

Dr hab. Dariusz Filar
Emerytowany prof. UG

RECENZJA

rozprawy doktorskiej mgr Łukasza Jasińskiego zatytułowanej „Procesy rynkowe a interwencjonizm w systemie ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki w ujęciu austriackiej szkoły ekonomii”

Przedstawiona do zrecenzowania rozprawa doktorska zbudowana została ze wstępu, pięciu rozdziałów i zakończenia o łącznej objętości 519 stron. W skład rozprawy wchodzi również licząca 533 pozycje bibliografia (s.520-553), a także spisy rysunków i tabel.

Zgodnie z tytułem rozprawy, pierwszymi słowami wstępu do niej i hipotezami przedstawionymi na s.14 została ona poświęcona współczesnemu amerykańskiemu systemowi ochrony zdrowia. W rzeczywistości obszar podjętych rozważań jest znacznie rozleglejszy i głębszy. Doktorant postawił przed sobą niezwykle ambitne zadanie generalnego skonfrontowania koncepcji publicznych systemów ochrony zdrowia (nierynkowych, opartych na interwencjonizmie państwowym i w związku z tym na kontrolowanym przez państwo finansowaniu) z rozwiązaniem alternatywnym, jakie mógłby stanowić system opieki zdrowotnej oparty na mechanizmach rynkowych czyli prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych (to alternatywne rozwiązanie wywiedzione zostało z austriackiej szkoły ekonomii, co zostało zasygnalizowane w tytule rozprawy). Poruszając się po takiej ścieżce badawczej Doktorant zaprezentował wnikliwą analizę krytyczną współczesnych systemów ochrony zdrowia (materiał empiryczny zaczerpnięty został nie tylko z USA), w której fundamentem stało się wnioskowanie teoretyczne dostarczone przez austriacką szkołę ekonomii. W miarę lektury pracy coraz bardziej skłaniałem się ku przekonaniu, że zasługiwała ona na tytuł, który pełniej odzwierciedlałby jej faktyczną zawartość. Na przykład : „Ocena współczesnych systemów ochrony zdrowia w świetle austriackiej szkoły ekonomii (ze szczególnym uwzględnieniem systemu USA)”. Ta dotycząca tytułu uwaga w żadnym razie nie ma charakteru krytycznego, a wręcz przeciwnie – stanowi wyraz uznania dla rozległości i głębokości podjętych w rozprawie rozważań.

Wywód buduje Doktorant w sposób uporządkowany i konsekwentny. Rozdział I – „Procesy rynkowe i interwencjonizm w systemie ochrony zdrowia” – otwierają rozważania o niepewności i ryzyku, jako nieodłącznych elementach ludzkiego działania. Na ich tle zostaje nakreślona potrzeba instytucji ubezpieczenia (w tym ubezpieczenia, którego przedmiotem jest zdrowie). Następnym krokiem jest klarowne rozróżnienie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego nabywanego na rynku (za czym opowiada się austriacka szkoła ekonomii) i publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, które stanowi przejaw interwencjonizmu państwowego. Ubezpieczenie publiczne zostaje przekonująco przedstawione jako ingerencja w gospodarkę rynkową, a temu towarzyszy wskazanie negatywnych konsekwencji takiej ingerencji. Przeprowadzone rozumowanie odwołuje się do istotnego wątku obecnego w austriackiej szkole ekonomii, a zwłaszcza w twórczości Ludwiga von Misesa.

W rozdziale II – „Powszechny system ochrony zdrowia jako skutek interwencji państwa” - kwestia publicznego ubezpieczenia zdrowotnego ulega rozwinęciu w rozważania o zbudowanych na nim systemach. Rozdział rozpoczyna Doktorant od jednoznacznego wskazania, że „powszechny (publiczny) system ochrony zdrowia nie jest efektem niezależnych decyzji konsumentów, ale skutkiem regulacyjnych ram odgórnie określonych przez państwo” (s.101). Funkcjonowanie takiego systemu – w myśl przytoczonej oceny Shermana Follanda – obejmuje trzy działania, jakimi są (1) dostarczanie dóbr i usług, (2) redystrybucja i (3) regulacja (s.107). Jednoznaczne i precyzyjne opisanie powszechnego systemu ochrony zdrowia pozwoliło Doktorantowi na wykazanie jego nierynkowego charakteru.

