

**Ocena osiągnięć naukowych dr Sylwii Nieszporskiej
w związku z postępowaniem habilitacyjnym**

Ocenę przeprowadzono w związku z pismem prof. dr hab. Pawła Luli, Prorektora ds. Nauki Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie z dnia 7 kwietnia 2022 r. Dokonując oceny odwołuję się do wymagań określonych w artykule 219 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).

1. Przebieg kariery zawodowej

Dr Sylwia Nieszporska jest absolwentką Wydziału Matematyki, Fizyki i Chemii Uniwersytetu Wrocławskiego, gdzie w 1996 r. uzyskała tytuł magistra matematyki. Natomiast stopień doktora nauk ekonomicznych w 2006 r. został Jej nadany na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego na podstawie rozprawy doktorskiej „Badanie efektywności technicznej szpitali ogólnych w Polsce” przygotowanej pod kierunkiem prof. dr hab. Jadwigi Sucheckiej. Recenzentami pracy byli: dr hab. Jan Sobiech, prof. AE w Poznaniu i dr hab. Grażyna Juszczyk-Szumacher, prof. UŁ.

Zawodowo od 01.10. 1997 r. Habilitantka związana jest z Politechniką Częstochowską, gdzie jest pracownikiem badawczo-dydaktycznym w Katedrze Ekonometrii i Statystyki.

2. Osiągnięcie naukowe (zgodnie z art. 219 ust. 2 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz. U. poz. 1668 z późn. zm.)

We wniosku do Rady Dyscypliny Ekonomii i Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie o przeprowadzenie postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie naukowej ekonomia i finanse dr S. Nieszporska podała jako osiągnięcie naukowe monografię zatytułowaną „**Rynek zdrowia seniorów**” opublikowaną przez Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne w Warszawie w 2021 r liczącą 254 strony.

Tytuł opracowania uważam za niefortunnie sformułowany. Co oznacza pojęcie „rynek zdrowia” w kontekście znaczenia pojęcia „zdrowie”? Chyba chodziło Autorce o rynek usług związanych z ochroną zdrowia.

Przedstawiona do recenzji książka reprezentuje wnioskowaną przez Habilitantkę dziedzinę nauk społecznych i dyscyplinę nauki ekonomia i finanse. Jej struktura nie budzi zastrzeżeń. Praca składa się z 5 rozdziałów poprzedzonych Wprowadzeniem i zamkniętych Zakończeniem. Objętość rozdziałów jest równomiernie rozłożona. Docenić należy bogatą literaturę wykorzystaną w monografii (s. 229-244).

We Wprowadzeniu w przekonujący sposób uzasadniony został wybór tematyki pracy. Analizując zmiany zachodzące w strukturach ludności, Autorka wskazała na postępujący proces starzenia się ludności spowodowany, między innymi, znacznym wzrostem oczekiwanej długości życia ludności. Poprawa warunków życia, zmiana stylu życia części społeczeństwa czy wreszcie znaczny postęp w medycynie przyczyniły się do zwiększenia liczebności populacji osób w starszym wieku. Znaczna część tych osób może być dłużej aktywna zawodowo, pełnić różne role w życiu społecznym ale nie jest możliwe wyeliminowanie dolegliwości zdrowotnych, których wraz z wiekiem przybywa. W tym kontekście istotna jest opieka zdrowotna nad tą grupą ludzi. A „*polityki zdrowotne wielu krajów nie nadążają za potrzebami zdrowotnymi seniorów, podaż usług nie bilansuje się z popytem, a istniejące wsparcie instytucjonalne pozostawia wiele do życzenia pod względem jakości opieki jaką otrzymują osoby u schyłku życia*” (s. 13). Wobec powyższego zasadne było podjęcie przez Habilitantkę problematyki opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi. Przy czym chcę zaznaczyć, że nie został wyraźnie sformułowany problem badawczy, którego dotyczy opracowanie.

