszcza takie jak (s. 149): „ilu pacjentów zostało w określonych latach zaoptowanych w badanym podmiocie leczniczym?”(1.); „jakie były wysokości środków ...?” „jak kształtowała się ilość udzielanych świadczeń zdrowotnych?” (3.); „jak wyglądało zatrudnienie etatowe służby zdrowia?” (4.); „jak wyglądała relacja liczbowa pacjentów.... świadczeń... „ (9. 10. 11); „jak kształtował się w badanych latach obraz ilościowy w relacji lekarze pacjenci...” (12.). Trudno też zgodzić się z utożsamianiem tytułowej tu władzy wykonawczej z opisywaną w rozdziale przykładową placówką medyczną, będącą po prostu jednym z wielu Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Gdańsku-Południe.

Zakończenie – stanowi ostatnią merytoryczną część pracy, w którym Autorka w sposób niezwykle rzetelny, pełny a jednocześnie syntetyczny przedstawia swoje wyniki badań w odniesieniu do pytań badawczych i hipotez przyjętych w pracy.

METODOLOGIA PRACY

Badanie naukowe służy realizacji określonych celów i dotyczy określonych przedmiotów. Sformułowanie odpowiednich zmiennych w badaniach naukowych jest próbą uszczegółowienia głównego ich przedmiotu, czyli problemów badawczych, jakie zamierza się rozwiązać oraz hipotez, jakie pragnie się potwierdzić lub odrzucić. Są nimi zazwyczaj podstawowe cechy, symptomy charakterystyczne dla badanego faktu lub zjawiska czy procesu albo też różnego rodzaju czynniki będące ich przyczyną lub skutkiem. Zmienne muszą mieć swoje wskaźniki. Są to pewne cechy wskazujące na to, że dane zjawisko zaszło. Na ogół wyróżniamy trzy typy wskaźników: wskaźniki empiryczne – występujące wtedy, gdy wskazane zjawisko daje się zaobserwować, wskaźniki definicyjne – kiedy dobór wskaźnika jest zarazem zdefiniowaniem pewnego pojęcia, oraz wskaźniki inferencyjne – które odnoszą się do zjawisk bezpośrednio nieobserwowalnych i które nie

wchodzą do definicji badanych zjawisk.

W recenzowanej dysertacji podstawowym problemem badawczym było, zdaniem autora, udzielenie odpowiedzi na 15 pytań (str.149) w efekcie czego uzyskano materiał badawczy niezbędny dla weryfikacji hipotez badawczych. Na potrzeby recenzowanej pracy sformułowano następujące hipotezy badawcze:

- Wprowadzenie Zarządzenia nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5.11.2008 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, poprawiła znacząco opiekę nad przewlekle chorymi (cukrzyca, choroby układu krążenia), co wyraziło w ilości udzielanych świadczeń w badanej jednostce,
- Zmiana w 2015 roku w zakresie udzielania świadczeń dodatkowych przez badaną jednostkę podstawowej opieki zdrowotnej, w wyniku zaprzestania finansowania, znacząco pogorszyła sytuację zdrowotną chorych przewlekle leczących się w placówkach niepublicznych.
- Obraz działalności regulacyjnej państwa w sferze finansowania opieki zdrowotnej nad chorymi przewlekle nie uwzględnia właściwego zainteresowania losem tej grupy chorych i wpływa na warunki dostępności do opieki zdrowotnej.
- Tworzenie polityki zdrowotnej w Polsce, na przykładzie chorych przewlekle, ma charakter niesystemowy i niekompetentny, nacechowany okazjonalnością, przypadkowością i doraźnością, bez właściwego uwzględnienia specyfiki nie tylko nozologicznej ale i ekonomiczno-społecznej pacjentów.

Podjęta w pracy tematyka wymagała analizy danych źródłowych i statystycznych, a także wykorzystania metody analizy treści zawartych w literaturze przedmiotu, publikacjach i opracowaniach naukowych oraz aktów prawnych tworzonych przez władze samorządowe i państwowe. Muszę stwierdzić, że w odbiorze treści pracy ta część budzi pewien niedosyt. Założenia metodologiczne przyjęte w pracy nie zostały umieszczone w należyтым oprzyrządowaniu teoretycznym. Kwestie pytań badawczych i hipotez badawczych posiadają rozległą i skomplikowaną naturę i stratyfikację o czym Autorka mogła się przekonać chociażby z lektury Andrzeja J. Chodubskiego- „Wstęp do badań politologicznych” Gdańsk 2004.

