WPiA

UKSW

Warszawa, 5 września 2023 r,

Dr hab. Sebastian Sikorski, prof. UKSW
Uniwersytet Kardynała Stefana 'Wyszyńskiego w Warszawie
Wydział Prawa i Administracji, Instytut Nauk Prawnych
Katedra Prawa Administracyjnego i Samorządu Terytorialnego
ul. Wóycickiego 1/3, bud. 17, s.1737, 01-938 Warszawa
s.sikorski@uksw.edu.pl https:i/wpia.uksw.edu.pl

Recenzja pracy doktorskiej magister Katarzyna Badora•Musial pt. „*Ocena pilotażu programu POZ PLUS w kontekście krzyżowania Się kompetencji członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej*".

Promotor: dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, prof. UJ
Promotor pomocniczy: dr hab. Alicja Domagała

Ocena jest realizowana w związku z dyspozycją zawartą w piśmie Przewodniczącego Rady Naukowej Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Pana Dr hab. Marcina Waligóry Prof. UJ oraz w uchwale Rady Naukowej Dyscypliny Nauki o Zdrowiu UJ, informującej o wyborze mojej osoby na recenzenta w postepowaniu o nadanie stopnia doktora - w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu - Pani mgr Katarzynie Badorze-Musiał. Jednostką organizacyjną przeprowadzającą postępowanie awansowe jest Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum,

Szczegółowo opinia została przedstawiona biorąc pod uwagę następujące kryteria:

1) wybór tematu pracy,
2) przyjęte założenia badawcze oraz cel rozprawy,
3) struktura wraz z oceną spełnienia wymogów formalnych (w tym poprawności formalno-językowej
4) dobór źródeł i literatury naukowej,
5) zawartość merytoryczna pracy i jej wartość naukowa,
6) końcowa konkluzja.

1. Wybór tematu

Tematykę pracy mgr Katarzyny Badory-Musiał należy uznać za bardzo istotną dla ochrony zdrowia w Polsce w ujęciu systemowym, która ukazuje ocenę zakończonego w 2021 r. pilotażu programu POZ PLUS poprzedzającego wdrożenie w Polsce opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Autorka dokonuje analizy pilotażu w bardzo interesującym ujęciu, a mianowicie krzyżowania się kompetencji członków zespołu realizującego ten rodzaj opieki.

Należy podkreślić, że podstawowa opieka zdrowotna warunkuje dostępność większości świadczeń profilaktycznych,, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz pielęgnacyjnych. Ten poziom opieki zdrowotnej jest uznawany za jeden z fundamentów całego systemu ochrony zdrowia, stanowiąc jego integralną i centralną część. Podstawowa opieka zdrowotna odgrywa niezwykle istotną rolę stanowiąc — co do zasady — „*punkt wejścia pacjenta do całego systemu opieki zdrowotnej*", W swoim założeniu ma ona zapewnić kompleksową ocenę 1%' potrzeb pacjenta w cyklu życia, zwiększając rolę profilaktyki i edukacji zdrowotnej, co w rezultacie ma zapewnić realizację holistycznej opieki. Centralną kategorią, wokół której ustawodawca określił zasady udzielania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, jest opieka koordynowana, której wdrożenie należy do jednej z największych zmian systemowych. Warto podkreślić, że jest to proces wciąż nie zakończony. Dlatego tak istotna jest ocena założeń realizacji tej opieki na tle wyników pilotażu programu POZ PLUS. W ustawie dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U.2022.2527 tj. z dnia 2022.12.07, dalej ustawodawca definiując opiekę koordynowaną, posłużył się dwoma pojęciami, a mianowicie opieki koordynowanej i opieki zintegrowanej. Oznacza to, że w naszym systemie koordynacja funkcjonuje w dwóch ujęciach, a mianowicie jako koordynacja pozioma oraz koordynacja pionowa, stanowiąc tym samym — podobnie jak w wielu innych krajach - rozwiązanie hybrydowe. Tak rozumiana opieka koordynowana w ramach przywołanego pilotażu programu POZ PLUS realizowana była przez zespół osób o określonych kompetencjach, W ujęciu koordynacji poziomej jest to zespół POZ na który Składa się lekarz, pielęgniarka i położna. Ponadto powoływany jest - na poziomie podmiotu wykonującego działalność lecznicą - koordynator, W ujęciu pionowym zaś jest to współpraca z całym gronem specjalistów współpracujących w ramach kompleksowej oceny nad pacjentem.