Celem głównym monografii była ocena „*przygotowania polskiego systemu zdrowia na wyzwanie, jakim jest starzenie się społeczeństwa, oraz zaprezentowanie i wykorzystanie narzędzi ekonometrycznych ukierunkowanych na szacowanie popytu na świadczenia opieki długoterminowej*” (s. 14). W ramach powyższego celu Autorka zajęła się:

- *diagnozą głównych problemów zdrowotnych seniorów i oceną stopnia zaspokojenia ich potrzeb, ze szczególnym naciskiem na potrzeby opieki długoterminowej,*
- *oceną systemowego zabezpieczenia zdrowia seniorów na świecie i w Polsce,*
- *konstrukcją modeli popytu na opiekę długoterminową w Polsce za pomocą współcześnie wykorzystywanych w tym celu na świecie narzędzi i metod.*

Odnosząc się do przedstawionych celów uważam, że niektóre użyte sformułowania nie są właściwe. Narzędzia ekonometryczne służą do modelowania zjawisk z różnych sfer życia więc określenie, że te przedstawione w monografii są „*ukierunkowane na szacowanie popytu*” sugeruje, że głównie do badań tego zjawiska są one wykorzystywane. Podjęcie się przez Autorkę diagnozy głównych problemów zdrowotnych seniorów jest zadaniem bardzo ambitnym ale wydaje się, że do wykonania tego zadania większe kompetencje mają przedstawiciele zawodów medycznych oraz odpowiednie instytucje np. NIZP-PZH.

Główna hipoteza badawcza mówiąca, że „*struktura polskiego rynku usług medycznych ukierunkowanych na starszego pacjenta nie przyczynia się do zaspokojenia jego potrzeb zdrowotnych i nie reaguje zwiększeniem swojego potencjału podażowego na przemiany demograficzne*” (s. 15) została uzupełniona dwoma hipotezami szczegółowymi:

- *systemowe zabezpieczenie zdrowia seniorów polskich nie jest wystarczająco skuteczne w realizacji ich potrzeb zdrowotnych,*
- *modele ekonometryczne są skutecznym narzędziem szacowania przyszłego popytu na świadczenia opieki długoterminowej.*

O ile przedstawione wyżej cele jakie przyjęła Autorka brzmiały interesująco zwłaszcza w wymiarze praktycznym to przedstawione hipotezy, ich sformułowanie budzi zastrzeżenia. Użyte określenia nie są jasne; jak rozumieć np. słowa „*struktura ...nie przyczynia się do zaspokojenia*”? Prowokuje to do zadania pytania: jak zmierzyć potrzeby zdrowotne starszego

pacjenta i kiedy można uznać, że są zaspokojone? Odpowiedź na tak postawione pytanie, w polskich warunkach i nie tylko będzie zawsze negatywna.

Kolejne pytanie: kiedy systemowe zabezpieczeniebędzie skuteczne? Przede wszystkim uważam, że nie należy przy formułowaniu hipotez używać określeń będących zaprzeczeniem. Czy w takiej sytuacji można sfalsyfikować hipotezę? Te „hipotezy” mogłyby przecież mieć pozytywne brzmienie i wtedy ich weryfikacja byłaby łatwiejsza.

I kolejne wątpliwości: jak rozumieć skuteczność modelu? kiedy model ekonometryczny będzie oceniony jako skuteczne narzędzie budowy prognozy?

Moim zdaniem przytoczone sformułowania nie są hipotezami.

W rozdziale 1 przedstawiono zmiany liczby ludności na świecie i w Polsce, zwracając szczególną uwagę na zmiany udziału osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności oraz konsekwencje spadku umieralności przejawiające się we wzroście oczekiwanej długości życia. Zachodzące zmiany w Polsce zostały przedstawione na tle sytuacji w krajach europejskich. Podobnie pokazano sytuację materialną seniorów polskich, zwracając uwagę na gorsze materialne warunki życia w porównaniu z osobami starszymi w innych krajach. Powodem jest, między innymi, stosunkowo mała aktywność zawodowa Polaków w wieku 50 lat i więcej. Przedstawione zostały ponadto prawa seniorów wynikające z przepisów międzynarodowych oraz krajowych a także działania jednostek administracji państwowej i samorządowej realizowane na rzecz poprawy sytuacji ludzi w podeszłym wieku. Brakuje jednak oceny tych działań. Rozdział zawiera rozważania dotyczące symptomów starzenia oraz wskazanie najważniejszych problemów zdrowotnych dotyczących członków tej populacji. Wśród tych ostatnich Autorka zwróciła głównie uwagę na zachorowania wywołane chorobami układu krążenia i chorobami nowotworowymi. Pominięto dolegliwości wywołane chorobami układu oddechowego czy rosnące w Polsce zachorowania na depresję wśród osób w wieku 65 lat i więcej. W tej części opracowania pojawiło się pojęcie „rozwój demograficzne”, które zachęca do postawienia pytania: jak Habilitantka rozumie to pojęcie?