Ta sama uwaga dotyczy wyboru problemu badawczego i braku uzasadnienia wyboru pomiędzy problemami:

A/ teoretycznymi i praktycznymi,

B/ ogólnymi i szczegółowymi,

C/ podstawowymi i cząstkowymi,

że o swoistości form nie wspomnę, a mamy do wyboru formy: deskryptywne, demonstracyjne, eksplikacyjne, definicyjne, eksplanacyjne, dowodzące, diagnostyczne, prognostyczne, relatywizujące (ta dotyczy zwłaszcza esencji pracy) oraz optymalizujące.

Autorka poprzestała na opisie swojego wyboru- to dobrze, ale nie przekonała mnie, że inny wybór byłby gorszy. Jeżeli można zreassumować te niedostatki to wydaje się, że cieniem na pracy kładzie się zawrzenie jednemu, wybranemu autorytetowi monograficznemu.. Prawda, że owych autorytetów jest kilku i stanowią oni grono fachowców z „górnego półki”, ale przecież Autor wielokrotnie w swej pracy dowodzi, że posiada wiedzę pozwalającą na dystans i krytyczny stosunek do proponowanych stwierdzeń, czy też chociażby konfrontację z innymi poglądami bądź oficjalnymi „szkołami”.

UWAGI SZCZEGÓŁOWE

Należy z całą konsekwencją podkreślić fakt, że recenzowana praca w znacznej mierze uzupełnia braki w spojrzeniu na opisywaną problematykę. Treści dywagacji Autorka, poparte są rozbudowaną warstwą źródeł literaturowych i przypisów - z przewagą, co nie dziwi w kontekście tematu krajowych. Refleksja na ten temat uzupełniana bywa wnikliwym, biorąc pod uwagę możliwości badawcze warsztatu pojedynczego autora - praktyka, studium teoretycznym oraz obfitym materiałem statystycznym stanowiącym swoiste świadectwo danych w odniesieniu do analizowanych treści.

Do największych osiągnięć recenzowanej pracy zaliczam udaną próbę charakterystyki chorób przewlekłych oraz ich indywidualnych, społecznych i ekonomicznych konsekwencji.

Za niezwykle ważne należy uznać nowatorskie wyodrębnienie pacjentów przewlekle chorych jako grupę społeczną o specyficznych potrzebach i problemach.

Swoimi w pełni dojrzałymi i spójnymi dywagacjami Autorka zwróciła uwagę na ogólny problem bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa i na liczne zagrożenia jakie mogą się wiązać z niedostrzeganiem wad i deficytów labilnych systemów zdrowotnych.

Na kanwie tych na ogół pozytywnych czy nawet bardzo pochlebnych refleksji nasuwają się także uwagi i konotacje o bardziej krytycznym charakterze. Nie mają one co prawda, charakteru dyskredytującego, ale prosiłbym Autorkę o ustosunkowanie się do nich w trakcie publicznej obrony:

- Czy jest w pełni przekonana, że treść rozdziału 5 ilustruje działalność władzy wykonawczej w opiece zdrowotnej. W mojej opinii jest to raczej bardzo dobra monografia działalności wybranego podmiotu polityki zdrowotnej. Proszę wyprowadzić mnie z błędu.
- Czy pozyskany materiał analityczny uprawnia do uogólnień uzyskanych rezultatów na całą Unię Europejską (rozdział 4).
- Czy okres jaki minął od wprowadzenia zmian do przeprowadzonego badania nie jest zbyt krótki na stawianie stanowczych wniosków ? (hipoteza 2)

Oprócz tego ciekawi mnie także opinia Autorki na temat :

- Postulowanego modelu finansowania służby zdrowia w Polsce.

Jak już zaznaczyłem, zgłoszone uwagi krytyczne, aczkolwiek w treści recenzji być może, w sposób niefortunny, bardziej uwypuklone, stanowią margines oceny recenzenta a dotyczą rzecz można częściowo zastosowanej metodologii. Spowodowane zostały chęcią polemiki po przeczytaniu ciekawego i dobrze przemyślanego tekstu a zwłaszcza z zamiarem zachęcenia Autorki do dalszego drażenia tematu.

Stwierdzam więc w konkluzji z całym przekonaniem, że przedstawiona mi do recenzji praca doktorska p. Danuty Boike w pełni spełnia wymagania stawiane tego typu dysertacjom (w rozumieniu art. 13 ust. 1 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach i tytule naukowym o raz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U z 2003 r. Nr 65, poz. 595 ze zm.) i może być dopuszczona do publicznej obrony.



Katowice, 25..01. 2017 roku