

Kraków, 12 czerwca 2023 r.

Dr hab. Beata Buchelt, Prof. UEK
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
Katedra Zarządzania Kapitałem Ludzkim
ul. Rakowicka 27, 31-510 Kraków e-mail:
Beata.Buchelt@uek.krakow.pl

Recenzja pracy doktorskiej magister Anny
Sagan pt. Wybrane aspekty opieki koordynowanej nad osobami starszymi
w Polsce.

promotor: dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, Prof. UJ promotor
pomocniczy: dr Małgorzata Gałązka-Sobotka
Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Jagielloński Collegium Medicum

Recenzja realizowana w związku z pismem o sygnaturze 780.5100,53.2019 Pana dr hab. Marcina Waligóry, Prof. UJ, Przewodniczącego Rady Dyscypliny Nauki o zdrowiu, Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum z dnia 12 kwietnia 2023 r., informującej o wyborze mojej osoby przez Radę Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM na recenzentkę w postępowaniu o nadanie stopnia doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu mgr Anny Sagan. Jednostką organizacyjną przeprowadzającą postępowanie awansowe jest Wydział Nauk o zdrowiu, Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Recenzja została sporządzona na podstawie następujących kryteriów: (1) wybór tematu (2) założenia badawcze, cel rozprawy oraz metodyka badawcza (3) struktura i spełnienie wymogów formalnych w tym poprawność formalno-językowa, (4) dobór źródeł i literatury naukowej, (5) zawartość merytoryczna pracy i wartość naukowa pracy, (6) końcowa konkluzja.

Na pracę doktorską składa się zbiór pięciu (8) publikacji naukowych dotyczących wybranych aspektów opieki koordynowanej nad osobami starszymi w Polsce:

1. Sagan A, Karanikolos M, Gałązka-Sobotka M, McKee M, Rozkrut M, and I Kowalska-Bobko, The Devil Is in the Data: Can Regional Variation in Amenable Mortality Help to Understand Changes in Health System Performance in Poland? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Mar 31;19(7):4129. IF: 4,614
- 2 Sagan A, Gałązka-Sobotka M, Czauderna P, Frączkiewicz-Wronka A, Badora-Musiał K, Petka N, and I Kowalska-Bobko, Health Centres 75+ as a New Model to Improve

Care for Older People in Poland *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 12);7487 IF: 4,614

3. Sagan A, Kowalska-Bobko I, Badora-Musiał K, and M Galqzka-Sobotka, A reform proposal from 2019 aims to improve coordination of health services in Poland by strengthening the role of the counties. *Health Policy*. 2022 Sep; 126(9):837-843. IF: 3,255
4. Sagan A, Kowalska-Bobko I, Galqzka-Sobotka M, Holecki T, Maciejczyk A, and M McKee, Assessing Recent Efforts to Improve Organization of Cancer Care in Poland: What Does the Evidence Tell Us? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 15);9369. IF: 4,614
5. Sagan A, Kowalska-Bobko I, Biechowska D, Rogala M, and M Galqzka-Sobotka, Implementation of Mental Health Centres Pilots in Poland since 2018: A Chance to Move towards Community-Based Mental Health Services. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May);19(9):5774. IF: 4,614
6. Sagan A, Rogala M, Buszman P, and I Kowalska-Bobko, Improved coordination of care after acute myocardial infarction in Poland since 2017: Promising early results. *Health Policy*. 2021 May;125(5):587-592. IF: 3,255
7. Badora-Musiał K, Sagan A, Domagała A, and I Kowalska-Bobko, Testing the 2017 PHC reform through pilots: Strengthening prevention and chronic care coordination. *Health Policy*, 2021 Feb; 25(2):185-190. IF: 3,255
8. Sagan A, Kowalska-Bobko I, Bryndová L, Smatana M, Chaklosh I, and P Gaál, What is being done to respond to the rise of chronic diseases and multi-morbidity in Czechia, Hungary, Poland, and Slovakia? *Front Public Health*. 2023 Jan 16;10:1082164. IF: 6,461

Skumulowany wskaźnik IF: 34,682.