Ochrona zdrowia to dział gospodarki, którego funkcjonowanie ma na celu zaspokajanie potrzeb związanych ze zdrowiem populacji (profilaktyka, leczenie, ratowanie życia, opieka nad osobami niesamodzielnymi). Rozdział 2 zawiera opis systemów realizujących te funkcje w wybranych krajach: Niemczech, Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych oraz Polsce. W charakterystyce polskiego systemu ochrony zdrowia uwaga została skoncentrowana na podmiotach i rodzajach udzielanych świadczeń głównie w odniesieniu do osób starszych. Szczegółowo i z dużym znawstwem tematu zostały przedstawione zakresy usług realizowanych przez jednostki świadczące opiekę długoterminową, czyli ten zakres świadczeń, który stanowi główny obszar zainteresowań Autorki monografii. Jednocześnie wskazano na fakt, że usługi opieki długoterminowej mają przede wszystkim charakter nieformalny, ale nie są w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb seniorów w tym zakresie. Krytycznie oceniła Habilitantka stan infrastruktury medycznej w Polsce i to zarówno pod względem rzeczowym jak i kadrowym. Jako szansę na poprawę opieki zdrowotnej nad seniorami wskazała innowacyjne rozwiązania, takie jak: zintegrowana opieka medyczna, medycyna personalizowana, medycyna oparta na wartościach. Spośród tych rozwiązań w Polsce, od 2015 r. w ramach opieki zintegrowanej funkcjonuje program nazywany *Pakiem onkologicznym*.

Rozdział 3 poświęcono omówieniu znaczenia gospodarki senioralnej i związanymi z jej rozwojem możliwościami uczestnictwa osób starszych w kreowaniu rynku świadczeń

zdrowotnych. Rosnąca liczba osób w starszym wieku oznacza nie tylko wzrost popytu na produkty i usługi przeznaczone dla tej grupy konsumentów, ale także wzrost aktywności tej części populacji w różnych obszarach życia społecznego. Na tym tle obszernie omówiono możliwości i potrzeby udziału seniorów w kształtowaniu i funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Stan zdrowia uwarunkowany jest w dużym stopniu stylem życia człowieka, dlatego warte podkreślenia jest zwrócenie uwagi przez Autorkę na konieczność poszerzania kompetencji zdrowotnych (*health literacy*) seniorów. Wzrost tych kompetencji może bowiem przełożyć się na poprawę gospodarowania środkami finansowymi przeznaczanymi na ochronę zdrowia.

Rozważania w rozdziale 4 rozpoczyna Habilitantka od konstatacji „*Efektywne wykorzystanie istniejącego systemu zdrowia i jego właściwa organizacja możliwa jest jednak tylko wówczas, gdy trafnie rozpoznane są potrzeby zdrowotne społeczeństwa, w obrębie którego funkcjonuje system zdrowia oraz infrastruktura i zasoby tego systemu. Dlatego w ekonomicznych analizach rynku świadczeń zdrowotnych jedno z kluczowych miejsc zajmuje analiza popytu, podaży oraz funkcja produkcji*” (s. 141). I właśnie pomiarowi popytu na świadczenia opieki długoterminowej poświęcony jest ten rozdział. Na tle omówionych teoretycznych koncepcji tego pojęcia przedstawione zostały czynniki i zmienne determinujące popyt. Zaprezentowano również stosowane w różnych krajach modele wykorzystywane do oceny zapotrzebowania na usługi medyczne. Były to:

- model przyczynowo-skutkowy,
- model PSSRU (*Personal Social Services Research Unit*),
- model systemów szarych,
- model Markowa.

Autorka wskazała rodzaje popytu, do oceny którego można stosować poszczególne podejścia i jednocześnie zwróciła uwagę na pewne ograniczenia w ich stosowaniu. Są to przede wszystkim ograniczenia związane z danymi niezbędnymi do zbudowania tych modeli.

Dodatkowo analiza wydatków na opiekę zdrowotną w ujęciu międzynarodowym pozwoliła na sformułowanie wniosków wskazujących na występujące w tym zakresie niedostatki w naszym kraju. W Polsce finansowane ze środków publicznych wydatki należą do najniższych a ze środków prywatnych do najwyższych w Europie.