Autorka pracy postanowiła w bardzo interesujący sposób przeanalizować działanie opieki koordynowanej, testowanej w ramach pilotażu programu POZ PLUS przez pryzmat krzyżowania się kompetencji osób realizujących opiekę zdrowotną nad pacjentem.

Mając powyższe na względzie należy uznać, że bardzo trafnie został wybrany zaproponowany temat pracy i jest on niezwykle aktualny. Zwłaszcza wobec faktu, że opieka koordynowana — na podstawie przynajmniej częściowych wniosków z programu pilotażu POZ PLUS — wciąż jest wdrażana w naszym systemie ochrony zdrowia.

2. Założenia badawcze, cel rozprawy, tytuł

Autorka we wprowadzeniu (s. 11-12) wskazała na ewolucję podstawowej opieki zdrowotnej na przestrzeni ostatniego wieku — „*z odpowiedzialności za podstawowe zadania najniższego poziomu w serce zintegrowanego, skoncentrowanego na ludziach systemu opieki (Bitton i in. 2017)*". Przyjmując, że zmiany te: „*korelują z potrzebami, bowiem oczekiwania pacjentów co do usług zdrowotnych są wysokie Stale rosną społeczeństwa i wymagają częstszych i bardziej złomnych interwencji medycznych*". Na tym tle podkreśliła, że dotychczasowe (tradycyjne) modele udzielania świadczeń są nie wystarczające, aby w odpowiedni sposób reagować wychodząc naprzeciw potrzebom zdrowotnym społeczeństwa, stąd „*rozwój wielodyscyplinarnej opieki dostosowanej do konkretnych potrzeb Zdrowotnych i społecznych*". Autorka trafnie zauważa, że świadczeniodawcy powinni być częściej inicjatorami opieki, co w konsekwencji przełożyć się powinno także na profilaktykę zdrowotną, edukację czy wsparcie psychospołeczne. Wymaga to właśnie „*zarówno nowych umiejętności zawodowych, jak i nowych kompetencji, które obejmują współpracę i komunikację Świadczeniodawcami, cyfrowe know-how w zakresie zdrowia. koordynacje i przechodzenie poziomami opieki oraz rozwijan*ie *samoopieki i niezależnego podejmowania decyzji przez pacjentów (Winkelmann i in. 2022)*". Na tle doświadczeń międzynarodowych — ten element będzie jeszcze podkreślany 'w dalszej części recenzji — autorka pracy zauważa, że aby „*sprostać wyzwaniom podstawowej opieki zdrowotnej w XXI wieku, kluczowe jest przeniesienie zadań z lekarzy na innych pracowników*". W tym miejscu pojawia się więc „praca zespołowa", a nie „delegacja" zadań.

Na tle programu pilotażowego POZ PLUS podkreślony został jego populacyjny charakter w przeciwieństwie do realizowanych w ostatnich latach inicjatyw opieki koordynowanej, ale dedykowanej pacjentom określonymi schorzeniami. Celem tego programu w ocenie autorki

„*było zaspokajanie potrzeb zdrowotnych pacjentów i świadczenie opieki zdrowotnej zarówno w chorobie, jak i w zdrowiu, w odróżnieniu od sporadycznych interwencji medycznych podejmowanych w reakcji na wystąpienie sianu zaostrzenia choroby co wzmacniałoby wciąż zaniedbywaną w Polsce profilaktykę*".

