dr hab. Agnieszka Chłoń-Domińczak, prof. SGH
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
Kolegium Analiz Ekonomicznych
Instytut Statystyki i Demografii
Al. Niepodległości 162
02-554 Warszawa

Warszawa, 24 kwietnia 2022 r.

Recenzja rozprawy doktorskiej
mgr Małgorzaty Pajączek
pt. „Leczenie planowane poza granicami Polski – ograniczenia i trendy terapeutyczne"
przygotowanej pod kierunkiem naukowym
dr hab. nauk medycznych Tomasza Kryczki

I) Podstawa opracowania recenzji

Podstawą formalną recenzji jest pismo z dnia 16 marca 2022 r. podpisane przez Przewodniczącego Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu WUM, prof. dr hab. n. med. Bolesława Samolińskiego. Celem recenzji jest stwierdzenie, czy przedłożona rozprawa doktorska spełnia wymogi określone artykułem 13 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2016, poz. 882 z późn. zm.).

Przedstawiona do recenzji dysertacja liczy 182 strony. W części merytorycznej obejmuje 6 rozdziałów, w tym wstęp, określenie celu pracy, materiały i metody, opis rezultatów, dyskusję oraz wnioski, bibliografię oraz załączniki.

W recenzji przyjęto następujące kryteria oceny: uzasadnienie wyboru tematu i problematyki badawczej, poprawność formułowania celów i hipotez, ocena struktury rozprawy i jej zawartości merytorycznej, uwagi formalne oraz wynikający z tych kryteriów wniosek.

II) Wybór tematu i określenie problematyki badawczej

Doktorantka wybrała temat rozprawy, który odpowiada istotnemu problemowi badawczemu, zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i empirycznym. Rozwój medycyny i procedur terapeutycznych, przepływ wiedzy o ich dostępności także poza granicami kraju, a także akcesja do Unii Europejskiej i wejście w system koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego stanowią istotne czynniki wpływające na poszukiwanie możliwości korzystania z terapii poza granicami kraju.

Jak wskazuje Doktorantka (s. 7), problem z dostępnością do procedur wysokospecjalistycznych, a także braki w infrastruktury medycznej oraz niedostępność danych terapii w Polsce, skutkowało poszukiwaniem możliwości leczenia w innych państwach europejskich, a nawet poza Europą, przy możliwości uzyskania refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tematyka dostępności do świadczeń z szeroko rozumianego systemu zabezpieczenia społecznego (w tym przypadku ochrony zdrowia) jest zagadnieniem o multidyscyplinarnym charakterze, obejmującym nie tylko nauki medyczne, ale też nauki o polityce i administracji i ekonomię. Wynika to z jednej strony z celu, jakiemu służy korzystanie z procedur medycznych, ale także organizacji dostępu do nich oraz finansowania. Sposób podejścia do zagadnienia badawczego w dysertacji ma oryginalny charakter, uwzględniający tę specyfikę. Wykorzystanie informacji pozyskanych z bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia, a także źródeł prawnych i statystycznych, pozwala na prezentację unikatowego, interesującego z perspektywy wymienionych nauk opracowania.

III) Cele rozprawy i hipotezy badawcze

Celem rozprawy jest wskazanie rodzaju świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych za granicą wobec pacjentów z Polski na przestrzeni lat 2008-2018 oraz wskazanie ograniczeń proceduralnych warunkujących dostęp do wyżej wymienionych świadczeń.

W szczególności, druga część postawionego celu stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, oczekiwanego w rozprawie doktorskiej.

Dla realizacji celu rozprawy sformułowane jedną główną i dwie pomocnicze dwie hipotezy badawcze (s. 31):
H0 (główna): Na przestrzeni lat 2008-2018 zaobserwowano poprawę dostępu pacjentów do wysokospecjalistycznych procedur medycznych, związanych z diagnostyką lub terapią realizowanych poza granicami kraju.
H1: W latach 2008-2018 pojawiły się nowe zapisy prawne (oraz ich nowelizacje) na poziomie krajowym i unijnym, które ułatwiły dostęp pacjentów polskich do leczenia za granicą.
H2: W latach 2008-2018 w Polsce nastąpił gwałtowny rozwój współpracy międzynarodowej mającej na celu transfer wiedzy w zakresie procedur medycznych.