Pracę wspomagającą publikacje pomocnicze opublikowane w latach 2019-2021, Publikacje nie zostały dołączone do manuskryptu „Praca Doktorska”, a zatem nie były przedmiotem oceny. Dla porządku jednak wymieniam:

1. Sowada C, Sagan A, Kowalska-Bobko I, Badora-Musiał K, Bochenek T, Domagała A, Dubas-Jakóbczyk K, Kocot E, Mrózek-Gqsiorowska M, Sitko S, Szetela A, Szetela P, Tambor M, Więckowska B, Zabdyr-Jamróz M, van Ginneken E. Poland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2019; 21(1): 1—235, MNiSW: 20 punktów,
2. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Poland: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
3. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Poland: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

4. Frączkiewicz-Wronka A, Kowalska-Bobko I, Sagan A, Wronka-Pośpiech M, The growing role of seniors councils in health policy-making for older people in Poland. *Health Policy*, 2019. 123(10): p. 906-911. IF: 3,255.
5. Sowada C, Kowalska-Bobko I, Sagan A, What next after the 'commercialization' of public hospitals? Searching for effective solutions to achieve financial stability of the hospital sector in Poland. *Health Policy*, 2020. 124(10): p. 1050-1055. IF: 3,255,

Cykl publikacji został zebrany i przedstawiony w dokumencie „Praca doktorska”. Dokument ten został przygotowany w formie komentarza do cyklu publikacji. Składa się on z następujących części: spisu skrótów, spisu rysunków, ramek i tabel, streszczenia w języku polskim, streszczenia w języku angielskim, wstępu w którym ujęto dwa podpunkty dotyczące definicyjnych aspektów koordynowanej opieki zdrowotnej oraz podejścia do świadczenia opieki koordynowanej, cel pracy i problemy badawcze, metody badawcze (czas i miejsce badania oraz narzędzia badawcze, wyniki i wnioski z pracy badawczej) prace uwzględnione w cyklu doktorskim, wyniki oraz implikacje polityczne i naukowo-badawcze uwzględnione w pracach, wnioski, wysiłki reformatorskie w zakresie opieki koordynowanej i ich kontekst, potencjał wykreowania systemu opieki populacyjnej w Polsce, podsumowanie, piśmiennictwo oraz załączniki (pełne teksty artykułów wchodzących w skład cyklu składającego się na rozprawę doktorską — 8 artykułów — wraz z oświadczeniami współautorów).

Dokument „Praca doktorska” został przygotowany starannie i służy nie tylko jako swoistego rodzaju manual dla cyklu zgłoszonych publikacji, ale i jego uzupełnienie. Zawarte w nim treści mogą posłużyć Autorce jako inspiracja dla dalszych prac badawczych w wybranym obszarze funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Wybór tematu

System ochrony zdrowia stanowi kluczowy element funkcjonowania państwa. Jego celem jest dbanie o najważniejsze aktywo konstruuje kapitał ludzki jakim jest zdrowie. Efektywne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia determinuje potencjał konkurencyjności danego kraju. Zdrowi obywatele to kapitał nie do przecenienia z perspektywy funkcjonowania zarówno społeczeństwa, jak i gospodarki.

Struktura demograficzna populacji determinuje potrzeby zdrowotne społeczeństwa, a tym samym powinna ukierunkowywać zakres oraz sposób dostarczania szeroko pojmowanego zabezpieczenia zdrowotnego. Europejska struktura wiekowa populacji

wykazuje cechy starzejącego się społeczeństwa. Na tle pozostałych krajów Unii Europejskiej Polska nadal jest młodym krajem. Przy czym prognozy wskazują, że tempo narastania udziału osób starszych w populacji Polaków jest bardzo dynamiczne.