Rozdział 5 uważam za kluczowy dla realizacji celu pracy oraz weryfikacji stwierdzeń, które Autorka uznała za hipotezy. W tym rozdziale przedstawione zostały wyniki analizy przestrzennego zróżnicowania opieki długoterminowej w Polsce oraz wyniki szacowania popytu na te usługi wyznaczone z wykorzystaniem wybranych modeli scharakteryzowanych w rozdziale 4. Analiza przestrzenna dotyczyła sytuacji w polskich województwach w latach 2014-2019, co jak uzasadniła Habilitantka, wynika z odrębności funkcjonowania poszczególnych oddziałów NFZ. W tych rozważaniach uwaga była skupiona tylko na placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych i liczbie pacjentów tych placówek. Pominięcie zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz tych, które sprawują opiekę paliatywną i hospicyjną uzasadniła Autorka potrzebą „*zachowania względnej homogeniczności wiekowej pacjentów*” korzystających z opieki długoterminowej. Szkoda, że nie podała relacji między liczbą pacjentów placówek świadczących opiekę długoterminową. Mały udział pacjentów pominiętych placówek w ogólnej liczbie korzystających z opieki długoterminowej byłby „twardym” argumentem uzasadniającym przyjęte rozwiązanie.

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazały na znaczne zróżnicowanie międzywojewódzkie liczby placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych i ich pacjentów, ale pokazały też, że mimo wzrostu liczebności populacji osób starszych w Polsce względnie stabilna jest liczba pensjonariuszy tych placówek. Na tej podstawie sformułowany został wniosek, że *„w dobie świadomych zdrowotnie populacji oraz postępującej wiedzy i technologii medycznej, polski rynek świadczeń zdrowotnych nie jest przygotowany na starzenie się społeczeństwa, nie reaguje na potrzeby osób starszych i nie zaspokaja popytu na świadczenia opieki długoterminowej”* (s. 189). Prowokuje to do zadaniu kilku pytań. Po pierwsze na jakich podstawach oparła się Autorka uważając populację Polaków za świadomą w kwestiach zdrowia? Z publikacji NIZP-PZH¹ wysnuć można przeciwny wniosek. Przecież statystyki zgonów pokazują, że od 2015 r. umieralność w Polsce podlega niekorzystnym zmianom. I po drugie czy nie ma żadnych dowodów pokazujących reakcje polskiego rynku świadczeń zdrowotnych na potrzeby osób starszych? Są takie reakcje, tyle że w stopniu dalece niewystarczającym do zaspokojenia tych potrzeb.

Natomiast *„wniosek o ścisłej zależności między zaspokojonym popytem (wyrażonym popytem zrealizowanym – I. K.) a podażą na świadczenia opieki długoterminowej”* wydaje się oczywisty przy wykazanej względnej stabilności liczby placówek oraz liczby pacjentów (s. 190).

Przestrzenne zróżnicowanie poziomu zaspokojenia zapotrzebowania na opiekę długoterminową zostało także ocenione z wykorzystaniem metod wielowymiarowej analizy porównawczej. Zmienną syntetyczną zbudowano z wykorzystaniem danych dotyczących: *„liczby placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców, liczby udzielonych w nich świadczeń w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców, wartości zakontraktowanych w nich świadczeń w stosunku do liczby takich świadczeń i wskaźnika liczby pacjentów omawianych zakładów liczonego względem 1 tys. mieszkańców”* (s. 192) co pozwoliło na ustalenie rankingu województw pod względem rozpatrywanych cech. Zbudowany ranking może być przydatny do budowy wojewódzkich strategii rozwoju placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych. Zastanawia mnie w tym przypadku dlaczego wartości zmiennych były odnoszone do liczby mieszkańców – a dlaczego nie do liczby osób starszych? Jednym z celów zrealizowanego badania, którego wyniki zawiera monografia była *„konstrukcja modeli popytu na opiekę długoterminową w Polsce.”* Habilitantka zastosowała dwa narzędzia spośród omówionych w roz. 4: model ekonometryczny oraz modele systemów szarych. W pierwszym przypadku dobrym rozwiązaniem problemu małej ilości obserwacji była budowa modelu panelowego. W modelu *„zmienną objaśnianą była liczba pacjentów zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców a jako zmienne objaśniające przyjęto między innymi liczbę mężczyzn oraz liczbę kobiet w wieku poprodukcyjnym w przeliczeniu na 1000 mieszkańców, wartość średniej emerytury i renty z pozarolniczego ubezpieczenia (zł) a także cenę świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym wyznaczoną jako stosunek wartości zakontraktowanych świadczeń (w tys. zł) do liczby zrealizowanych świadczeń”* (s. 200 – 201). Modelowana wielkość popytu (zmienna objaśniana) była rozumiana jako popyt zrealizowany czyli popyt zdeteminowany dostępnością miejsc w placówkach.

¹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, red. B. Wojtyński, P. Goryński, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.