Weryfikacji celu rozprawy oraz jej hipotez służy odpowiedź na sześć pytań badawczych dotyczących trendów terapeutycznych, uwarunkowań prawno-administracyjnych, obciążenia finansowego, percepcji leczenia poza granicami kreowanej przez media, wprowadzania w Polsce niedostępnych wcześniej procedur medycznych a także wsparcia instytucji, w tym organizacji pozarządowych w ubieganiu się o wykonanie procedur terapeutycznych poza Polską.

Dwie wskazane w dysertacji hipotezy badawcze nawzajem się uzupełniają i odpowiadają celowi postawionemu w pracy. W mojej ocenie warto byłoby hipotezy te nieco przeformułować, uwzględniając cel pracy. Przykładowo, w hipotezie pierwszej kluczowe jest ułatwienie dostępu pacjentów do leczenia za granicą, na skutek wprowadzonych zmian prawnych, które jak można rozumieć służyły jako narzędzie do zapewnienia takiego dostępu.

Niemniej jednak cel rozprawy, hipotezy badawcze oraz pytania badawcze są odpowiednie i zgodne z wymaganiami stawianymi wobec dysertacji na stopień doktora.

IV) Metoda badawcza

Przyjęte w rozprawie metody badawcze są odpowiednie do realizacji postawionych w rozprawie celów badawczych i weryfikacji hipotez.

W pracy dokonano analizy dostępnych źródeł informacji dotyczących dostępu i korzystania ze świadczeń zdrowotnych za granicą obejmującej analizy jakościowe oraz ilościowe.
Do analiz jakościowych należy zaliczyć:

- przegląd aktów prawnych z wykorzystaniem szeregu określonych w pracy słów kluczowych, w tym aktów prawnych polskich oraz europejskich;
- przegląd literatury za okres 19070-2019 w bazie danych Google Scholar za pomogą wybranych słów kluczowych.

Z kolei do analiz ilościowych należą przegląd danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego i Eurostat w oparciu o określone w dysertacji słowa kluczowe, a także przegląd bazy danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wybór i sposób zastosowanych metod badawczych należy ocenić pozytywnie. Doktorantka w odpowiedni sposób wykorzystuje wnioski płynące z przeglądu literatury oraz przepisów prawnych, do trendów obserwowanych na podstawie danych ilościowych oraz zaprezentowanej dyskusji.

Potwierdza to odpowiednią świadomość metodologiczną i opanowanie warsztatu badawczego.

V) Struktura rozprawy i jej zawartość merytoryczna

Konstrukcja rozprawy stanowi spójne opracowanie, prowadzące do realizacji określonego celu badawczego. Praca składa się ze wstępu, czterech rozdziałów, wniosków, bibliografii, odpowiednich spisów oraz załączników.

W wstępie doktorantka przedstawia kontekst prezentowanej dysertacji z perspektywy zdrowia człowieka (część 1.1), prawa unijnego (część 1.2) oraz oceny filozoficznych i etycznych podstaw finansowania leczenia planowanego poza granicami kraju (część 1.3). Wstęp do dysertacji stanowi

jednocześnie podstawę do sformułowania celu badawczego oraz wskazania luki badawczej, wspierającej sformułowanie tego celu, jak również hipotez i pytań badawczych.

W części 1.1 omówione są podstawowe informacje dotyczące ludności Polski, stanu zdrowia, najczęściej występujących chorób, a także podstawowe cechy systemu ochrony zdrowia, łącznie z rolą i definicją leczenia planowanego poza granicami kraju.

W części 1.2. omówione są przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, które regulują dostęp obywateli krajów członkowskich UE do świadczeń z zabezpieczenia społecznego, wynikający z podstawowej zasady wspólnotowej swobody przepływu osób. Są to przede wszystkim Rozporządzenia Rady nr 1408/1971, 574/1972, 859/2003 i 883/2004. Omówione są również rozwiązania instytucjonalne związane z wdrażaniem wyżej wymienionych dyrektyw, w szczególności funkcjonowanie Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego oraz Komisje je wspierające. Omówiona jest również Dyrektywa Transgraniczna, która stanowi komplementarne przepisy regulujące dostęp do świadczeń zdrowotnych, w szczególności w celu zapewnienia mobilności pacjentów zgodnie z zasadami określonymi przez Trybunał Sprawiedliwości i promowanie współpracy państw członkowskich w zakresie opieki zdrowotnej. Doktorantka słusznie podkreśla, że przepisy te kształtowane są z poszanowaniem kompetencji państw członkowskich w zakresie określania świadczeń zdrowotnych, organizacji i świadczenia opieki medycznej, zgodnie z zasadą subsydiarności. W tej części dokonane jest również autorskie porównanie możliwości korzystania z leczenia za granicą na podstawie rozporządzeń koordynacyjnych i dyrektywy transgranicznej, a także krótkie omówienie instytucji zajmujących się problematyką ochrony zdrowia w ramach Unii Europejskiej.