Systematyczne zwiększanie się udziału osób starszych w polskim społeczeństwie sprawia, że na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia należy spojrzeć z innej perspektywy

— perspektywy starszego użytkownika, który różni się w swojej specyfice od użytkownika młodego. Użytkownika takiego cechuje zarówno wielo-chorobowość, jak i występowanie chorób przewlekłych. Opieka nad nim wymaga zatem odejścia od wąskiej specjalizacji i opieki aktywnej, na korzyść kompleksowej opieki zdrowotnej i ciągłego wsparcia angażującego nie tylko podmioty funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia, ale i systemów wspierających np. systemu opieki społecznej. Po to, aby efektywnie wesprzeć starzejącą się populację Polaków należy też ukierunkować działania na bardziej proaktywne (profilaktyka zdrowotna) niż reaktywne (bieżące interwencje w przypadku wystąpienia konkretnego schorzenia). U podstaw takiego działania leży skuteczny i wydajny system podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Niestety szczególnie w przypadku Polski (konfrontując funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia z krajami zachodnimi UE) system POZ jest słaby. Cechuje go: (1) wyraźne rozproszenie (duża liczba małych podmiotów / praktyk lekarzy rodzinnych niepowiązanych nie tylko z aktywnością podmiotów specjalistycznych — ambulatoryjnej opieki specjalistycznej AOS czy szpitalami pierwszego poziomu referencji, ale i innymi podmiotami czy przedstawicielami profesji około-medycznych, którzy mogą wspierać opiekę nad pacjentami); (2) reaktywność — opieka nad pacjentami, którzy z własnej inicjatywy zgłaszają się do POZ; (3) fragmentaryczność — koncentracja na jednostce chorobowej zamiast kompleksowego podejścia do zdrowia pacjenta.

W kontekście wyzwań jakie stoją przed systemami ochrony zdrowia, zarówno w Polsce, jak i innych krajach rozwiniętych oraz możliwości sprostania zidentyfikowanym wyzwaniom wybór tematu dysertacji doktorskiej uznać należy za prawidłowy, aktualny i istotny dla funkcjonowania współczesnych systemów ochrony zdrowia i to zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym. Argumentacja warunkująca strategiczną istotność wybranego do analiz zagadnienia zawarta zarówno w dokumencie „Praca doktorska” oraz cyklu publikacji wchodzących w skład rozprawy doktorskiej wyraźnie przekonuje o ważności problemu badawczego i jego wielowymiarowym implikacjom dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Autorka skutecznie zidentyfikowała lukę poznawczą w zakresie koordynowanej opieki zdrowotnej ukierunkowanej głównie na osoby starsze, tym samym wskazując na wartość dodaną podjętych badań zarówno dla praktyki systemowej, jak i co ważniejsze teorii nauki o zdrowiu.

Założenia badawcze, cel rozprawy oraz metodyka badawcza

Recenzowana dysertacja wpisuje się w zakres merytoryczny nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu. Jako główny cel pracy przyjęto uzupełnienie luki badawczej dotyczącej wybranych aspektów opieki koordynowanej w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób starszych, które narażone są na wielochorobowość w kontekście możliwości wdrożenia podejścia opieki populacyjnej (modelu Kaiser Permanente).

W oparciu o cel główny wyznaczono następujący zestaw 3 kluczowych pytań badawczych (cyt. za Doktorantką):

1. Jakie cechy funkcjonalne i instytucjonalne ma opieka koordynowana w Polsce na przykładzie wybranych programów i inicjatyw? W jaki sposób realizowane są w tych

programach i inicjatywach potrzeby osób starszych?

2. Jaki wpływ mają przeprowadzone, implementowane i planowane reformy zdrowotne na rozwój koordynowanej opieki, ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad osobami starszymi? Jaki wpływ mają te reformy na wyniki zdrowotne w kraju?
3. Jaki jest potencjał wykreowania systemu opieki populacyjnej w Polsce?