Oszacowany model został pozytywnie zweryfikowany statystycznie i interpretacja oszacowanych parametrów zbudowanego modelu ekonometrycznego w kategoriach przyczynowo-skutkowych oznacza, że wraz ze wzrostem liczby kobiet (mężczyzn także) w wieku poprodukcyjnym zmniejszała się liczba pacjentów zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Natomiast wzrost ceny za świadczenie prowadził do wzrostu liczby pacjentów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. Uważam za dyskusyjną interpretację Autorki, że rosnąca liczba osób w wieku poprodukcyjnym powodowała, że to te osoby zajmowały się w gospodarstwie domowym osobami wymagającymi opieki długoterminowej – tak było, ale z powodu niedostatecznej podaży miejsc i oznacza to, że opieka formalna była zastępowana opieką nieformalną. Natomiast interpretacja drugiego parametru przeczy prawom ekonomii. Uważam, że zbudowany model jest modelem symptomatycznym. Taki model może być wykorzystywany do budowy prognoz podobnie jak model systemów szarych, który nie wymaga użycia innych zmiennych niż zmienna modelowana.

W Rekomendacjach kończących rozdział 5 Habilitantka wskazała, że wykorzystanie podanych modeli jest jedynie propozycją opisu zmian liczby pacjentów. Zwróciła uwagę na niedostatki związane z dostępnymi danymi, ale mimo to uznała te narzędzia jako przydatne zarówno „w ocenie popytu na świadczenia oferowane przez placówki pielęgnacyjno-opiekuńcze” (s. 219) jak i do szacowania liczby pacjentów takich placówek w przyszłości. Ponieważ modelowany był tylko popyt realizowany (zeterminowany głównie liczbą dostępnych miejsc) stanowiący część popytu całkowitego (jaką?) to stwierdzenie to nie jest uzasadnione.

Pomijając fakt przydatności prognoz popytu zrealizowanego wydaje się, że przy prognozowaniu zmiennej o prawie stałych wartościach, na co wskazują indeksy łańcuchowe zawarte w tab. 5.4 można rozpatrywać, oprócz modeli systemów szarych także inne metody modelowania i prognozowania na podstawie szeregów czasowych. Można także rozważać do prognozowania zastosowanie metod analogowych.

W Zakończeniu opracowania Habilitantka stwierdziła, że mimo iż „Polski system prawny, jak również prowadzona polityka zdrowotna, oferują osobom starszym bezpłatny i równy dostęp do świadczeń medycznych. Polski system zdrowia zapewnia więc każdemu seniorowi kompleksowe usługi medyczne z zakresu nie tylko podstawowej, ale również i specjalistycznej opieki zdrowotnej” (s.222) to „systemowe ramy opieki medycznej jedynie w teorii dają polskiemu pacjentowi senioralnemu poczucie bezpieczeństwa” (s.223). Z tym stwierdzeniem niewątpliwie należy się zgodzić i uwaga ta nie dotyczy tylko opieki nad seniorami.

Na s. 30 autoreferatu Habilitantka w odniesieniu do monografii za wkład w rozwój dyscypliny ekonomia i finanse uznaje:

- „usystematyzowanie wiedzy na temat pomiaru popytu na świadczenia opieki długoterminowej,
- opracowanie i implementację w warunkach polskich modeli panelowych i modeli systemów szarych do prognozowania popytu na świadczenia zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych,
- identyfikację czynników determinujących w Polsce popyt na tego typu usługi,
- ocenę zróżnicowania terytorialnego popytu na świadczenia,
- wskazanie kierunku dalszych możliwości wykorzystania metod ekonometrycznych do pomiaru popytu,

- ocenę podaży świadczeń zdrowotnych kierowanych do seniorów,
- holistyczne podejście do analizy i oceny sprawności sektora zdrowia z uwzględnieniem różnych płaszczyzn jego analizy,
- wykorzystanie analizy systemowej i teorii gier do zrozumienia i poznania specyfiki funkcjonowania systemów zdrowia ze wskazaniem jego nieefektywnych obszarów.”

Moim zdaniem w kilku przypadkach, w świetle przedstawionych wyżej uwag, stwierdzenie to nie jest uzasadnione:

- wątpliwe jest uzyskanie dopuszczalnych prognoz popytu na świadczenia zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych na podstawie modelu zbudowanego dla zmiennej reprezentującej tylko część tego popytu i to zdeterminowanego przez podaż miejsc w placówkach,
- w monografii nie ma danych dotyczących stanu zdrowia osób w starszym wieku, tym samym identyfikacja czynników determinujących popyt jest ograniczona tylko do oficjalnych dostępnych danych,
- ocena zróżnicowania terytorialnego dotyczy tylko liczby pacjentów przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych co nie oznacza oceny całego popytu na świadczenia – tym bardziej, że nie sprecyzowano: jakiego świadczenia,
- nie można opieki długoterminowej ograniczonej do placówek opiekuńczo-pielęgnacyjnych utożsamiać ze wszystkimi świadczeniami zdrowotnymi kierowanymi do seniorów.