W dalszej części rozdziału podjęta została kwestia finansowania publicznych systemów ochrony zdrowia. Władze państwowe mają w tym zakresie do wyboru trzy źródła: (1) obowiązkową składkę, która wywodzi się z tradycji niemieckiej, (2) podatek cechujący tradycję brytyjską oraz rzadsze rozwiązanie czyli (3) kombinację oskładkowania z opodatkowaniem. Różne modele finansowania pokazane zostały w procesie ich historycznego rozwoju.

Trzecią część rozdziału II stanowi zwięzły przegląd funkcjonowania współczesnych systemów ochrony zdrowia w wybranych krajach (Szwajcaria, Niemcy, Wielka Brytania, Singapur, a także Polska). Przegląd posłużył do wykazania w przejrzysty sposób z jednej strony podobieństw, a z drugiej zróżnicowania rozwiązań przyjętych w poszczególnych krajach. Pozwolił on także, by przyjąwszy taką perspektywę dokonać syntetycznego wyodrębnienia specyfiki systemu amerykańskiego (s.156-157).

Niezwykle rozbudowany rozdział III (202 strony! Prawie 40% głównego tekstu rozprawy!) – „Ewolucja interwencjonizmu w systemie ochrony zdrowia Stanów Zjednoczonych Ameryki” – charakteryzuje się pewną dwoistością. Jego pierwsza, licząca 22 strony część, ma charakter opisowo-statystycznej komparatystyki. W oparciu o zgromadzone dane (głównie zaczerpnięte z *OECD Indicators, Health at a Glance 2015*) przedstawiony został współczesny stan systemu ochrony zdrowia w USA na tle wybranych krajów. Stworzony w ten sposób obraz jest stosunkowo szeroki, bo obejmuje wskaźniki takie jak wydatki na opiekę zdrowotną per capita (w dolarach amerykańskich z uwzględnieniem siły nabywczej), wydatki na opiekę zdrowotną jako procent PKB, ceny usług medycznych, średnią oczekiwaną długość życia w momencie urodzenia (w odniesieniu do 2013 roku), odsetek osób otyłych w społeczeństwie, czas oczekiwania na wizytę u specjalisty czy śmiertelność niemowląt. Porównanie wartości tych i podobnych wskaźników z USA oraz z innych objętych analizą krajów pozwala na ocenę stopnia zaawansowania systemu amerykańskiego i jego skuteczności w zakresie ochrony zdrowia.

Pozostała, znacznie obszerniejsza, część rozdziału III jest opracowaniem z zakresu historii gospodarczej USA, a dokładniej – tego jej wycinka, który odnosi się do ochrony zdrowia. W swoich rozważaniach Doktorant podjął próbę dowiedzenia, że w amerykańskim systemie ochrony zdrowia nie ma czystych instytucji rynkowych - jest on natomiast elementem *hampered economy* czyli „gospodarki skrzepowanej”; pojęcie to - *gebundene Wirtschaft* – wywodzi się z wydanej w 1929 roku pracy Ludwiga von Misesa „Kritik des

