



UMCS

SEKCJA DS. NAUKI

06.09.2023

W P Ł Y N Ę Ł O

UNIWERSYTET MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ W LUBLINIE
Wydział Politologii i Dziennikarstwa

Instytut Nauk o Polityce i Administracji
Katedra Administracji Publicznej
Dr hab. Katarzyna Kuć-Czajkowska

NIP: 712-010-36-92
REGON: 000001353

Lublin, 31.08.2023

RECENZJA PRACY DOKTORSKIEJ

autorstwa MGR. MARCINA FLISA pt. *E-government w polityce publicznej państwa - przypadek ochrony zdrowia w wybranych powiatach zachodniopomorskich*,
Instytut Nauk o Polityce i Bezpieczeństwie, Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2023, ss. 293,
promotor: Dr hab. Maciej Drzonek, prof. US

Wykonując uchwałę z dnia 17 lipca 2023 r. Rady Naukowej Instytutu Nauk o Polityce i Bezpieczeństwie Uniwersytetu Szczecińskiego w sp. przygotowania recenzji rozprawy doktorskiej przesłanej przez Przewodniczącego Rady Naukowej Instytutu Nauk o Polityce i Bezpieczeństwie Uniwersytetu Szczecińskiego Dr. hab. Andrzeja Wojtaszaka, prof. US., przedłożoną do recenzji rozprawę doktorską oceniałam, uwzględniając następujące kryteria:

1. Zasadność problematyki badawczej
2. Poprawność metodologiczną i merytoryczną
3. Poprawność formalno-językową
4. Ocenę końcową poziomu pracy

1. Zasadność problematyki badawczej

Wybór tematu i problematyki rozprawy. Recenzowana rozprawa doktorska podejmuje bardzo ważną, tak poznawczą, jak i praktycznie problematykę wdrażania systemów/narzędzi informatycznych w polskim publicznym systemie ochrony zdrowia. Ochrona zdrowia to jedna z fundamentalnych funkcji państwa wobec obywateli. To także wymiar polityki publicznej istotnej w kontekście sprawnego świadczenia usług. Obejmuje wiele działań podejmowanych przez władze publiczne albo celem poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, albo celem zapewnienia opieki zdrowotnej obywatelom. Ma zatem dwa wymiary: aplikacyjny i teoretyczny. Zaslugą Doktoranta jest uporządkowanie dotychczasowej wiedzy na temat platform i e-usług związanych z publicznym systemem ochrony zdrowia w Polsce, a przede wszystkim jej twórcze rozwinięcie poprzez charakterystykę systemów e-zdrowia oraz wskazanie najpopularniejszych wśród świadczeniobiorców platform i aplikacji oraz opis trudności w e-government – informatyzacji tej sfery administracji publicznej. Tom na gruncie nauk o polityce i administracji, doskonale wpisuje się w analizy cząstkowe dotyczące polityki publicznej państwa w zakresie ochrony zdrowia w naszym kraju.

Wybór problematyki rozprawy doktorskiej oceniam jako aktualny, a ze względu na wyzwania związane z cyfryzacją administracji w Polsce niezwykle potrzebny. Praca pozwala na analizowanie i ocenianie zasadności poszczególnych rozwiązań. Stanowi też formę popularyzacji informacji o systemach e-usług w zakresie publicznej ochrony zdrowia. Zawiera rekomendacje dla administracji publicznej w Polsce w zakresie realizacji zadań polityki zdrowotnej. Mgr M. Flis ustala, m.in.



czynniki wpływające na przystosowanie podmiotów ochrony zdrowia (świadczeniodawców) do korzystania z systemów IT, takie jak: 1) infrastruktura technologiczna, w tym sprzęt komputerowy, oprogramowanie, sieci komputerowe, dostęp do internetu, 2) kompetencje personelu medycznego i administracji – wiedza i umiejętności w obszarze obsługi systemów IT, 3) zasoby finansowe, tzn. środki na zakup sprzętu, licencje, szkolenie personelu i utrzymanie infrastruktury IT, 4) zabezpieczenie danych w związku z wygórowanymi wymaganiami (przepisami) dotyczącymi prywatności i bezpieczeństwa danych pacjentów, 5) konieczność zintegrowania współpracy systemów IT w ochronie zdrowia z istniejącymi systemami w placówkach medycznych.

W odniesieniu do pacjentów Doktorant stwierdza, że: 1) świadczeniobiorcy najczęściej korzystają z aplikacji e-recepta i odbiór wyników badań lekarskich; 2) występuje potrzeba dalszego edukowania społeczeństwa na temat systemów, np. IKP, aby zwiększyć świadomość i skuteczność jego funkcji; 3) konieczne jest skonstruowanie kompleksowego narzędzia m-zdrowie, które pozwoli zebrać wszystkie informacje na temat zdrowia pacjenta w jednym miejscu (spersonalizowany system ochrony zdrowia oparty na danych medycznych pacjenta). Jest to trudne do wdrożenia, ale pożądane przez pacjentów. Wymienione propozycje wymagają ciągłego rozwoju i poprawiania systemów e-zdrowia uwzględniając potrzeby pacjentów i integracje funkcjonujących narzędzi IT.

