

Bytom, 24.08.2023r.

dr hab. n. o zdrowiu Tomasz Holecki, prof. SUM
Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia
Wydział Zdrowia Publicznego w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Recenzja pracy doktorskiej magister Katarzyny Badory-Musiał
pt. „Ocena pilotażu programu POZ PLUS w kontekście krzyżowania się kompetencji członków
zespołu podstawowej opieki zdrowotnej” .
przedstawionej w formie monografii na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o
zdrowiu (dyscyplina nauki o zdrowiu)

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

Promotor pomocniczy: dr hab. Alicja Domagała

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Ocena sporządzona została zgodnie z wymogami ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. z 2017r. poz. 1789). W swojej strukturze recenzja zawiera następując elementy:

1. Wybór tematu;
2. Założenia badawcze, cel rozprawy, tytuł;
3. Strukturę i spełnienie wymogów formalnych w tym poprawność formalno-językową;
4. Dobór źródeł i literatury naukowej;
5. Zawartość merytoryczną i ocenę naukową pracy wraz z polemiką;
6. Konkluzję końcową.

Ad 1. Wybór tematu

Temat poruszony przez Doktorantkę jest niezwykle aktualny nie tylko dlatego, że Podstawowa Opieka Zdrowotna podlega stałym modyfikacjom systemowym, ale również dlatego, że zakończył się program pilotażowy POZ Plus, którego podsumowanie stanowi kluczowy element badawczy rozprawy. Tym samym zagadnienia są wartościowe i ciekawe poznawczo dla całego środowiska związanego z ochroną zdrowia w Polsce.

Ad 2. Założenia badawcze, cel rozprawy, tytuł

Jak napisała sama Autorka: „Badanie miało dać odpowiedź na siedem pytań, dzięki którym możliwa będzie ocena funkcjonowania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce na przykładzie programu pilotażowego POZ PLUS z uwzględnieniem rozszerzenia zespołu POZ o funkcję koordynatora”. Postawione pytania brzmiały:

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 zespołu 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?

Osiągnięciu założonego celu miało służyć zbadanie poprzez kwestionariusz ankiety osób, które podjęły się pełnienia funkcji koordynatora w programie POZ Plus, w oparciu o następujące bloki tematyczne:

1. Utrzymywanie kontaktu z pacjentem i jego rodziną podczas procesu leczenia i udzielanie informacji na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.
2. Ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej, w tym profilaktyki i leczenia.
3. Koordynacja obiegu dokumentacji medycznej pacjentów, w tym nadzór nad jej kompletnością.
4. Komunikacja i koordynacja pracy pomiędzy członkami zespołu POZ.
5. Organizowanie współpracy z podmiotami udzielającymi świadczeń na innych poziomach opieki zdrowotnej (AOS, LSZ), dyrektorami szkół oraz innych placówek oświatowych, organami administracji publicznej oraz przedstawicielami innych organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.
6. Analiza i udział w doborze populacji pacjentów objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych, w tym osób kwalifikujących się do programów profilaktycznych.

7. Monitorowanie realizacji indywidualnych planów opieki (badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne).
8. Monitorowanie i raportowanie wskaźników dotyczących populacji objętej programami profilaktycznymi oraz innych wskaźników, takich jak m.in. chorobowość i zapadalność, a także korzystanie ze świadczeń w ramach opieki koordynowanej w POZ.
9. Edukacja pacjenta.

Celem badania i rdzeniem naukowym rozprawy 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. W mojej ocenie przeprowadzone badanie realizowane zostało we właściwy sposób i umożliwia udzielenie poprawnych odpowiedzi na w/w pytania. Niemniej jednak, zwykle w pracach doktorskich stosuje się metodę opartą o postawienie hipotezy lub hipotez badawczych, a następnie ich potwierdzenie lub odrzucenie. W moim odczuciu, jako czytelnika, zabrakło tej specyficznej naukowej klamry, a samo szukanie i zdobywanie odpowiedzi na pytania nie stanowiłoby w tej mierze żadnej przeszkody.

Ad 3. Struktura i spełnienie wymogów formalnych w tym poprawność formalnojęzykowa

Recenzowana praca została przygotowana w zgodzie z wymogami formalnymi przewidzianymi dla dysertacji na stopień doktora nauk w dyscyplinie nauk o zdrowiu w formie monografii. Zarówno treści opisowe, metodyczne, spis literatury, jak i pozostałe załączniki przedstawione zostały przez Autorkę bardzo czytelnie, a prezentowane treści poprawnie wprowadziły czytelnika w zamysł badania i treść opracowań.