Interventionismus". Ponieważ taki stan gospodarki powstaje jako następstwo interwencji podejmowanych przez państwo - interwencji wielokrotnych i nakładających się na siebie - podejście historyczne pozwalało prześledzić ten proces. Do przeprowadzenia analiz Doktorant wybrał pięć obszarów związanych z ochroną zdrowia - działalność dwóch instytucji (AMA – Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego i FDA – Agencji ds. Żywności i Leków), rządowe programy zdrowotne *Medicare i Medicaid*, prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz szpitalnictwo. Wynik przeprowadzonych prac przybrał postać poglądowych tablic (które Doktorant określa mianem rysunków), na których pokazano, jakie interwencje miały miejsce w różnych okresach w każdym z pięciu obszarów i jakie pociągnęły za sobą skutki. Wyłaniające się z tego wyjaśnienie aktualnych problemów amerykańskiego systemu ochrony zdrowia lokuje ich przyczyny w przeszłości (sięgającej nawet połowy XIX w.) i przekonująco wiąże z podjętymi na przestrzeni dziesięcioleci interwencjami. Rozumowanie konsekwentnie prowadzone jest w nawiązaniu do poglądów austriackiej szkoły ekonomii, a w jego ramach przetworzeniu zostaje poddany bardzo rozległy materiał empiryczny. Być może właśnie chęć dowiedzenia, że formułowane wnioski mocno osadzone są w faktach, sprawiła, że do rozdziału włączone zostały kwestie bardzo szczegółowe i niekiedy drugorzędne. W moim przekonaniu ten sam efekt mógł być osiągnięty przy zwięźlejszej prezentacji materiału empirycznego, co pozwoliłoby na ograniczenie rozmiarów rozdziału. Cechująca rozdział *embarras de richesse* nie umniejsza jego wartości. Stanowi on dowód rozległej i w bardzo konsekwentny sposób przeprowadzonej pracy badawczej, a jej ostateczne wyniki składają się na kompletny i spójny obraz.

Rozdział IV – „Reforma Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) z 2014 r.” – zbudowany został na fundamencie, jaki zapewnił rozdział III. Ta część rozprawy poświęcona została analizie ustawy o ochronie pacjenta i przystępnej opiece zdrowotnej, którą przyjęto w okresie prezydentury Baracka Obamy i stąd często określa się ją potoczną nazwą ObamaCare. Doktorant rozpoczyna analizę od pogłębionego przyjrzenia się zjawiskom, które prezentowane były jako przyczyny wprowadzenia ObamaCare : rosnącym kosztem świadczeń medycznych, znacznej liczbie osób pozostających bez ubezpieczenia zdrowotnego (nieubezpieczeni) i relatywnie niskiej ocenie efektywności amerykańskiego systemu ochrony zdrowia dokonanej przez World Health Organization – WHO). Przedstawiona w tym zakresie argumentacja prowadzi ku stwierdzeniu, że samo zdefiniowanie przyczyn ustawy z 2014 r. przychodzi uznać za dyskusyjne. Wzrost kosztów poszczególnych świadczeń medycznych i wydatków na opiekę zdrowotną w istotnym stopniu stanowił pochodną wcześniej przeprowadzonych interwencji, liczba nieubezpieczonych faktycznie była znaczna, ale trudna do dokładnego określenia (wykazaniu tego posłużyły szczegółowe rozważania na s.375-394), a oceny dokonane przez WHO budzą wątpliwości w odniesieniu do źródeł danych i zastosowanej metodologii (podsumowanie tych wątpliwości znajduje się na s.399 rozprawy). W tym świetle ObamaCare jawi się nie tylko jako kolejna interwencja państwowa mająca na celu przeciwdziałanie problemom wynikającym z interwencji wcześniejszych, ale znakiem zapytania opatrzone zostaje samo ustalenie i interpretacja tych problemów ze strony podejmujących tę nową interwencję.

Efekty ObamaCare dotyczyć miały potencjalnych beneficjentów (pacjentów), a dążenie do ich osiągnięcia wiązało się ze zmianami w wielu obszarach – w branży

ubezpieczeniowej, rozwiązaniach podatkowych, regulacjach odnoszących się do przemysłu farmaceutycznego. Prezentacja tych zmian (przede wszystkim utworzenia Healthcare Insurance Marketplaces czyli giełd ubezpieczeń zdrowotnych) i ocena ich skutków stanowi dalszą część rozdziału. I w tym zakresie Doktorant potrafił jasno przedstawić swoje krytyczne stanowisko uzasadniając je w sposób solidnie poparty danymi statystycznymi i analizami typu *case study*.