Cezury czasowe. W tytule nie ma podanych cezur czasowych, ale Doktorant wyjaśnia, (s. 7) że "przedmiotem badań są narzędzia e-government (systemy IT) działające w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce w latach 2013-2022 oraz sposób ich użytkowania przez podmioty systemu zdrowia". Ramy czasowe analiz w pracy potwierdzają też tytuły rozdziałów/podrozdziałów odnoszące się do okresu 2013-2021 oraz badania ankietowe przeprowadzone w 2022 r. Recenzowana praca jest zatem aktualna, gdyż uwzględnia najnowsze zmiany i wdrożone w trakcie pandemii Covid-19 rozwiązania cyfrowe w sferze e-usług w ochronie zdrowia w Polsce. Trzeba z pełnym przekonaniem stwierdzić, iż Doktorant wyczuł koniunkturę na problematykę badawczą w związku z zdecydowanym przyspieszeniem wdrażania omawianych narzędzi e-administracji w trakcie pandemii.

Badania. Aby zrealizować cel rozprawy Doktorant zdecydował się w części empirycznej pracy na zastosowanie metody ilościowej – badań ankietowych przeprowadzonych w 5 jednostkach samorządu terytorialnego (JST) z województwa zachodniopomorskiego – 3 powiatach ziemskich: gryfickim, goleniowskim, polickim oraz 2 miastach na prawach powiatu: Szczecinie i Świnoujściu. Ankietowani to mieszkańcy wybranych JST. Badanie przeprowadzono w okresie 1 stycznia-31 marca 2022 r. Na potrzeby badania wykorzystano Formularz Google. Kwestionariusz ankiety słusznie skierowano do dwóch kategorii respondentów: 1) pacjentów (świadczeniobiorców) i 2) personelu medycznego (świadczeniodawców). Celem badania empirycznego przeprowadzonego wśród pacjentów było zebranie informacji dotyczących znajomości oraz użyteczności (używalności) systemów e-zdrowia, a także wpływu pandemii Covid-19 na rozwój e-government, realizację świadczeń i usług medycznych. W kontekście personelu medycznego ankieta miała na celu zrozumienie perspektywy pracowników służby zdrowia odnośnie implementacji i użyteczności e-usług w obszarze ochrony zdrowia oraz wyzwań związanych z cyfryzacją tej płaszczyzny działania państwa. Autor adresował ankiety do dwóch kluczowych grup interesariuszy publicznego systemu ochrony zdrowia, co pozwoliło na wszechstronną analizę i interpretację wyników badań, identyfikację wzorców, trendów i najlepszych praktyk w zakresie implementacji systemów i aplikacji, ustalenie funkcjonalności czy ocenę korzyści wdrożonych narzędzi IT. Stanowi to niewątpliwie oryginalne rozwiązanie problemu badawczego.

Odnośnie prezentowanych wyników badań nasuwa się kilka uwag/rekomendacji. Po pierwsze, trudno ustalić dokładną liczbę ankietowanych, gdyż w tab. 3 Autor podaje 528 osób, a na kolejnej stronie w tab. 6 ta liczba odnosi się tylko do pytanych mężczyzn. Dodając 170 kobiet – respondentek wychodzi 698 osób. Dane w tabelach są zatem niespójne. Po drugie, szkoda że Doktorant nie podaje podziału na kategorie wiekowe ankietowanych. Z pewnością wiek badanych świadczeniobiorców ma wpływ (przekłada się) na udzielane odpowiedzi. Krzyżowanie odpowiedzi z ankiety z danymi