Dlatego uważam, że oceniana monografia nie wnosi znacznego wkładu w rozwój dyscypliny naukowej ekonomia i finanse.

Opiniowana monografia była podana jako osiągnięcie naukowe we wniosku dr S. Nieszporskiej do Rady Dyscypliny Ekonomii i Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie natomiast w autoreferacie na s. 5 wskazała Habilitantka dodatkowo 3 artykuły:

- artykuł „**Priorities in the Polish health care system**” opublikowany w *The European Journal of Health Economics*, 18:1-5. 28 September 2016, s. 1-5,
- artykuł “**Analysis of Healthcare Systems by Using Systemic Approach**”, opublikowany w *Hindawi Complexity*, Volume 2019, Article ID 6807140, 12 pages, współautor A. Bielecki,
- artykuł “**The proposal of philosophical basis of the health care system**”, opublikowany w *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20 (1), 23-35, 2017, współautor A. Bielecki.

Takie rozwiązanie jest zaskakujące i miałem wątpliwości, które osiągnięcie jest podstawą ubiegania się o stopień doktora habilitowanego. Uznałem za takowe monografię.

Pierwszy z artykułów został samodzielnie opracowany przez dr S. Nieszporską i jest poświęcony ocenie sytuacji w polskim systemie zdrowia. Autorka zwróciła uwagę na kwestie, między innymi natury finansowej, prawnej i organizacyjnej, które rzutują na efektywność funkcjonowania opieki zdrowotnej. Porównanie stanu zdrowia mieszkańców Polski, mierzonego oczekiwaną długością życia z danymi dla innych krajów wskazuje na niezadowalające efekty działania opieki medycznej w Polsce.

O ile ta publikacja dotyczyła systemu opieki medycznej w Polsce, to pozostałe dwa artykuły napisane wspólnie z A. Bieleckim poświęcone są ocenie systemów zdrowia funkcjonujących w różnych krajach. W artykule „Analysis of Healthcare Systems by Using Systemic Approach” zawarta jest propozycja metody analizy systemów zdrowia pozwalająca na identyfikację

patologii widocznych w tych rozwiązaniach. W tej metodzie wykorzystując teorię systemów oraz teorię gier Autorzy zidentyfikowali dysfunkcje systemów zdrowia występujące w wybranych krajach. Uzyskane rezultaty posłużyły do sformułowania propozycji optymalnej organizacji opieki zdrowotnej na poziomie państwa.

Również w kolejnym artykule "The proposal of philosophical basis of the health care system" ci sami Autorzy przyjmując założenie, że człowiek powinien być punktem odniesienia we wszystkich rozważaniach dotyczących problemów społecznych i politycznych wychodząc z filozofii personalistycznej, zidentyfikowali wartości, do jakich powinny się odwoływać działające systemy zdrowia. Analiza funkcjonujących systemów ochrony zdrowia pozwoliła na konstatację, że „współczesne systemy zdrowia ograniczają godność i podmiotowość pacjenta.”

Omówione wyżej trzy publikacje ukazały się w wydawnictwach indeksowanych w bazach Web of Science i Scopus oraz w Google of Scholar. Indeks Hirscha według bazy Web of Science wynosi 2, podobnie według Scopusu i 3 według Google of Scholar. Współczynniki wpływu przypisane artykułom opublikowanym w: *The European Journal of Health Economics*, *Hindawi Complexity* oraz *Medicine, Health Care and Philosophy* wynoszą odpowiednio: IF = 2,601; 2,462 oraz 1,407.

Przegląd wymienionych artykułów wskazuje na spójność aktywności naukowej Habilitantki w latach 2016-2021. Zauważalna jest pewna powtarzalność podjętych kwestii w analizowanych artykułach i monografii naukowej. Monografia konsumuje treści zawarte w artykułach. Tym samym można uznać, że stanowi ich rozwinięcie.