Recenzencka skrupulatność nakazuje sformułować w odniesieniu do rozdziału IV dwie drobne uwagi natury redakcyjno-językowej. Pierwsza z nich dotyczy dosyć zabawnej literówki, która pojawiła się w tytule i powtórzona została na s. 369, gdzie angielski przymiotnik *affordable* zmienił się w *affrodable*. Druga uwaga dotyczy tłumaczenia tego przymiotnika na język polski. Na s. 369 Doktorant wyraża go po polsku jako „niedrogi”. Moim zdaniem nie oddaje to istoty sprawy. Zwrot „I can afford it” oznacza „Stać mnie na to” lub „Mogę sobie na to pozwolić”. Stąd przymiotnikiem *affordable* określa się w angielskim coś, co niekoniecznie jest niedrogie lub tanie, ale tak czy inaczej pozostaje w zasięgu finansowych zasobów zainteresowanego nabywcem. Z tego punktu widzenia trafniejsze byłoby użycie w języku polskim słów „przystępny” lub – bardziej opisowo – „mieszczący się w granicach możliwości”.

Rozdział V – „Propozycje modyfikacji rozwiązań wprowadzonych przez PPACA oraz ich ocena” – jest ostatnim i zarazem najkrótszym rozdziałem rozprawy (razem z zakończeniem liczy 30 stron). Problemy w realizacji celów ObamaCare i zawodność części wprowadzonych w ramach ObamaCare rozwiązań, które szczegółowo zostały omówione przez Doktoranta w rozdziale IV, były też oczywiście dostrzegane w samych Stanach Zjednoczonych. To prowadziło tam do propozycji w zakresie modyfikacji ustawy PPACA, które formułowane były zarówno po stronie partii Demokratycznej, jak i Republikańskiej, a także w ośrodkach akademickich i w ramach prac różnorodnych think tanków. Przegląd tych właśnie propozycji stanowi zasadniczą część rozdziału V. Wynika z niego, że poglądy na przyszłość amerykańskiego systemu ochrony zdrowia mieszczą się między koncepcjami zbudowania rządowego ubezpieczenia zdrowotnego o charakterze powszechnym (*Medicare for All* propagowany przez Berniego Sandersa) i pomysłami na wprowadzenie różnorodnych zmian regulacyjnych (często zastąpienia jednych regulacji drugimi) do istniejącego systemu. Trudno jednak znaleźć wśród nich propozycje stworzenia „rynkowego systemu ochrony zdrowia ze swoją dynamiczną i zdywersyfikowaną strukturą finansowania usług zdrowotnych, która nie faworyzuje z góry jednej wybranej formy (np. ubezpieczenia), ale dzięki temu pozwala na utworzenie się określonego spontanicznego porządku”. A właśnie takie rozwiązanie – sformułowane na s.514-515 rozprawy i uzupełnione uwagami ze s.516 – skrótkowo obrazuje system preferowany przez Doktoranta. W świetle całości przeprowadzonych przez niego rozważań przysługuje Mu pełne do tego prawo. W USA nie ma dziś wprawdzie polityków, którzy byliby gotowi podążyć w takim kierunku. Sam Doktorant stwierdza : „Rozwiązania problemów z systemem ochrony zdrowia USA nie można sprowadzić do przeciwstawienia planów Demokratów i propozycji Republikanów. W rzeczywistości każde z tych ugrupowań miało swój wkład w rozszerzaniu wpływu rządu w tym obszarze gospodarki” (s. 516 rozprawy). Z faktu tego nie może jednak wynikać zahamowanie możliwości zaproponowania rozwiązania problemów przez wnikliwego badacza spoza USA.

Rozprawę doktorską mgr Łukasza Jasińskiego oceniam pozytywnie, do czego dają mi podstawę następujące czynniki :

- po pierwsze - Doktorant zgromadził w rozprawie niezwykle rozległy materiał dotyczący ochrony zdrowia i zaprezentował go w klarowny, logicznie uporządkowany sposób. Wychodząc od ogólnych rozważań o ryzyku utraty zdrowia i wynikającej stąd potrzebie ubezpieczenia zdrowotnego przeszedł stopniowo do omówienia najważniejszych problemów pojawiających się w systemach ochrony zdrowia – zarówno powszechnych (publicznych), jak i wykorzystujących mechanizmy rynkowe. Swoich analiz nie ograniczył do wskazanego w tytule rozprawy systemu Stanów Zjednoczonych Ameryki, ale uzupełnił je o interesujące spostrzeżenia dotyczące szeregu innych krajów;