metryczkowymi pozwoliłoby też na kolejne ciekawe wnioski. Po trzecie, Mgr M. Flis nie chciał się podzielić z czytelnikiem bardziej szczegółową charakterystyką uczestników badań ankietowych. Brakuje opisu personelu medycznego (świadczeniodawców) biorącego udział w badaniu, kto to był (jak się domyślam) pielęgniarki, lekarze, których osób było więcej, z jakich kategorii placówek: pracownicy szpitali, POZ, innych? Po czwarte, ciekawe byłoby przybliżenie szczegółów (sposobów) dotarcia do respondentów (trzeba pamiętać, że moment przeprowadzania badania ankietowego to okres pandemii Covid-19). Wiązało się to z dodatkowymi trudnościami, o których Doktorant nie wspomina. Po piąte, nie zawarto więcej pytań otwartych, typu – jakie problemy związane z informatyzacją w ochronie zdrowia mają, z jednej strony – świadczeniodawcy, a z drugiej – świadczeniobiorcy. Jest to pytanie bardzo ogólne, ale dzięki temu Autor mógłby ustalić/dowiedzieć się o problemach/wyzwaniach, których nie przewidział w kafeterii odpowiedzi. Po szóste, brakuje w pracy odniesień do autorów innych badań, raportów dotyczących wdrażania systemów e-zdrowia albo funkcjonowania takich systemów w Polsce. Pozwoliłoby to poznać szerszy kontekst i porównać autorskie wyniki w rozprawie doktorskiej z innymi, zbliżonymi problematyką analizami, np. A. Jureczak, J. Prażmo, S. Wieder-Huszla, D. Branecka-Woźniak, J. Brodowski, E. Grochans, *System e-zdrowia w opinii pacjentów i personelu medycznego*; D. Mirosławska, P. Popowski, B. Pędziński, *E-zdrowie w opinii pacjentów*; K.B. Płaciszewski, *E-zdrowie – wykorzystanie technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych w polskim systemie ochrony zdrowia*.

2. Poprawność metodologiczna i merytoryczna rozprawy

Struktura rozprawy opiera się na ujęciu problemowym. Układ pracy jest klarowny i pozwala czytelnikowi zorientować się w omawianych wątkach. Materiał w rozdziałach porządkuje opisywane zagadnienia. Praca składa się ze Wstępu, 5 rozdziałów, Zakończenia, Bibliografii, Spisów: rysunków, schematów, tabel, wykresów, zdjęć, Załączników (1. Kwestionariusza ankiety dot. postrzegania cyfryzacji w ochronie zdrowia przez pacjenta, 2. Kwestionariusza ankiety dot. postrzegania cyfryzacji w ochronie zdrowia przez personel medyczny, 3-4. Odpowiedzi NFZ na zapytania w trybie dostępu do informacji pub.), Streszczeń w j. polskim i j. angielskim. Mgr M. Flis zawarł zatem wszystkie wymagane dla rozprawy doktorskiej elementy składowe.

Opracowanie liczy łącznie 293 strony. Klucz do wyróżnienia kolejnych rozdziałów jest przemyślany i wynika z przyjętych założeń kreatywnego rozwiązania problemu badawczego. Jeżeli chodzi o wielkość rozdziałów, to znacznie się różnią – najmniejszy 1 liczy ok. 14 stron, a najbardziej obszerne są ostatnie rozdziały: 4 – ok. 67 stron i 5 – ok. 69 stron. Obszerność końcowych części pracy jest podyktowana m.in. zamieszczeniem zdjęć, schematów albo autorskimi zestawieniami w postaci wykresów, co przekłada się na rozbudowanie tej części tomu.

Jeżeli chodzi o uwagi do struktury pracy to, po pierwsze, podrozdziały: 3.3.3. i 3.3.4. powinny być połączone, nie było potrzeby ich rozdzielania. Zwłaszcza, że oba fragmenty są dosyć krótkie i dotyczą rozwoju e-usług w ochronie zdrowia w Polsce w okresie pandemii Covid-19. Po drugie, rozdział 3 ma dość niefortunną nazwę i należałoby go skrócić do wersji - "Podmioty polityki publicznej w ochronie zdrowia a (albo i) cyfryzacja na poziomie ogólnopolskim". Podobnie rozdział 4 - wystarczyłby tytuł "E-usługi w polskiej publicznej ochronie zdrowia", a w przypadku rozdziału 5 proponuję kosmetyczną zmianę tytułu: "Wykorzystanie e-government w ochronie zdrowia na terenie wybranych powiatów zachodniopomorskich – wyniki badań". Po trzecie, pkt. 4.8. to Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców (a nie Świadczeniodawców).

Cel, Pytania badawcze, Hipotezy. Cel pracy to charakterystyka wdrażania i wykorzystania narzędzi e-government przez podmioty publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce: Narodowy Fundusz Zdrowia, usługodawców medycznych (podmioty lecznicze oraz osoby w nich zatrudnione) i pacjentów. Realizacji przyjętego celu posłużyła charakterystyka systemów e-zdrowia, m-zdrowia oraz zbadanie podmiotów ochrony zdrowia (świadczeniodawców i świadczeniobiorców) w 5 JST woj.

zachodniopomorskiego: powiatach gryfickim, goleniowskim, polickim oraz Szczecinie i Świnoujściu. Dla tak sformułowanego celu, Autor podjął się próby odpowiedzi na 12 pytań badawczych:

1. W jaki sposób podmioty publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce wykorzystują narzędzia e-government?
2. Czy, a jeśli tak, to dlaczego to wykorzystywanie jest asymetryczne i jakie czynniki są tego powodem?
3. Czy badane podmioty są przygotowane do wykorzystania systemów IT w ochronie zdrowia?
4. Które narzędzia e-government w systemie zdrowotnym są preferowane przez użytkowników?
5. Co ma wpływ na wykorzystanie e-government przez aktorów polityki zdrowotnej?
6. Jaka jest wiedza podmiotów na temat systemów IT w ochronie zdrowia?
7. Jakie systemy wykorzystują aktorzy ochrony zdrowia?
8. Jakie czynniki mają wpływ na wykorzystanie narzędzi e-government przez podmioty ochrony zdrowia?
9. Jakie kompetencje do wykorzystania narzędzi e-government mają pracownicy podmiotów systemu ochrony zdrowia, a jakie świadczeniobiorcy?
10. Jakie zadania zlecone przez NFZ usługodawcy medyczni realizują w formie cyfrowej?
11. Jak oceniają politykę cyfryzacji systemu ochrony zdrowia aktorzy tego systemu?
12. Jakie są oczekiwania społeczne dotyczące e-government w ochronie zdrowia?

Dobór celu badań i pytań badawczych należy ocenić jako poprawny. W pyt. 6 należałoby doprecyzować jakich podmiotów to dotyczy, czy chodzi o świadczeniodawców, świadczeniobiorców, czy obie grupy? W zaproponowanej wersji jest to niezrozumiałe. Ponadto, pyt. 7 powinno być umieszczone wyżej.

Hipotezy są najtrudniejszym dla dyplomanta elementem przygotowania rozprawy doktorskiej. Autor – jak podaje – sformułował HG i 3 hipotezy szczegółowe (Hsz). HG to bardziej teza niż hipoteza: "Występuje asymetria wykorzystania narzędzi e-government" należałoby domyślać się, że w ochronie zdrowia w Polsce. Hipoteza powinna mieć element warunkowości (zależności), to istotna cecha każdej hipotezy. Dlatego – tak jak podkreśliłam – w zaproponowanej wersji to bardziej teza niż hipoteza. HG powinna brzmieć w sposób, jaki Autor sformułował pod koniec pracy: Dostępność infrastruktury cyfrowej, łatwość obsługi, poziom świadomości społeczeństwa, potrzeby i preferencje użytkowników wpływają na asymetrię w wykorzystaniu portali i e-usług w systemie publicznej ochrony zdrowia w Polsce (s. 246).

Hsz1: "Podmioty systemu ochrony zdrowia w obszarach metropolitalnych wydajniej wykorzystują narzędzia e-government w celu realizacji zadań polityki zdrowotnej" w końcowej części pracy jest inaczej sformułowana i dotyczy "wykorzystania narzędzi e-government w publicznej ochronie zdrowia przez mieszkańców stolicy województwa – Szczecina". Pierwsza wersja Hsz1 to – z mojej perspektywy badawczej – bardzo ciekawa propozycja, rozszerzona na obszar metropolitalny. Na potrzeby rozważań powinny być wówczas przeprowadzone badania empiryczne porównujące obszary funkcjonalne/aglomeracje w Polsce. Wtedy analiza nie może dotyczyć komparatyki powiatów ziemskich i grodzkich w jednym województwie (jak jest w recenzowanej rozprawie). Dlatego zaproponowana przez Autora modyfikacja Hsz1 jest krokiem w dobrym kierunku. To również bardziej teza niż hipoteza.

Hsz2: "Są różne czynniki przyczyniające się do korzystania z e-government, ale okres pandemii pokazał, że jednym z nich jest czasowa niemożność skorzystania z usług medycznych w formie tradycyjnej" – powinna być przeformułowana tak, aby pokazać zależność wpływu pandemii Covid-19 na zmianę potrzeb i oczekiwań świadczeniobiorców względem systemów e-government w ochronie zdrowia w Polsce.

Zaproponowana przez Doktoranta Hsz3: "Narzędzia e-government w ochronie zdrowia nie spełniają oczekiwanej funkcjonalności dla pacjentów" to również teza. Gdyby Autor podał/wymienił powody

braku funkcjonalności narzędzi e-government i w ten sposób zbudował zależność, wówczas można by było mówić o hipotezie.

Wstęp powinien zawierać wprowadzenie do problematyki będącej przedmiotem pracy, wskazywać cel, pytania badawcze, tezy/hipotezy badawcze, charakterystykę wykorzystanych metod badawczych, ramy chronologiczne, analizę stanu badań i bazy źródłowej oraz omówienie wewnętrznego układu pracy. W przypadku recenzowanej rozprawy, Wstęp liczy 9 stron i zawiera wymagane elementy. Brakuje jedynie charakterystyki wykorzystanych źródeł, a omówienie metod i technik badawczych znalazło się w 1 metodologicznym rozdziale pracy.