W części 1.3 omówione jest pojęcie sprawiedliwości społecznej, wychodząc od podstaw filozoficznych, przez odniesienie się do zasady równości dostępu do opieki zdrowotnej. W tym kontekście określone są podstawowe czynniki warunkujące dostęp do świadczeń medycznych: koszty świadczeń, uwarunkowania prawne, dostępność do świadczeń. Czynnik te, szczególnie ostatni, są analizowane w dalszej części rozprawy.

W części 2 przedstawione są cel pracy, hipotezy i pytania badawcze, omówione w części III recenzji.

Część 3 rozprawy prezentuje informacje o analizowanych źródłach (materiałach) oraz metodach analizy, podzielone na akty prawne, dane ilościowe oraz literaturę, podsumowane wyborem danych do dalszej analizy. W części dotyczącej aktów prawnych wskazane są polskie i europejskie bazy danych, które zostały danych, które zostały przeszukane pod kątem określonych przez doktorantkę słów kluczowych. Kwerenda prawna obejmuje okres 1990-2018 (bazy polskie) oraz 1970-2018 (bazy europejskie). W przypadku danych statystycznych, doktoranta z wykorzystaniem określonych przez siebie słów kluczowych przeszukała bazy danych GUS, Eurostat, oraz bazę Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku danych piśmienniczych, Doktorantka dokonała kwerendy baz Google Scholar, PubMed i Web of Science (w odniesieniu do lat 1970-2018), z wykorzystaniem autorskich słów kluczowych. Do dalszej analizy włączone zostały oryginalne

artykuły recenzowane oraz właściwe dla okresu analizy akty prawne. Wybór źródeł był również uzgodniony z Promotorem.

W Części 4, pt. „rezultaty" omówione są efekty kwerendy opisanej w części 3, w tym liczba aktów prawnych (krajowych i europejskich) i artykułów objętych analizą. W mojej ocenie część ta powinna stanowić podsumowanie części 3 (jako część 3.5), a nie być wyodrębniona jako niezależna (półstronnicowa) część rozprawy.

Część 5 pt. „Dyskusja" stanowi kluczowy rozdział z perspektywy wkładu Doktorantki w rozwój wiedzy w zakresie planowanego leczenia Polaków za granicą. Składa się ona z siedmiu podrozdziałów, obejmujących: historyczne ujęcie leczenia Polaków za granicą od 2004 r. (część 5.1), opis organizacji pacjentów wspierających leczenie za granicą (cz. 5.2), tematykę leczenia planowanego za granicą z perspektywy mediów (cz. 5.3), przykłady wdrożenia nowych terapii w Polsce (cz. 5.4), prezentację mechanizmów leczenia planowanego za granicą w wybranych krajach europejskich (5.5), turystykę medyczną w UE (5.6) oraz bieżący stan prawny w zakresie przepisów krajowych i europejskich dotyczących tematyki Dysertacji.

W części 5.1 przedstawione są informacje dotyczące korzystania przez Polaków z Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) po akcesji do UE, w szczególności rosnąca liczba korzystających z tego instrumentu, głównie w celach wypoczynkowych i zawodowych. Omówione są również informacje dotyczące faktycznego korzystania z leczenia planowanego za granicą. Doktorantka przedstawia zarówno proces aplikowania o możliwość takiego leczenia, jak i dane statystyczne dotyczące korzystania z niego, w podziale na dziedziny medycyny.

Następnie omówione są regulacje oraz procedury związane ze stosowaniem dyrektywy transgranicznej, a także liczba i wartość koszów leczenia wniosków złożonych na podstawie tych przepisów.