W założeniu programu pilotażowego POZ PLUS będącego punktem wyjścia do wykonanej w ramach pracy analizy było wskazanie podstawowej opieki zdrowotnej jako „głównego punktu kontaktu i opieki" realizowanego przez zespól POZ. Kluczowym punktem tego programu była właśnie koordynacja opieki, tak „*aby zwiększyć zarówno dostęp do usług. jak i zadowolenie pacjentów, poprawić wyniki zdrowotne ora: jakość opieki, dzięki zachowaniu jej ciągłości* ". Autorka też podkreśla poszerzenie zakresu świadczeń o bilanse zdrowotne, badania kontrolne, edukacja, porady dietetyczne oraz programy zarządzania chorobami, ale też dostęp właśnie do wybranych specjalistów, Z tego zaś punktu widzenia tak ważne jest położenie nacisku na „*budowanie potencjału personelu medycznego w kierunku zwiększonego zakresu kompetencji, a także rozszerzenie podstawowego zespołu POZ (składającego się z lekarza. pielęgniarki i położnej) o koordynatora opieki (Kozieł i in 2023)".* Niezwykle ważne w tej pracy jest podkreślenie roli nie tylko pracowników medycznych, ale również administracyjnych i powiązanie ochrony zdrowia z elementarni opieki socjalnej. Koordynacja realizowana przez członków zespołu w ramach POZ PLUS polegała na zarządzaniu ścieżką opieki nad pacjentem uczestniczącym w tym programie przez wsparcie w procesie diagnostyki i leczenia w szczególności pacjentów z chorobami przewlekłymi, Ponadto zapewnienie komunikacji pomiędzy personelem na różnych poziomach opieki, Jak podkreśla autorka pracy „*te nowe rozwiązania stały się przedmiotem analizy niniejszej rozprawy*", czyli jej głównym celem. W tym miejscu rozprawy zabrakło jednak wyraźnego podkreślenia hipotezy pracy. Jednak elementy te wraz ze szczegółowymi pytaniami odnaleźć można w rozdziale V Badanie (s. 172-205). Autorka wskazała tam, że „Celem badania była ocena funkcjonowania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce na przykładzie programu pilotażowego POZ PLUS z uwzględnieniem rozszerzenia zespołu POZ o funkcję koordynatora". Ponadto sformułowała następujące pytania badawcze pomocne w realizacji założonego celu:

1. Jakie wykształcenie i doświadczenie zawodowe miały osoby pełniące funkcję koordynatora w placówkach realizujących pilotaż POZ PLUS?
2. Za jakie zadania odpowiedzialny był koordynator podczas trwania pilotażu POZ PLUS i w jakim stopniu odciążał innych członków zespOh1 POZ?

3. Jakie kompetencje nachodziły na siebie w ramach Zespołu POZ realizującego pilotaż POZ PLUS?
4. Czy istniała różnica w odpowiedzialności za wskazane w badaniu zadania w zależności od wielkości placówki POZ (uwzględniając podział zaproponowany dla POZ PLUS: małe, średnie, duże)?
5. Jak zmieniła się odpowiedzialność lekarza i pielęgniarki za wskazane w badaniu zadania w trakcie trwania pilotażu POZ PLUS w porównaniu z czasem przed pilotażem?
6. Jakie korzyści dla placówki, personelu i pacjentów przyniosła realizacja pilotażu POZ PLUS?
7. Jakie główne bariery i problemy towarzyszyły wdrażaniu pilotażu POZ PLUS?"

Właśnie ten element badawczy pracy trzeba w sposób szczególny podkreślić i docenić mając na uwadze relatywnie niewielką ilość podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które zgłosiły się do programu pilotażowego POZ PLUS. W konsekwencji należy uznać, że prawidłowo został ujęty też sam temat pracy.

Reasumując, zastosowana w pracy metodyka jest zróżnicowana, obejmuje zarówno badania przeglądowe literaturowe i ich analitţ, jak i badania empiryczne, Wysoki jest stopnień trudności prowadzonych badań i analiz, co potwierdza wysoki warsztat naukowy autorki.

3. Struktura i spełnienie wymogów formalnych w tym poprawność formalno-językowa

Recenzowana praca została przygotowana w zgodnie z wymogami formalnymi stawianymi dysertacji na stopień doktora nauk o zdrowiu. Dysertacja cna charakter praktyczno-empiryczno-teoretyczny. Tej logice (tj. przenikanie się wołków praktycznych i empirycznych oraz teoretycznych) przyporządkowany został podział treści na pięć kluczowych części, składających się z: wprowadzenia, pojęciowej i teoretycznej ramy analizy, metodologii badania. analizy przypadków, omówienia rezultatów badania i wniosków.

Praca doktorska „*Ocena pilotażu programu POZ PIUS w kontekście krzyżowania się kompetencji członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej*" jest zredagowana bardzo starannie. W pracy poprawnie opisane tabele i wykresy. Język i styl rozprawy nie budzą zastrzeżeń. Autorka w sposób klarowny przedstawiła swoje i cudze myśli. Język pracy jest zrozumiały, oparty na prawidłowym wykorzystaniu terminologii, Edycyjne praca jest

przygotowana bardzo starannie. Podkreślenia też wymaga wyjątkowa dbałość o precyzję i formę wykorzystywanego w opisie języka polskiego.