Rozdział 1 to metodologiczne podstawy badań, gdzie mgr M. Flis charakteryzuje przedmiot badań, problem badawczy, wskazuje cel pracy, odnosi się do hipotez i uzasadnia ich sformułowanie. Doktorat opisuje też zastosowane metody i techniki badawcze. Jest to prawidłowo przygotowany fragment rozprawy doktorskiej z wyjątkiem hipotez, które są – jak wspominałam – tezami.

Rozdział 2 ma charakter teoretyczny. Skupia się na polityce publicznej i jej korelacji z e-government w kontekście ochrony zdrowia w Polsce, w tym systemu ochrony zdrowia w systemie państwa, relacji między polityką zdrowotną a polityką publiczną, e-government, systemach i platformach cyfrowych (e-zdrowie, m-zdrowie). Mgr M. Flis, dość umiejętnie, wybrał i opisał najistotniejsze wątki w pracy. Jest to dobrze przygotowany fragment rozprawy doktorskiej.

Rozdział 3 to w pierwszej części geneza polityki zdrowotnej w Polsce od czasów II Rzeczypospolitej, a następnie (w drugiej części) prezentacja podmiotów publicznych odpowiedzialnych za świadczenia w ramach ochrony zdrowia w naszym kraju w latach 2013-2021 (Ministerstwo Zdrowia, NFZ, JST, publiczni usługodawcy medyczni) oraz świadczeniobiorców. Ostatnia część rozdziału to charakterystyka systemu e-zdrowia w latach 2013-2021, w tym opis podstaw działania systemów cyfrowych w ochronie zdrowia, rewolucji cyfrowej (a konkretnie projektu P1) oraz charakterystyka rozwoju platform i aplikacji e-zdrowia i m-zdrowia w czasie pandemii Covid-19.

W przypadku do rozdziału 3 mam kilka uwag szczegółowych. Po pierwsze, geneza polityki zdrowotnej w naszym kraju od II RP wydaje się mało istotna w kontekście całości rozważań w pracy. W to miejsce warto byłoby dużo bardziej szczegółowo odnieść się do planów, strategii informatyzacji, wdrażania e-usług w administracji itp. Po drugie, na s. 93 i ponownie s. 95-96 Autor dwukrotnie podaje zadania NFZ. Po trzecie, Doktorant opisuje, wylicza fakty, zadania poszczególnych podmiotów ochrony zdrowia, natomiast brakuje ocen. Podobnie charakteryzuje zadania gminy, powiatu, województwa bez żadnego swojego/innych autorów komentarza/opinii, czy te zadania są wystarczające? Jest ich za dużo, za mało? Co należałoby/Co Autor sugeruje zmienić w zakresie organizacji, podziału zadań w publicznym systemie ochrony zdrowia w Polsce? W kolejnej części Doktorant odnotowuje zakres gwarantowanych świadczeń zdrowotnych czy praw pacjenta, natomiast w żaden sposób do tego się nie odnosi/nie komentuje. Jestem ciekawa ocen Autora. Jest przecież specjalistą od systemu ochrony zdrowia w Polsce (w tym e-government) i ma wyrobioną opinię.

Rozdział 4 to szczegółowy opis sposobu wdrażania i działania platform e-zdrowia w publicznej ochronie zdrowia w Polsce. Analizowane systemy cyfrowe to: Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP), Internetowe Konto Pacjenta (IKP), Informator o Terminach Leczenia (IoT), e-recepta, e-skierowanie, Elektroniczne Zwolnienie Lekarskie (e-ZLA), Rejestr Usług Medycznych (RUM), Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) oraz aplikacje: Kwarantanna Domowa, Skaner Certyfikatów Covid, mojeIKP, Pulsocare, mObywatel. Doktorant odnosi się też do problemów użytkowników, np. sfinalizowanie rejestracji w systemie ZIP w latach 2013-2017 wymagało dyspozycyjności i konieczności wizyty w oddziale NFZ do godz. 16.00 (a raz w tygodniu do godz. 18.00), co zniechęcało świadczeniobiorców do przeprowadzenia tej procedury. Z kolei, po stronie podmiotów leczniczych problemy dotyczyły infrastruktury komputerowej, ilości sprzętu, braku drukarek itp.

Jeżeli chodzi o szczegółową uwagę do rozdziału 4, to Autor wstawił (s. 144) wykres 5. dotyczący liczby wystawionych w danym miesiącu e-skierowań (dane pozyskane z Ministerstwa Zdrowia), natomiast w żaden sposób nie komentuje i nie odnosi się do tych statystyk. Trzeba było te ciekawe dane opisać czy scharakteryzować tendencje występujące na wykresie.

Rozdział 5 ma charakter empiryczny, gdzie zaprezentowano wyniki badań dotyczących znajomości i wykorzystania systemów e-government w ochronie zdrowia w wybranych miastach i powiatach woj. zachodniopomorskiego, analizę oczekiwań świadczeniodawców i świadczeniobiorców wobec e-usług w ochronie zdrowia. To najciekawszy fragment pracy.