W dalszej kolejności omówione jest planowane leczenie za granicą na podstawie regulacji w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Zaprezentowana jest lista europejskich i krajowych aktów prawnych regulujących możliwości korzystania z tego leczenia (co częściowo powtarza treści omówione we wstępie). Omówione są również procedury dotyczące wnioskowania o takie leczenie, a także statystyki dotyczące liczby wniosków w latach 2014-2018, według wskazania źródła prawnego, oraz wydane decyzje (zgody i odmowy). Kolejnym omówionym mechanizmem korzystania ze świadczeń są przepisy krajowe i zgoda na leczenie w sytuacji wyczerpania możliwości leczenia lub diagnostyki pacjenta w kraju. Doktorantka prezentuje również dane dotyczące krajów docelowych leczenia transgranicznego w latach 2008-2018, z uwzględnieniem również zakresu udzielanych świadczeń. W mojej ocenie prezentacja danych statystycznych w tym rozdziale niepotrzebnie została rozbita na pięć wykresów – prezentacja tych samych danych na wykresie obszarowym byłaby znacznie lepsza i pozwoliłaby również na łatwiejsze porównanie zmian struktury korzystania ze świadczeń według krajów w analizowanym okresie. Ciekawym i ważnym wnioskiem z analizy jest wskazanie na „specjalizację" krajów w oferowaniu świadczeń w ramach różnych dyscyplin medycznych.

Kolejnym podjętym w dyskusji tematem są koszty leczenia planowanego za granicą na tle całkowitych kosztów opieki zdrowotnej w Polsce. W tej części zabrakło mi odniesienia do literatury omawiającej kształtowanie się kosztów leczenia w Polsce.

Część 5.2 prezentuje analizę organizacji pacjentów w obszarze zdrowia, w tym na rzecz pacjentów leczonych w kraju lub za granicą, obejmującą formy działalności, główny obszar działania, ich rozkład regionalny, a także formę działania, wielkość miejscowości oraz formy aktywności. W tej części zabrakło mi bezpośredniego wskazania roli tych organizacji we wspieraniu planowanego leczenia pacjentów za granicą. Mogłoby to być osiągnięte np. przez przeprowadzenie pogłębionych wywiadów indywidualnych z przedstawicielami takich organizacji.

Część 5.3 prezentuje informacje dotyczące prezentacji tematów dotyczących opieki zdrowotnej w mediach. Cytowane dane z przeglądu mediów przedstawiają w szczególności wykorzystanie opinii eksperckich. Należy podkreślić, że analizy te nie są skupione na temacie planowanego leczenia za granicą. Doktorantka przedstawia również analizę przypadków – 6 doniesień i artykułów prasowych dotyczących potrzeby leczenia za granicą pacjentów, którzy nie mają możliwości leczenia w kraju, które (co podkreśla doktorantka) mają częściowo charakter subiektywny, pokazujący emocjonalne podłoże poszukiwania możliwości leczenia za granicą (szczególnie w przypadku dzieci). Doktorantka formułuje również wnioski dotyczące roli mediów w tworzeniu dostępu do informacji o możliwościach leczenia, w tym dostępie do nowoczesnych terapii, zarówno za granicą, jak i zwiększania dostępu do takich form leczenia w kraju.

Część 5.4 rozprawy pokazuje mechanizmy ograniczania zapotrzebowania na planowane leczenie za granicą, przez rozwój nowoczesnych terapii w Polsce. Doktorantka prezentuje wybranych pięć przykładów inicjatyw, które skutkują utworzeniem dostępu do terapii w Polsce, również we współpracy z lekarzami z zagranicy, u których wcześniej przeprowadzane były procedury planowanego leczenia za granicą. Jest to przykład dobrej praktyki, kiedy w odpowiedzi na pojawiające się potrzeby leczenia, następuje rozwój oferty krajowej.

Część 5.5 przedstawia organizację planowanego leczenia za granicą w wybranych krajach europejskich: Niemczech, Austrii, Zjednoczonym Królestwie, Danii oraz Niderlandach. W tej części zabrakło mi podsumowania, wskazującego na podobieństwa i różnice w rozwiązaniach, zarówno pomiędzy tymi krajami, jak i w porównaniu do Polski.

Część 5.6 prezentuje zagadnienie leczenia za granicą oraz turystyki medycznej, w oparciu o przegląd literatury. Opisane są mechanizmy które skutkują poszukiwaniem leczenia za granicą. Poszukiwanie leczenia za granicą, związane z jakością usług medycznych, a także ich kosztami. Doktorantka prezentuje zjawisko leczenia za granicą na przykładzie wybranych krajów (np. Włochy, Holandia), a także niektórych typów usług medycznych. Dotyczy to w szczególności takich usług jak opieka długoterminowa czy leczenie niepłodności. W mojej ocenie przegląd ten do pewnego stopnia wskazuje na determinanty poszukiwania leczenia za granicą, zgodnie z zapowiedzią we wstępie pracy. Uważam, że ta część mogłaby jednak być skonstruowana tak, aby

wyraźnie wskazać na klasę umawianych determinant. Przegląd ten powinien również poprzedzać analizę danych przedstawioną w części 5.1.