Wskazano również cele i problemy badawcze artykułów wchodzących w skład cyklu doktorskiego, a wpisujących się w zakres merytoryczny głównych pytań badawczych pracy doktorskiej, a mianowicie cyt. za Doktorantką:

1. Celem pierwszego artykułu jest analiza różnic w poziomach i trendach w zgonach możliwych do uniknięcia poprzez wczesne i skuteczne interwencje w zakresie opieki zdrowotnej, w tym profilaktykę wtórną i leczenie w 16 województwach Polski przy użyciu najnowszych danych oraz uzyskanie bardziej szczegółowego zrozumienia tych różnic i ich możliwych przyczyn,
2. Celem drugiego artykułu jest przedstawienie obecnego stanu w zakresie opieki geriatrycznej w Polsce, w tym jednej z najnowszych kluczowych propozycji politycznych reformy tej opieki przedstawionej w 2019 roku, koncentrującej się na wprowadzeniu sieci ośrodków ambulatoryjnych dla osób w wieku 75+ jako głównego filaru opieki geriatrycznej.
3. Celem trzeciego artykułu jest prezentacja wysiłków na rzecz poprawy koordynacji usług zdrowotnych w Polsce na poziomie lokalnym, przedstawionego i poddawanego debacie publicznej w Polsce od 2018 roku, koncentrującego się wokół poprawy koordynacji usług zdrowotnych i opieki społecznej na poziomie powiatów.
4. Celem czwartego artykułu jest prezentacja i analiza dwóch kluczowych ostatnich reform mających na celu poprawę organizacji opieki onkologicznej w Polsce — szybkiej ścieżki onkologicznej wdrożonej w 2015 roku oraz Krajowej Sieci Onkologicznej pilotowanej od 2019 roku w czterech regionach ich implementacji oraz dotychczasowych rezultatów.
5. Celem piątego artykułu jest analiza kluczowych niedociągnięć w świadczeniu usług w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce oraz ostatnich i bieżących wysiłków zmierzających do ich wyeliminowania, ze szczególnym uwzględnieniem wprowadzenia pilotażu skoordynowanej opieki nad pacjentem psychiatrycznym w Centrach Zdrowia Psychicznego, gwarantujących przejście od szpitalnego do środowiskowego świadczenia usług w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce.
6. Celem szóstego artykułu jest przedstawienie celów, treści i realizacji nowego modelu koordynowanej kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale serca (Program Kompleksowej Opieki nad Pacjentem po Zawale Serca, KOS-Zawal), który został wprowadzony w 2017 roku.
7. Celem siódmego artykułu jest analiza założeń i realizacji modelu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej POZ PLUS, który został pilotażowo wdrożony w latach 2018-2021, a który wprowadził koordynację opieki w POZ, w tym dedykowane programy zarządzania chorobami i indywidualne plany opieki oraz położył duży nacisk na promocję zdrowia i profilaktykę chorób,
8. Celem ósmego i ostatniego artykułu jest porównanie inicjatyw koordynacji opieki w Polsce i w krajach sąsiednich — Czechach, Węgrzech i Słowacji — oraz odniesienie ich do populacyjnego modelu opieki zintegrowanej Kaiser Permanente.

Metodyka badawcza obejmowała:

- 1, Przegląd literatury na podstawie baz naukowych PubMed i Embase, w języku angielskim i polskim, oraz projektów badawczych European Observatory on Health Systems and Policies. Dokonano także przeglądu „literatury szarej”, w tym raportów i innych dokumentów rządowych, stenogramów oraz tekstów publicystycznych. Przeprowadzono przegląd aktów prawnych.
2. Badania jakościowe przy wykorzystaniu narzędzia badawczego w postaci wywiadów z wybranymi respondentami, którzy zostali zidentyfikowani przez promotorów tej pracy i doktorantkę jako liderzy naukowci lub uznani eksperci z dziedzin opisywanych w poszczególnych artykułach.
3. Badania jakościowe w formie analizy dokumentów zastanych tj. baz Głównego Urzędu Statystycznego i Eurostatu.
4. Badania jakościowe w formie jednokrotnego studium przypadku tj. wizyty studyjnej.