W odniesieniu do rozdziału 5 mam uwagi szczegółowe/rekomendacje. Po pierwsze, Doktorant na mapie (rysunek 16) zaznaczył obszar badań obejmujący miasto Koszalin, natomiast miasto to nie było przedmiotem analiz prezentowanych w pracy. Po drugie, zaskakuje dobry wynik powiatu goleniowskiego. Jak sama Autor założył miasto wojewódzkie Szczecin (i jego mieszkańcy) powinni najlepiej wypaść w przeprowadzonym badaniu. Tymczasem stało się inaczej. Wśród mieszkańców badanych powiatów i miast, powiat goleniowski osiągnął najlepsze wyniki m.in. w kategorii wykorzystania aplikacji mobilnych z zakresu ochrony zdrowia (e-recepta, mojeIKP, mObywatel) – ciekawi mnie dlaczego? Z czego to wynika? Na czym polega specyfika powiatu goleniowskiego, że osiągnął bardzo dobre albo dobre wyniki w badaniach porównawczych w stosunku do pozostałych JST? Dlatego przydałyby się zestawienia w tabelach/na wykresach cech społeczno-gospodarczych badanych miast i powiatów z woj. zachodniopomorskiego, np. przedział wiekowy mieszkańców, poziom wykształcenia, poziom bezrobocia, dostęp do internetu, sprzętu komputerowego, smartfonów itp. Dalsze badania, w tym analizy ilościowe dałyby odpowiedź na nasuwające się pytanie o występujące różnice między powiatem goleniowskim a pozostałymi JST. Zwłaszcza, że Autor podejmuje próbę takiej analizy pisząc (s. 216) "Respondenci mogą być sceptyczni lub nieufni wobec technologii, zwłaszcza w kontekście ochrony danych osobowych i prywatności. (...) W Polsce istnieje nierówność w dostępie do technologii, zwłaszcza wśród starszych osób mieszkających na wsi lub o niższym statusie społeczno-ekonomicznym". I w innym miejscu (s. 227) "Wyniki sugerują, że pandemia miała zróżnicowany wpływ na rejestrację w IKP w zależności od badanego obszaru. Fakt, że różnice w wynikach występują pomiędzy powiatami i miastami badanymi może wskazywać na różnicę w kontekście lokalnym lub czynnikach specyficznych dla danego obszaru" – zestawienia porównawcze mogłyby pomóc w odpowiedzi na pytanie, jakie są te specyficzne czynniki? Ten ciekawy wątek w pracy należałoby rozbudować. Po trzecie, (s. 241) opis do tabeli 5 nie zgadza się z danymi w tab. 5. Doktorant zamienił świadczeniobiorców i świadczeniodawców. Czwarta uwaga odnosi się tytułu tab. 5 – to sformułowanie nie pozwala czytelnikowi zorientować się czego dotyczą wyniki. Tytuł powinien brzmieć – Porządne przez respondentów cechy systemu e-zdrowia w Polsce. Po piąte, Autor słabo orientuje się w słownictwie samorządowym, używa pojęcia region dla określenia miasta albo powiatu.

Zakończenie pracy warto, aby zawierało: ocenę realizacji celów, weryfikację sformułowanych hipotez, odpowiedź na pytania badawcze, prezentację ogólnych wniosków z badań oraz próbę sformułowania nowych perspektyw badawczych. Stanowi to miejsce na zwarte i syntetyczne podsumowanie zaprezentowanych analiz. W recenzowanej rozprawie zakończenie mieści się na 9 stronach. Autor odnosi się do hipotez badawczych, omawia najważniejsze wnioski wynikające z przeprowadzonych badań oraz wskazuje potencjalne kierunki badawcze. Jest to poprawnie przygotowany fragment pracy.

Dobór źródeł i literatury naukowej. Źródła są wyczerpujące pod względem ilości i różnorodności. Bibliografia zaprezentowana w pracy mgr. M. Flisa jest reprezentatywna dla omawianych kwestii. Mieści się na 10 stronach. Została prawidłowo ustrukturalizowana na kluczowe elementy. Autor wykorzystał akty prawne, opracowania w języku polskim i j. angielskim, raporty dotyczące rozwoju społeczeństwa informacyjnego, plany rozwoju e-zdrowia, dane uzyskane w trybie dostępu do informacji publicznej z: Ministerstwa Zdrowia (Departament Innowacji) i NFZ (Centrala

w Warszawie, Departament Informatyki). Materiał badawczy został wzbogacony o analizę autorskich badań empirycznych – ankietowych oraz danych GUS. Odnosnie kolejności w Bibliografii to w pkt. I. Źródła normatywne – akty prawne powinny być ułożone wg ważności i kolejności wydawania (a nie alfabetycznie), pierwsza Konstytucja, później dekrety i ustawy, ostatnie rozporządzenia. Punkt II. Inne źródła mógłby mieć nazwę – Raporty i opracowania statystyczne.