Reasumując należy stwierdzić, że struktura rozprawy jest logiczna, oparta na doborze i sekwencji prezentowanych w niej treści, we właściwy też sposób podporządkowana jej tytułowi, a także przyjętym założeniom badawczym. Dlatego strukturę pracy oceniam jednoznacznie pozytywnie.

4. **Dobór źródeł i literatury naukowej**

Autorka wykazała wykorzystanie bogatej i przekrojowej literatury przedmiotu. Jest to zarówno literatura polskojęzyczna jak i anglojęzyczna- Znajdują się na tej liście pozycje klasyczne dla tematyki prac jak i współczesne. Wśród wykazanych prac znajdują się książki, artykuły naukowe, akty prawne; źródła internetowe itp. Przedstawione w bibliografii prace zostały dobrane właściwie, z należytą starannością, również z uwzględnieniem pozycji wskazującej na interdyscyplinarne elementy pracy, Jedyną uwagą jest tylko w nieco ograniczonym zakresie ujęta literatura z obszaru nauk prawnych (np. Eleonora Zielińska, Dorota Karkowska, Bogusław Sygit, Anna Mokrzycka,), Nie jest to jednak zarzut biorąc pod uwagę okoliczność, że nie jest to praca w dyscyplinie nauk prawnych.

5. **Zawartość merytoryczna pracy i wartość naukowa pracy**

Tematyka pracy wpisuje się w bardzo aktualne zagadnienie jakim jest opieka koordynowana, która w Polsce znajduje się wciąż na etapie wdrożenia i poszerzenia jej zakresu. Punkt wyjścia dla rozprawy stanowi przedstawienie podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce z uwzględnieniem zarysu historycznego, co w tego typu pracach jest szczególnie istotne ze względu na konieczność wskazania ewolucji i przyczyn wdrożenia oraz funkcjonowania określonych rozwiązań. Autorka trafnie wskazuje na znaczenie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, dzięki której droga do koordynacji opieki na poziomie POZ formalnie stała się możliwa. W kontekście monitorowania jakości udzielanych świadczeń zauważa, że:

0) WPiA W"'ST"ANŔ zł Prawa wyszyŔ5KIEC0I

„*Świadczeniodawcy zostali zobowiązani do monitorowania jakości udzielanych świadczeń z zakresu podstawowej opieki Zdrowotnej, w rym dostępności, kompleksowości i ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, zarządzania i organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej*

ora: uzyskania efektu zdrowotnego (art. 23 u.p.o.z.) Wprowadzono fakultatywne upoważnienia do wydania rozporządzenia, określającego kryteria monitorowania jakości świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej" (s.32-33). Brakuje tutaj jednak stwierdzenia, że w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej marginalnie wręcz potraktowano zagadnienie jakości podobnie jak finansowania świadczeń udzielanych na tym poziomie systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Autorka pracy trafnie zwraca uwagę na kwestie braków kadry medycznej. Jak wskazuje: "*W 2020 roku na 100 rys, ludności przypadało 28,7 lekarzy ze specjalizacją medycyna rodzinna, natomiast wskaźnik rekomendowanej prze: konsultantów krajowych liczby lekarzy z tą specjalizacją wynosi 44,3, co oznacza brak 15,6 lekarza na 100 tys. ludności*" (s. 46). Ponadto: „*W 2020 roku lekarzy ze specjalnością w dziedzinie pediatrii było 14 029, Do 2025 roku 2 950 lekarzy osiągnie wiek emerytalny. w trakcie szkolenia specjalizacyjnego jest 2 173 lekarzy, co oznacza, że 777 lekarzy nie zostanie zastąpionych. Deficyty kadrowe są widoczne także w przypadku pielęgniarek i położnych. a będą się powiększać. patrząc na zmianę procentową odnoszącą się do liczby kadry pracującej 2025 w stosunku do 2019 roku oraz stosunek liczby kadry wchodzącej na rynek pracy do liczby kadry osiągającej wiek emerytalny w 2025 roku.*" (s. 48).