Uważam, że wyznaczony główny cel naukowy oraz pytania badawcze są prawidłowe, spójne i logiczne. Zastosowana w pracy metodyka jest zróżnicowana, obejmuje zarówno badania przeglądowe literaturowe i ich analizę, jak i badania empiryczne. Wysoki stopień trudności prowadzonych badań i analiz, przesądza o bardzo profesjonalnym warsztacie naukowym. Z obowiązku recenzenckiego zwracam jednak uwagę na to, że zarówno w manuskrypcie, jak i cyklu publikacji nie zidentyfikowano wykorzystania wyników badań związanych z wywiadami z ekspertami oraz jednokrotnego studium przypadku. Nie załączono również adekwatnych narzędzi.

Struktura i spełnienie wymogów formalnych w tym poprawność formalno-językowa

Recenzowana praca została przygotowana w zgodzie z wymogami formalnymi stawianymi dysertacji na stopień doktora nauk o zdrowiu. Dysertacja ma charakter teoretyczno-empiryczny — prognostyczny (rekomendacje dotyczące polityk związanych z koordynowaną ochroną zdrowia). Przyjętej logice przyporządkowany został podział treści diskutowanych w ośmiu tekstach naukowych wchodzących do ocenianego cyklu publikacji,

Z formalnego punktu widzenia recenzowana praca zawiera 8 publikacji naukowych dotyczących wybranych aspektów koordynowanej ochrony zdrowia uwzględniających aspekt osób starszych (zob. tab. 1). Choć nie we wszystkich ujętych w cyklu publikacjach wybrana populacja stanowi punkt odniesienia prowadzonych analiz to przeprowadzone analizy w stopniu wystarczającym dają możliwość powiązania z grupą docelową (charakter problemów medycznych).

Tabela 1. Struktura, wymogi formalne oraz kwintesencja zawartości merytorycznej publikacji wchodzących w skład cyklu rozprawy doktorskiej

Artykuł wchodzący w skład cyklu publikacji	1	Sagan A, Karanikolos M, Gałązka-Sobotka M, McKee M, Rozkrut M, and I Kowalska-Bobko, The Devil Is in the Data: Can Regional Variation in Amenable Mortality Help to Understand Changes in Health System Performance in Poland? <i>Int J Environ Res Public Health</i> . 2022 Mar 31;19(7):4129.
--	---	---

Udział doktorantki	Punkty I IF	Części	Rysunki, tabele	Literatura
Udział doktorantki i współautorów udokumentowany.	MEiN: 70 IF: 4,614	Wstęp Dane i metody Dyskusja Konkluzje	3 rysunki w części zasadniczej oraz 2 tabele i 2 rysunki w suplemencie do artykułu.	53 pozycje powiązane z tematyką pracy
Zawartość merytoryczna:				
Przeanalizowano dane dotyczące umieralności (krajowe i regionalne) celem skonstruowania wskaźnika zgonów możliwych do uniknięcia dla populacji do 75 roku życia. Ustalono, że choroba niedokrwienna serca (ChNS), rak, udar mózgu i choroby układu oddechowego były odpowiedzialne za większość zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej, Zidentyfikowano stagnację w trendzie w latach 2014 — 2019 a w analizach regionalnych nawet odwrócenie trendu spadającego. Stwierdzono, że analizy śmiertelności mogą być zaburzone poprzez „śmieciowe kodowanie”, które z kolei motywowane jest m.in. mechanizmami finansowania. Wyniki analiz statystycznych odniesiono zarówno do funkcjonowania podmiotów medycznych na różnych poziomach referencyjnych szpital - AOS — POZ, ale i wybranych programów koordynowanej ochrony zdrowia.				