Metody badawcze. W przedstawionej do recenzji pracy zaangażowano aparat metodologiczny z dwóch dziedzin: nauk społecznych i nauk informatycznych. Doktorant zastosował: metodę instytucjonalno-prawną, analizy systemowej, ilościową (przy zastosowaniu techniki ankiety online), metodę ważenia preferencji wyboru oraz diagramy przepływu danych. Dobór metod i technik oceniam jako prawidłowy. Rozprawę wyróżnia duża ilość przeanalizowanego materiału, uzupełnionego o rysunki, schematy, tabele, wykresy, zdjęcia. Autorskie schematy, wykresy są przygotowane bardzo estetycznie, a przede wszystkim czytelnie. Wymagało to od Doktoranta umiejętności graficznych (obsługi programów graficznych). To niewątpliwy atut pracy. Jedna uwaga – Doktorant nie zawsze stosuje się do zasady odesłania w tekście głównym do wykresu, rysunku albo zdjęcia, np. s. 39, 41, 61, 78, 84, 123, 127, 129, 130, 134, 137, 138, 143, 155, 156, 165, 166, 168, 170.

4. Poprawność formalno-językowa

Praca pod względem stylistycznym jest przygotowana dobrym, czytelnym językiem. Autorowi udało się – na ogół – uniknąć stosowania żargonu publicystycznego, co zawsze niekorzystnie wpływa na ocenę pracy naukowej, szczególnie awansowej. Autor nie wystrzegł się jednak literówek, nielogiczności, sformułowań publicystycznych, emocjonalnych czy powtórzeń.

Literówki, m.in. s. 10 "analizuje niemniejsza rozprawa doktorska"; s. 13 "skupia się na politycy publicznej"; s. 17 "w kontekście badań na e-zdrowie"; s. 18 "jako narzędzia wspierających realizację" – powinno być wspierającego; s. 21 "użytkowanie z internetu w roku 2018"; s. 23 "znajdowała się 47 miejscu"; s. 27 "przeprowadzenie stadiów ogólnych"; s. 48. "polityka społeczna można zdefiniować"; s. 51 "Polityka zdrowotna"; s. 71 "rejestrowanie się do wizyty w urzędzie" – powinno być na wizytę; s. 79 "służby zdrowia było państwowe"; s. 80 "nierównomierne rozdział środków"; s. 110 "Analizie będzie dotyczyć"; s. 121 "dotyczące zagadanie"; s. 128 "wyszukać w interesującego go"; s. 145 "osobą uprawnionym"; s. 170 "odział kardiologiczny"; s. 173 "prostotę obsługi"; s. 189 "co mogło wpłynęło w znaczący". s. 210 "to zwiększała jej", s. 220 "Pacjenci mają dużą świadomość"; s. 220 "łączenie rozwiązać publicznych"; s. 222 "wpłynęła na na wykorzystanie"; s. 225 "preferencje pacjent także"; s. 231 "ku tym metodą, które"; s. 234 "Drugą odpowiedzią"; s. 242 "jedynym ocenione proces cyfryzacji"; s. 252 "składano szczególną uwagę". Poprawy wymagałyby też nielogiczności, np. s. 13 "dokładniejszemu przyjrzeniu się wykorzystania systemów informacyjnych"; s. 13 "rozprawa doktorska będzie składa się z pięciu rozdziałów"; s. 31 "wymiar polityki wewnętrznej jako zewnętrznej państwa"; s. 54 "jednak mają nieco różne znaczenia"; s. 56 "bardziej efektywne i efektywne wykorzystanie"; s. 58 "Pierwsze tego typu aplikacje Wykorzystanie internetu do realizacji usług"; s. 58 "umożliwienie pacjentom łatwy dostęp do informacji"; s. 63 "jest brak konieczności znajdowania się przez pacjenta"; s. 72 "umożliwiają na relaksację"; s. 157 "błędnym przekonaniu, że to prawo posiada kosztów"; s. 213 "powiat ten osiągnął najgorsze wyniki" – lepiej najniższe wyniki; s. 220 "większa liczba koncentracja placówek". Autor powinien też unikać sformułowań publicystycznych, np. s. 59 "pojęcia, które mają ze sobą wiele wspólnego, ale stanowią"; s. 67 "wynikających np. z ciężkości choroby" – lepiej "z ciężkiego przebiegu choroby"; s. 119 "miał gwałtowny przyrost w ciągu pół roku"; s. 120 "który stawał się coraz bardziej opóźniony" – lepiej "którego wdrażanie opóźniało się"; s. 167 "zachwała on"; s. 213 "osiągnął najgorsze wyniki" – lepiej "najniższe wyniki".