Pragnę podkreślić, że cztery obszary części opisowej zostały zaprezentowane bardzo profesjonalnie, dogłębnie i na najwyższym akademickim poziomie. Pierwszy rozdział pracy został poświęcony podstawowej opiece zdrowotnej, zaczynając od pokazania jej historycznych założeń. Drugi stanowi rozważania na temat kompetencji kadr medycznych i około medycznych. Trzeci poświęcony został koordynowanej opiece zdrowotnej, a czwarty programowi POZ PLUS, który był realizowany w latach 2018-2021 w formie pilotażu w wybranych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce

Reasumując należy stwierdzić, że logiczny układ treści, oparty na kolejności przedstawianych materiałów oraz ich selekcja, spełnia kryteria przyjęte dla tego typu opracowań.

Ad 4. Dobór źródeł i literatury naukowej

Spis bibliograficzny liczy blisko 300 aktualnych pozycji literaturowych oraz 60 aktów prawnych, które nie zostały w tekście ponumerowane. Dodatkowo opracowanie zilustrowane zostało poprzez 35 rysunków i 43 tabele wraz z przypisaną im numeracją. Oceniając dobór i liczbę pozycji pragnę zauważyć, że Doktorantka bardzo rzetelnie potraktowała każdy z rozdziałów i zarówno części teoretyczne, badawcza jak i dyskusja zaprezentowane zostały bardzo profesjonalnie.

Ad. 5. Zawartość merytoryczna i ocena naukowa pracy wraz z polemiką

Praca zawiera w sobie materiał teoretyczny oraz badawczy, który ocenić należy jako aktualny, interesujący i przedstawiony w sposób przyjęty w środowisku naukowym. Wszystkie rozdziały opracowania, ze względu na jakość i głębokość analiz, zostały opisane w sposób dowodzący znajomości prezentowanych zagadnień przez Autorkę. Ponadto każdy z rozdziałów mógłby stanowić odrębny temat badawczy więc zawarcie ich w jednej pracy wymagało od Doktorantki naukowego namysłu niosąc ze sobą pokusę prezentacji powierzchownych analiz. Zaznaczam jednak wyraźnie, że stało się dokładnie odwrotnie i przedstawiona rozprawa ma wysoką jakość naukową w każdym z ocenianych aspektów.

Odnosząc się jednak do części badawczej pozwolę sobie na polemikę, którą zapewne będzie można kontynuować również w czasie obrony:

- brak grupy kontrolnej może wypaczać nie tyle wyniki, ale wnioski i ich interpretację. Oczywiście trudno jest z czymś porównać pilotaż, który jest z definicji pewnym novum, ale stanowiska koordynatorów powstawały wcześniej w całym kraju ze wsparciem finansowania NFZ. Wyłonienie takiej grupy do porównań i/lub zbadanie placówek, które nie powołały koordynatorów rzuciłoby dodatkowe światło na badany obszar.
- Autorka na stronie 183 napisała: „... wykształcenie badanych koordynatorów jest zróżnicowane (rys. 33). Najczęściej wskazywanym kierunkiem było zarządzanie, w tym zarządzanie w ochronie zdrowia 19 3%” To kompletnie kłóci się z moimi zawodowymi doświadczeniami. Jeśli tak rzeczywiście jest to oznacza ogromną przemianę struktury wykształcenia na poziomie personelu administracyjnego czy pomocniczego. A może respondenci deklarowali ukończenie studiów podyplomowych lub było to niedookreślone?
- W części badawczej (s. 195) pojawiają się ciekawe wyniki związane z zadaniami, relacjami czy obowiązkami w zależności do wielkości placówki. Np.:

„Odpowiedzialność za utrzymywanie kontaktu z pacjentem i jego rodziną podczas procesu leczenia i udzielanie informacji na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej przed pilotażem znacznie częściej ponosiła pielęgniarka w placówkach średniej wielkości (70%) niż pielęgniarką z małej lub dużej przychodni (30,8%), 33,3%” Taki jest wynik badania i należy go przyjąć, ale jako czytelnik chciałbym dowiedzieć się z czego wynikają takie różnice. Ponadto biorąc pod uwagę, że polski sektor POZ nie jest, wbrew pozorom homogeniczny, uważam, że czynniki różnicujące, o które pytano w badaniu nie zostały w pełni wykorzystane. W moim przekonaniu to właśnie wielkość placówki, forma organizacyjna, lokalizacja (wieś, małe, średnie, duże miasto) oraz usytuowanie na mapie administracyjnej odpowiednio zestawione z innymi wynikami dałoby bardzo ciekawe wyniki. Zakładam jednak, że być może koncentracja na wewnętrznych relacjach organizacyjnych w pracy koordynatora była uznana przez Autorkę za priorytetową.

Ad. 6. Konkluzja

W moim przekonaniu, przedstawiona do oceny rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 z późn. zm.), w związku z czym wnioskuję o dopuszczenie Autorki do dalszych faz przewodu doktorskiego.

Kierownik Zakładu Ekonomiki i
Zarządza w Ochronie Zdrowia w
Katowicach
Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego

dr hab. Tomasz Holecki, prof. SUM