W pracy podkreślony został bardzo interesujący aspekt, iż w podstawowej opiece zdrowotnej: „*Dominują podmioty mniejsze — połowie przypadków na 1 podmiot przypada 3,32 tys. pacjentów. Porównywalna jest liczba podmiotów najmniejszych (do 1000 pacjentów) do największych (powyżej l0 000) — Stanowią one po około 8,5% wszystkich podmiotów*" (s.34). Taka struktura ma bowiem znaczenie dla kluczowej kwestii tej pracy, a mianowicie zakresu wdrożenia opieki koordynowanej realizowanej przez zespół osób o określonych kwalifikacjach obejmujących zarówno osoby wykonujące zawody medyczne jak i pozamedyczne.

W rozdziale drugim zawarte zostały rozważania dotyczące kompetencji kadr medycznych i około medycznych. Punktem wyjścia jest tutaj zdefiniowanie zawodów, wskazanie kluczowych kompetencji oraz ich krzyżowania się (skill mix) podkreślając przy tym rozwój koncepcji "'prowadzania nowych zawodów do systemu ochrony zdrowia oraz wsparcia technologicznego w postaci urządzeń i systemów teleinformatycznych pomocnych w opiece i samoopiece. Autorka trafnie wskazuje, że proces ten przekłada się na optymalne wykorzystanie kadr, co jest ważne w obliczu niedoboru personelu oraz starzejących się społeczeństw, co z kolei generuje wzrastające potrzeby zdrowotne.

Bardzo ważnym elementem tego rozdziału jest niezwykle interesująca zawierająca opis i porównanie międzynarodowych doświadczeń krzyżowania się kompetencji w podstawowej opiece zdrowotnej. Przywołany tutaj przykład krajów, „*które wykorzystały z powodzeniem potencjał tego zjawiska (Słany Zjednoczone. Kanadę Australię, Wielką Brytanię. Holandię)*".Aspekt międzynarodowy widoczny i godny podkreślenia jest również w rozdziale trzecim, który został poświęcony koordynowanej opiece zdrowotnej. Rozpoczyna się od wskazania problemu dotyczącego zdefiniowania koordynacji/integracji opieki, co zasadniczo związane jest z brakiem wspólnej terminologii i różnorodnością podejść do tego zjawiska- Koordynacja może odnosić się bowiem do perspektywy indywidualnej lub być ukierunkowana na populacje czy też wybraną grupę, może mieć różny stopień intensywności, przebiegać na różnych poziomach opieki. a także dotyczyć zarówno metod, które mogą być stosowane do organizowania, finansowania i świadczenia usług zdrowotnych, jak i powiązanych ze sobą celów, lepszych wyników, doświadczeń i wykorzystania zasobów. Opisane zostały również pojęcia, które ściśle łączą się z koordynacją, takie jak współpraca miedzy zawodowa, praca zespołowa, ciągłość opieki, zarządzanie chorobami, zarządzenie przypadkami, zarządzanie opieką, model opieki nad pacjentem przewlekle chorym czy nawigacja opieki/pacjenta.

W rozdziale czwartym autorka analizuje program POZ PLUS realizowany w formie pilotażu w wybranych podmiotach udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Przedstawiono uzasadnienie i cele wprowadzenia tego programu, W dalszej części wskazane zostały zasady finansowania lego programu oraz dane jego realizacji.

Rozdział kończy przedstawieniem efektów programu pilotażowego POZ PLUS, do których jak wskazuje sama autorka pracy; „*zaliczyć można zmiany prawne wprowadzające opiekę koordynowaną do podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce*". Jedynie do tej części pracy należy zgłosić pewne zastrzeżenie. Mianowicie autorka pracy nie odniosła się do samego sposobu wdrożenia opieki koordynowanej w Polsce, w tym wniosków z realizacji programu pilotażowego POZ PLUS. Należy bowiem przypomnieć, że zasady realizacji pilotażu POZ PLUS zostały sprecyzowane w zarządzeniu nr 23/2018/DAiS Prezesa NFZ z 16.03.2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece „zdrowotnej „POZ PLUS", którego celem było przetestowanie nowego modelu opieki koordynowanej nad pacjentami POZ. Do tego pilotażu zostały wydane także kolejne zarządzenia Prezesa NFZ, w tym zarządzenie nr 124/2020/DAil z 10.08.2020 r. zmieniające zarządzenie sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS", które w § 1 wprowadziło zmianę dotyczącą okresu zawierania umów; tj. na okres do 30.09.2021 r.