Część 5.7 przedstawia aktualizację przepisów europejskich i krajowych dotyczącą leczenia za granicą pomiędzy stanem z 2018 a 2021 r., który stanowi element zwiększający aktualność recenzowanej dysertacji.

Część 6 prezentuje syntetycznie, w punktach wnioski płynące z prezentowanej rozprawy. Stanowią one podsumowanie pracy oraz (w pkt. 8) prezentują odniesienie do głównej hipotezy badawczej. W mojej ocenie część ta, szczególnie w odniesieniu do weryfikacji hipotez badawczych, powinna być bardziej rozbudowana o podsumowanie argumentów odnoszących się do tych hipotez. Warto zwrócić uwagę na wnioski aplikacyjne doktorantki, odnoszące się do kształtowania polityki zdrowotnej w Polsce, zawarte na końcu tej części.

VI) Uwagi formalne

Praca jest dość staranne zredagowana, chociaż warto zwrócić uwagę na kilka mankamentów.

Pierwszym z nich jest struktura pracy. W mojej ocenie, cel pracy powinien być sformułowany na początku pracy. Obecny wstęp w znacznej swojej części stanowi już analizę danych i źródeł prawa, które są kontynuowane w części 5. Jak już wskazałam wcześniej, tytułowanie półtstronnicowego fragmentu jako odrębnej części (czwartej) pracy również wydaje się nadmierne. Przegląd literatury powinien poprzedzać analizę danych statystycznych.

Na s. 24 w tytule tabeli 1 Doktorantka wskazuje na porównanie dwóch „porządków" prawnych – omawiane przepisy stanowią elementy tego samego porządku prawnego, który ma kilka komponentów: bezpośrednie prawo unijne, prawo wymagające implementacji oraz przepisy krajowe, które są ze sobą zgodne. Należałoby zatem inaczej nazwać tytuł tabeli.

Tytuł części 3.2. to „dane liczbowe i statystyczne" – w rzeczywistości wszystkie dane stanowią dane statystyczne, pochodzące bądź ze źródeł statystyki publicznej (GUS, Eurostat) bądź z rejestrów publicznych (NFZ).

Opracowanie wykresów i rysunków również ma pewne mankamenty. Część wykresów ma obramowanie, a część nie. Doktorantka stosuje trójwymiarowe wykresy kołowe, które są dość nieprecyzyjne w prezentacji wyników i są raczej stosowane w publikacjach marketingowych, a nie w opracowaniach naukowych, w których analizowane są dane statystyczne. Pewne zastrzeżenia budzi też prezentacja Ryciny 3, gdzie podane są dane jednostkowe dotyczące dziedzin medycyny, w których wydane były pozytywne decyzje prezesa NFZ dotyczące leczenia. Może to skutkować identyfikacją konkretnych przypadków/osób kryjących się za tymi wnioskami. Rycina 15 jest ewidentnie kopiowana w postaci grafiki zewnętrznej, co skutkuje jej niską jakością w druku.

VII) Konkluzja

Całościowa analiza recenzowanej rozprawy doktorskiej mgr Małgorzaty Pajączek, wskazuje, że Autorka przedstawiła opracowanie potwierdzające posiadanie wystarczającej wiedzy teoretycznej jak i kompetencji analitycznych pozwalających na przedstawienie oryginalnego rozwiązania istotnego problemu badawczego w dyscyplinie nauk o zdrowiu. Przedstawione w recenzji zastrzeżenia nie mają fundamentalnego charakteru.

W związku z powyższym stwierdzam, że recenzowana rozprawa doktorska spełnia wymogi określone w art. 13 ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2016, poz. 882 z późn. zm.), w której sformułowano wymóg, iż "rozprawa doktorska powinna stanowić oryginalne rozwiązanie problemu naukowego (…) oraz wykazywać ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w danej dyscyplinie naukowej (…), a także umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej (…)".

Wnoszę zatem do Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o jej dopuszczenie do publicznej obrony.

Agnieszka Chłoń-Domińczak

Elektronicznie podpisany przez Agnieszka Chłoń-Domińczak
Data: 2022.04.24 13:42:13 +02'00'