Zawartość zgodna z celem dysertacji oraz wpisana w pytanie badawcze 3,				
Artykuł 2 wchodzący w skład cyklu publikac'i	Sagan A, Gałazka-Sobotka M, Czauderna P, Frączkiewicz-Wronka A, Badora-Musiał K, Petka N, and I Kowalska-Bobko, Health Centres 75+ as a New Model to Improve Care or Older Peo le in Poland. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jun 18; 19 12 :7487.			
Udział doktorantki	Punkty / IF	Części	Rysunki, tabele	Literatura
70% Udział doktorantki i współautorów udokumentowany.	MEiN: 70 IF: 4,614	Wstęp Uwarunkowania polityk publicznych Zawartość polityk publicznych Dyskusja Konkluzje	I tabela i jeden rysunek w tekście podstawowym oraz 2 rysunki w suplemencie do artykułu.	41 pozycje powiązane z tematyką pracy.
Zawartość merytoryczna:				
Przeanalizowano dane statystyczne oraz zidentyfikowano inicjatywy związane z opieką nad pacjentem geriatrycznym. Szczególną uwagę zwrócono na inicjatywę utworzenia sieci Centrów Zdrowia 75+, analizując możliwości jej implementacji z perspektywy interesariuszy systemu ochrony zdrowia stwierdzając przy tym, że niestety nie każdy z kluczowych interesariuszy jest zainteresowany wprowadzeniem tego rozwiązania pomimo, iż może być ono i użyteczne w kontekście starzejącego się społeczeństwa, jak i efektywne, co ważne w perspektywie ograniczonych zasobów finansowych.				
Zawartość zgodna z celem dysertacji oraz wpisana w pytania badawcze 1, 2 i 3.				
Artykuł 3 wchodzący w skład cyklu publikacji	Sagan A, Kowalska-Bobko I, Badora-Musiał K, and M Gałazka-Sobotka, A reform proposal from 2019 aims to improve coordination of health services in Poland by stren henin the role o the counties. Health Polic . 2022 se ;126(9):837-843.			
Udział doktorantki	Punkty / IF	Części	Rysunki, tabele	Literatura

70% Udział doktorantki i współautorów udokumentowany.	MEiN: 100 IF: 3,255	Wstęp Kontekst w tym: inicjatywy ukierunkowane na koordynowaną opiekę zdrowotną oraz fragmentaryczność odpowiedzialności za ochronę zdrowia na szczeblach administracyjnych Specyfika tematycznej polityki Kolejne kroki Konkluzje	2 tabele i jeden rysunek w tekście podstawowym oraz I rysunek i jedna tabela w suplemencie do artykułu.	27 pozycje powiązane z tematyką pracy,
Zawartość merytoryczna:				
Zidentyfikowano i przeanalizowano zdywersyfikowane inicjatywy i programy z zakresu koordynowanej ochrony zdrowia w Polsce ukierunkowane na osoby dorosłe wskazując, że tylko dwie z analizowanych wykraczały poza ochronę zdrowia i wsparte były działaniami z zakresu opieki społecznej. Wskazano na wąską specjalizację zidentyfikowanych programów oraz problemy wynikające z fragmentaryzacji odpowiedzialności poszczególnych szczebli administracji rządowej i samorządowej za ochronę zdrowia. Omówiono inicjatywę KOZ powstałą w efekcie projektu Ministerstwa Zdrowia „Wspólnie dla zdrowia” (2019 r.). Porównano proponowane rozwiązania do wcześniej funkcjonującego w Polsce modelu Zespołów Opieki Zdrowotnej (ZOZ) oraz do funkcjonujących na świecie modeli zdrowia populacyjnego.				
Zawartość zgodna z celem dysertacji oraz wpisana w pytania badawcze 1, 2 i 3.				
Artykuł 4 wchodzący w skład cyklu publikacji	Sagan A, Kowalska-Bobko I, Gałązka-Sobotka M, Holecki T, Maciejczyk A, and M McKee, Assessing Recent Efforts to Improve Organization of Cancer Care in Poland: What Does the Evidence Tell Us? Int J Environ Res Public Health. 2022 Jul 30;19 (15):9369.			
Udział doktorantki	Punkty / IF	Części	Rysunki, tabele	Literatura
70% Udział doktorantki i współautorów udokumentowany.	MEiN: 70 IP: 4,614	Wstęp Kluczowe reformy ukierunkowane na poprawę obsługi onkologicznej w Polsce (szybka ścieżka onkologiczna oraz Krajowa Sieć Onkologiczna Dyskusja Konkluzje)	I tabela, I rysunek i jedna ramka w tekście podstawowym oraz 2 tabele zamieszczone w suplemencie do artykułu	36 pozycje powiązane z tematyką pracy.
Zawartość merytoryczna:				
Wskazanie strategicznej istotności chorób onkologicznych jako drugiej pod względem ilości zgonów przyczyn śmierci. W artykule szczegółowo przeanalizowano dwa programy celowane na poprawę jakości obsługi chorych na raka tj. szybką ścieżkę onkologiczną (2015 r.) oraz pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej KSO (2019 r.). Wskazano na niedociągnięcia związane z implementacją obu tych programów oraz ograniczenia systemowe w ich realizacji. Podkreślono fakt nieodpowiedniej oceny efektywności ww. programów. Zwrócono też uwagę na to, że presja polityczna na wprowadzenie KSO w całej Polsce może spowodować wdrożenie programu, który nie będzie spełniał swojej roli ponieważ program ten nie został odpowiednio przeanalizowany (jego skuteczność i funkcjonalność) w fazie testów. W artykule przewija się wątek fragmentaryczności rozwiązań oraz niedoboru kadr w ochronie zdrowia. Postulowane jest odstępianie od wprowadzenia KSO na teraz, dokończenie pilotażu i wdrożenie rozwiązań usprawnionych o wnioski z analiz działań pilotażowych. Zawartość zgodna z celem dysertacji oraz wpisana w pytania badawcze 1, 2 i 3.				
Artykuł 5 wchodzący w skład cyklu publikacji	Sagan A, Kowalska-Bobko I, Biechowska D, Rogala M, and M Gałązka-Sobotka, Implementation of Mental Health Centres Pilots in Poland Since 2018: A Chance to Move towards Community-Based Mental Health Services, Int J Environ Res Public Health. 2022 Ma 9;19			
Udział doktorantki	Punkty / IF	Części	Rysunki, tabele	Literatura