Mając na uwadze wskazane terminy w życie art. 14 ust. 2 u.p.o.z. i art. 159 ust- 2b z dnia 27 sierpnia 2004 r: o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2022.2561 t.j. z dnia 2022.12.09) oraz cel pilotażu — którym przypomnijmy - było ”*przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej*". Należy przyjąć, że sam Pilotaż został zbyt późno wprowadzony, a wnioski "wynikające z jego przeprowadzenia mogły być co najwyżej częściowo wykorzystane na etapie rozpoczęcia wdrożenia opieki koordynowanej.

Zastrzeżenia budzi sama data wydania zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 160/2021/DSOZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie Świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (NFZ poz. 160) tj. 30.09.2021 r., a więc w przeddzień wejścia w życie przywołanych przepisów. (S, Sikorski, Opieka koordynowana w POZ – zadania śwadczeniodawców LEX/el. 2021).

W rozdziale piątym autorka odnosi się do przeprowdzonych - na potrzeby pracy — badań. Należy ten element pracy ocenić bardzo pozytywnie biorąc pod uwagę sformułowanie pytań do podmiotów, które przystąpiły do programu pilotażowego POZ PLUS. Jest to tym bardziej uzasadnione ponieważ ilość tych podmiotów była niewielka.

Ostatnia część pracy została poświęcona dyskusji na temat zjawiska krzyżowania się kompetencji przez pracowników ochrony zdrowia. W części tej porównano także wyniki badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy z oceną Banku Światowego na temat pilotażu POZ PLUS.

Szczególnego podkreślenia wymagają sformułowane wnioski pracy. Za bardzo trafne należy uznać zastrzeżenia autorki podkreślające konsekwencje — dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce — wynikające z uwarunkowań demograficznych tj. starzejącego się społeczeństwa, a w konsekwencji zjawiska wielochorobowości i chorób przewlekłych, co powoduje z kolei rosnące potrzeby zdrowotne pacjentów. Stąd też rola podstawowej opieki zdrowotnej w której pacjentom zapewnienia się „*interwencje profilaktyczne, regularną ocenę stanu zdrowia, edukację, wsparcie psychospołeczne i poradnictwo*". Ponadto we wnioskach podkreślone zostały niedobory personelu medycznego, które mogą być — chociaż w pewnej części — „*rekompensowane przez wprowadzanie nowych zawodów do systemu ochrony zdrowia i krzyżowanie się kompetencji między pracownikami”*.

6. Konkluzja końcowa

W opinii recenzenta praca doktorska pt. „Ocena pilotażu programu POZ PLUS w kontekście krzyżowania się kompetencji członków zespołu podstawowej opieki zdrowotnej" reprezentuje bardzo wysoki poziom merytoryczny w zakresie istotnego dla polityki zdrowotnej tematu wdrożenia do polskiego systemu ochrony zdrowia, opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Podjęty przez Panią mgr Katarzynę Badorę-Musiał temat jest bardzo aktualny, ale i trudny, względu na interdyscyplinarny i wielowątkowy charakter, który podlega także dynamicznym zmianom zarówno systemowym jak i badawczym.

Autorka wykazała się umiejętnością dostrzeżenia tego co istotne punktu widzenia przydatności dla teorii nauk o zdrowiu. Pracę należy również docenić, istotny element badawczy, co w praktyce było z pewnością trudne ze względu na niewielką ilość podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które przystąpiły do programu pilotażowego POZ PLUS.

W mojej opinii przedłożona mi rozprawa doktorska w pełni spełnia warunki przepisu przepisie art. 187 ust. 1 i 2 z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (DŁU.2023.742 t.j. z dnia 2023.04.20) zgodnie z którym, rozprawa doktorska ma zaprezentować „*ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w dyscyplinie albo dyscyplinach oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej...*" a jej przedmiotem ma być „*oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, oryginalne rozwiązanie w zakresie zastosowania wyników własnych badań naukowych w sferze gospodarczej lub społecznej...*„.

Z tych powodów <u>wnioskuję z pełnym przekonaniem o dopuszczenie autorki do dalszych faz przewodu doktorskiego.</u>

dr hab. Sebastian Sikorski, prof. ucz.