W wymienionych artykułach widoczne są, podobnie jak w monografii uchybienia warsztatowe. W żadnym artykule nie zauważyłem sformułowanej hipotezy badawczej, choć z oświadczeń współautorów wynika, że w jednym „Analysis...” jest takowa. Tylko w tej jednej publikacji wyraźnie został wyartykułowany cel badawczy. Mimo tego prace wykonane wspólnie z A. Bieleckim oceniam jako oryginalne i wartościowe z punktu widzenia nauki. Mam przy tym jednak wątpliwości, czy nie powinny być oceniane jako przynależące do dyscypliny „Zarządzanie”.

2. Aktywność naukowa realizowana w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury (zgodnie z art. 219 ust. 3 Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz. U. poz. 1668 z późn. zm.).

2.1. Przegląd wybranych publikacji załączonych do wniosku

Do wniosku Habilitantka dołączyła 3 publikacje, które określiła w autoreferacie jako osiągnięcie naukowe. Jako część osiągnięcia omówiłem je wyżej.

2.2. Dorobek publikacyjny w ujęciu ilościowym

Jako pozostały dorobek publikacyjny powstały po uzyskaniu stopnia doktora Habilitantka wskazała (poza monografią „Rynek zdrowia seniorów” i trzema omówionymi wyżej artykułami) 44 prace naukowe. Jest wśród nich redakcja 1 monografii, autorstwo (13) i współautorstwo (2) rozdziałów w monografii, spośród których 4 są napisane w języku angielskim. Wśród 20 artykułów (17 samodzielnych) w czasopismach i recenzowanych materiałach konferencyjnych 3 (1 we współautorstwie) zostały napisane w języku angielskim.

Ponadto Habilitantka opublikowała 8 fragmentów w książkach, z czego 1 była w języku angielskim.

W sumie zdecydowana większość prac (37) było opublikowanych samodzielnie przez dr S. Nieszporską i napisanych w języku polskim.

Artykuły były opublikowane w różnych czasopismach, głównie o zasięgu regionalnym, w Zeszytach Naukowych czy Pracach i Materiałach różnych instytucji. Dwa z nich są indeksowane w bazie Google Scholar

Uznaję ten dorobek za wystarczający w ujęciu ilościowym. Odnosząc się do strony jakościowej zwróciłem uwagę na małą liczbę samodzielnych publikacji w wydawnictwach o szerszym zasięgu, nie tylko międzynarodowym ale nawet krajowym.

Do wniosku Habilitantka dołączyła tylko 3 artykuły zgłoszone jako osiągnięcie naukowe trudno więc ocenić ścieżkę rozwoju naukowego tylko na podstawie tytułów pozostałych publikacji.

Ponadto od roku 2011 dr S. Nieszporska recenzowała 8 artykułów naukowych napisanych w języku polskim i angielskim oraz 4 rozdziały w monografiach.

2.3. Aktywność naukowa i udział w projektach badawczych

Habilitantka aktywnie uczestniczyła w konferencjach. Po uzyskaniu stopnia doktora przygotowała 20 wystąpień (17 krajowe, 3 międzynarodowe). Wśród nich 15 było zrealizowanych samodzielnie a 5 powstało we współautorstwie (2 na konferencjach krajowych). Widoczna jest więc przewaga konferencji krajowych.

Dr S. Nieszporska była 5 razy członkiem gremiów przygotowujących konferencje - komitetów organizacyjnych lub naukowych.

Po uzyskaniu stopnia doktora Habilitantka uczestniczyła w realizacji projektu „Przedsiębiorczość Akademicka na START – Człowiek – najlepsza inwestycja”.

Nie wykazała w autoreferacie uczestnictwa w realizacji grantów NCN czy NCBR ani uczestnictwa w zespołach starających się o granty.

2.4. Międzynarodowy charakter aktywności naukowej

Międzynarodowa aktywność naukowa Habilitantki jest umiarkowana. Ogranicza się do publikowania w języku angielskim oraz uczestnictwa w zagranicznych konferencjach (4) oraz recenzowania dla zagranicznych czasopism (3).

2.5. Odbyte staże w instytucjach naukowych

Dr S. Nieszporska w okresie kwiecień – sierpień 2016 odbyła staż naukowy w Akademii Górniczo – Hutniczej w Krakowie.

3. Dodatkowe informacje, w tym w szczególności osiągnięcia dydaktyczne oraz osiągnięcia w zakresie popularyzacji nauki lub sztuki

3.1. Osiągnięcia organizacyjne

Dr S. Nieszporska jest członkiem 8 zespołów i komisji funkcjonujących na Politechnice Częstochowskiej. Między innymi należy do zespołu do spraw rozwijania działalności publikacyjnej pracowników Wydziału Zarządzania. Jest członkiem zespołu do spraw

monitorowania karier absolwentów Politechniki Częstochowskiej i członkiem Komisji Wydziałowej do spraw określania, weryfikacji i doskonalenia efektów kształcenia.