Z pracy o naukowym charakterze należy wyeliminować słowa emocjonalne: "niezwykle" s. 17, 81; "nawet" s. 46, 102, 148, 153, 248; "niewątpliwie" s. 68; "niestety" s. 63, 81, 107, 108, 112. Występują też powtórzenia: s. 6 "pojęcie cyfryzacja jest nowym pojęciem w polityce, wcześniej używano takich

pojęć...", s. 21 "mogą być wykorzystywane do doskonalenia implementacji i wykorzystania systemów"; s. 50 "niezamierzony wpływ na stan zdrowia społeczeństwa. Te działania mogą przybierać różne formy, ponieważ czynniki wpływające"; s. 58 "udostępnianie pacjentom i lekarzom dostępnych i aktualnych"; s. 70 "ponieważ umożliwiają szybsze reagowanie na problemy zdrowotne i umożliwiają"; s. 71 "zapewnienie bezpieczeństwa i prywatności danych, a także zapewnienie"; s. 81 "tworzenia nowego ustroju było przyjęcie nowej"; s. 82 "miał się opierać na równym dostępie do doświadczeń, opartym na"; s. 110 "dla wszystkich chętnych użytkowników, jednak nie zawierał on w sobie wszystkich w pełni"; s. 125 "Posty dotyczą wskazówek jak korzystać z IKP, informacji dotyczących korzyści"; s. 139 "Napotkał wiele wyzwań. NFZ podjął wiele działań"; s. 201 "co czyni go o czyni go".

Moją wątpliwość budzi kwestia przywoływania definicji i ich autorów: (s. 38) Autor w tekście odwołuje się do T. Parsonsa, natomiast przypis jest do S. Grycner. Prawdopodobnie jest to cytat za S. Grycner i taką informację trzeba było wstawić w przypisie. Podobna sytuacja jest na s. 42, w tekście jest J.P. Frank, a w przypisie odwołanie do pracy J. Leowskiego. Wystarczyło wstawić Za: J. Leowski. Identyczna sytuacja na s. 50.

Nie zgadza się numeracja rysunków, zdjęć, schematów. Autor podaje (s. 51) w tekście nr 3, a poniżej jest rysunek nr 7. Jest odwołanie w tekście do schematu 4, a poniżej jest schemat 3. Podobnie na s. 159 jest odesłanie w tekście do rysunku 36 natomiast obok są zdjęcia 28-29; czy (s. 179) zdjęcie 46, a poniżej w tekście odesłanie do rysunku 69.

Zwracam też uwagę, że nie należy podrozdziału zaczynać od wstawionego zdjęcia (s. 160), trzeba jednym/dwoma zdaniem wprowadzić w problematykę, czego dany fragment pracy będzie dotyczył/charakteryzował. Podobnie (s. 217) podrozdział 5.2.3. zaczyna się od wykresu. Identycznie dalej (s. 224) podrozdział rozpoczyna się od wykresu. Trzeba wstawić przynajmniej jedno zdanie wprowadzające do przedstawianych później treści.

Doktorant zapomina o zasadzie, że ustawa/Konstytucja nie może nic określać/zezwalać, gdyż nie jest podmiotem (podmiotem jest ustawodawca). Konieczne jest zastąpienie sformułowaniem "Zgodnie z ustawą..." albo "W myśl/W świetle przepisów ustawy...", czy "Wraz z przyjętym dekretem..." w miejscach: s. 77 "Dekret umożliwił"; s. 81 "Ustawa ta wprowadzała"; s. 82 "Ustawa ta zmieniła"; s. 85 "Konstytucja nakazuje stworzenie"; s. 86 "Ustawa ta zezwala"; s. 102, 104 "Ustawa określa".

5. Ocena końcowa poziomu pracy

Przedłożona do recenzji rozprawa prezentuje istotną wartość naukową i poznawczą. Podsumowując oceny: zasadność problematyki badawczej, poprawność merytoryczną i metodologiczną, dobór źródeł, metod badawczych, poprawność formalno-językową, stwierdzam że rozprawa doktorska mgr. Marcina Flisa spełnia wymagania stawiane tego typu dysertacjom (art. 13 ust. 1 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2017, poz. 1789 ze zm.) w związku z art. 179 ust. 1, 2 i 3 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018, poz. 1669) i w związku z tym może być dopuszczona do dalszego etapu postępowania w przewodzie doktorskim. Praca niewątpliwie wyznacza nowe standardy w badaniach nad tytułowym zagadnieniem i stanowi ważny głos w dyskusji dotyczącej cyfryzacji i oceny skutków zastosowania narzędzi e-administracji w zakresie ochrony zdrowia w naszym kraju. Opowiadam się za przyjęciem rozprawy doktorskiej i dopuszczeniem mgr. Marcina Flisa do publicznej obrony. Sugeruję również publikację pracy, po wyeliminowaniu wyliczonych mankamentów.

Krzysztof Łuc - Krajczuk