- po drugie – rozprawa dowodzi głębokiego przemyślenia przez Doktoranta krytyki interwencjonizmu, jakiej dokonała austriacka szkoła ekonomii, a w jej ramach przede wszystkim Ludwig von Mises. Stanowisko tej szkoły pozwoliło Doktorantowi na zajęcie sprecyzowanej pozycji teoretycznej we własnej pracy badawczej;

- po trzecie – swoim wywodem Doktorant przekonująco dowiódł, że amerykański system ochrony zdrowia nie ma charakteru typowego systemu publicznego, ale nie jest także systemem w pełni rynkowym. Należy go traktować jako element „gospodarki skrupowanej” (*gebundene Wirtschaft* w terminologii von Misesa). Swoimi rozważaniami Doktorant zajął własne stanowisko wobec debaty o systemie ochrony zdrowia, jaka toczy się w USA, a jak to już zasygnalizowane zostało wyżej – posiadana wiedza w pełni go do tego uprawniała.

Obok mocnych stron rozprawa posiada też pewne słabości i wady, spośród których za najważniejsze uważam następujące:

- po pierwsze – pracę cechuje zachwianie proporcji w rozmiarach poszczególnych rozdziałów, czego głównym przejawem jest wytknięte już wcześniej rozbudowanie rozdziału trzeciego. Związana jest z tym skłonność Doktoranta do dygresji, które – same w sobie niekiedy ciekawe – nadmiernie powiększyły objętość pracy. Przykładem w tym zakresie mogą być uwagi o posiadaniu lub nieposiadaniu kontroli nad własnym zdrowiem przez ubezpieczonego (s.46-47), szczegółowe omówienie przypadku firmy farmaceutycznej Massengil (s. 203 – 205), opis przypadku pacjenta z zawałem serca (s.315 – 316) czy odniesienie do przywilejów producentów owoców cytrusowych w latach 30-tych (s.500). Pewien wpływ na objętość pracy wywarła również obfitość niekiedy bardzo długich cytatów;

- po drugie – w przypadku wielu cytatów Doktorant korzysta z aktualnych wydań cytowanych prac w przekładach na język polski i jednocześnie sygnalizuje, kiedy cytowany pogląd wyrażony był pierwotnie. Podejście takie uznać należy za prawidłowe, a jego przykład znajdujemy na s. 127, gdzie von Mises został zacytowany w oparciu o wydanie polskie z 2006 roku, ale towarzyszyło temu wyjaśnienie, że jego słowa oryginalnie pochodzą z lat 50-tych XX w. Niestety, znalazły się również w rozprawie miejsca, gdzie takiego łącznika między faktycznym czasem powstania cytowanego sformułowania i datą publikacji wykorzystanego źródła zabrakło (np. cytat z von Hayeka na s. 115 – 116);

- po trzecie – niedosyt budzi bardzo zwięzłe, bo tylko dwustronicowe zakończenie rozprawy, które umieszczone zostało po rozdziale piątym. Przede wszystkim zabrakło w nim bezpośredniego odniesienia się do hipotez rozprawy i jednoznacznego wyrażenia poglądu w kwestii ich weryfikacji. Można oczywiście uważać, że o tej weryfikacji przesądza całość wyводу przeprowadzonego w rozprawie, ale mimo to ujęcie tego w zakończeniu wydaje się niezbędnym elementem. Stanowiłoby to postawienie w rozprawie przysłowiowej „kropki nad i”.

Zważywszy wszystkie uwagi, które zawarłem w recenzji rozprawy doktorskiej mgr Łukasza Jasińskiego, stwierdzam, iż w pełni odpowiada ona ustawowym warunkom, jakie stawiane są rozprawom doktorskim i uzasadnia nadanie Autorowi stopnia doktora w dziedzinie nauk społecznych, w dyscyplinie ekonomia i finanse. W związku z tym zwracam się do Rady Instytutu Ekonomii i Finansów Wydziału Ekonomicznego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, by przyjęła tę pracę i dopuściła do jej publicznej obrony.

(-) Dariusz Filar



Gdynia, 23 sierpnia 2021 r.