Aktywnie przyczynia się do rozwoju uczelni uczestnicząc w pracach zespołów przygotowujących programy studiów. Przygotowywała między innymi specjalność Ekonometria i Analiza Rynku na kierunku Informatyka i Ekonometria oraz Analityk finansowy na kierunku Finanse i Rachunkowość. Była członkiem zespołów przygotowujących II stopień studiów na kierunkach: Zdrowie Publiczne oraz Zarządzanie (kształcenie w zakresie Administrator Usług Medycznych).

3.2. Prowadzone zajęcia dydaktyczne

Habilitantka prowadzi zajęcia dydaktyczne na Politechnice Częstochowskiej zarówno w języku polskim jak i angielskim. Są to wykłady jak i ćwiczenia na studiach licencjackich i magisterskich. Zakres tych zajęć jest znacznie zróżnicowany, między innymi są to zajęcia z Ekonometrii, Matematyki, Rachunku Prawdopodobieństwa, Statystyki, Zarządzania organizacjami zdrowia publicznego czy Zarządzania projektami promocji zdrowia. Zajęcia są prowadzone dla studentów różnych kierunków: Management, Quality and Production Management, Informatyka i Ekonometria, Zarządzanie i Zdrowie Publiczne. Dr S. Nieszporska była promotorem 8 prac licencjackich i 2 prac magisterskich oraz recenzentem 4 prac.

Za swoją działalność dydaktyczną, organizacyjną i naukową była kilkakrotnie nagradzana przez Rektora Politechniki Częstochowskiej.

3.2. Działania na rzecz popularyzacji nauki

Oceniając działania, których celem jest popularyzacji nauki – oprócz uczestnictwa w konferencjach naukowych – należy zwrócić uwagę na współpracę dr S. Nieszporskiej z Zespołem Szkół nr 1 w Lublińcu. Dla tamtejszych uczniów prowadziła wykłady i współorganizowała Konkursy Matematyczne o Puchar Dyrektora Zespołu Szkół. Była także obserwatorem części pisemnej egzaminu maturalnego z matematyki w Technikum w Częstochowie. W tym mieście współpracuje także z Uniwersytetem Trzeciego Wieku.

4. Ocena końcowa

Głównym osiągnięciem naukowym dr Sylwii Nieszporskiej jest monografia „**Rynek zdrowia seniorów**”. Publikacja ta została wskazana we wniosku do Rady Dyscypliny Ekonomii i Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie jako podstawa do wystąpienia o stopień doktora habilitowanego. Przedłożone opracowanie wskazuje na niedostatki warsztatu badawczego Autorki. W opracowaniu nie został wyraźnie określony problem badawczy, cele pracy nie są jasno i precyzyjnie sformułowane, stwierdzenia określone jako hipotezy nie są nimi. Dodatkowo wnioski formułowane tylko na podstawie oceny podaży wybranych świadczeń nie mogą być uogólniane na wszystkie świadczenia zdrowotne kierowane do seniorów.

Najważniejszą częścią monografii jest roz. 5, w którym modelowany i szacowany był popyt na opiekę długoterminową. Budowa modeli na podstawie danych, którymi dysponowała Autorka jest nieuzasadniona. Po pierwsze ograniczony był zakres opieki długoterminowej a dodatkowo

chodziło o popyt zrealizowany, którego wielkość determinowała liczba miejsc w placówkach. Ponadto brakowało danych o popycie niezrealizowanym. Nie można moim zdaniem wykorzystywać modeli zbudowanych na niepełnych danych do wyznaczania prognoz i twierdzić, że modele ekonometryczne są skutecznym narzędziem szacowania przyszłego popytu. Jeśli prognozy popytu mają pełnić funkcję preparacyjną czyli być wykorzystywane w rachunku ekonomicznym do planowania wydatków to powinny dotyczyć całego popytu a nie jego (nieznanej) części.

Biorąc pod uwagę przedłożoną negatywną opinię o wartości naukowej monografii stwierdzam, że dorobek dr Sylwii Nieszporskiej oceniany w postępowaniu habilitacyjnym nie spełnia wymagań ustawowych. Nie popieram więc wniosku dr Sylwii Nieszporskiej o nadanie stopnia doktora habilitowanego w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie ekonomia i finanse.

Wenona Kunopka