70% Udział doktorantki i współautorów udokumentowany.	MEiN: 70 IF: 4,614	Wstęp Kontekst polityki Zawartość polityki oraz rezultaty jej zastosowania Dyskusja Konkluzje	I tabela i 2 rysunki w tekście podstawowym.	39 pozycje powiązane z tematyką
--	-----------------------	---	---	---------------------------------

Zawartość merytoryczna:

Poddano szczegółowej analizie wprowadzenie pilotażu skoordynowanej opieki psychiatrycznej, koncentrującej się na opiece środowiskowej w Centrach Zdrowia Psychicznego. Wskazano na zasadnicze atrybuty wprowadzonego programu, w tym ten zasadniczy tj. destygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. W analizę skuteczności programu zwrócono uwagę na pozytywne efekty skoordynowanej opieki psychiatrycznej (rola koordynatora). Zidentyfikowano kluczowe bariery analizowanego rozwiązania, w tym tą kluczową jaką jest niedobór kadr specjalistycznych, w tym przede wszystkim lekarzy psychiatrów. W tym kontekście zaproponowano odważną zdaniem recenzentki propozycje zatrudnienia specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego innych niż psychiatrzy. Zdaniem recenzentki propozycja włączenia specjalistów innych niż lekarze w proces opieki nad pacjenta z zaburzeniami psychicznymi wymaga wyraźnego zdefiniowania ich procesu szkolenia. Ten aspekt w artykule nie był wyartykułowany.

Zawartość zgodna z celem dysertacji oraz wpisana w pytania badawcze 1, 2 i 3.

Artykuł 6 wchodzący w skład cyklu publikacji	Sagan A, Rogala M, Buszman P, and I Kowalska-Bobko, Improved coordination of care after acute myocardial infarction in Poland since 2017: Promising early results. Health Polic . 2021 Ma 5 :587-592.
--	---

Udział doktorantki	Punkty / IF	Części	Rysunki, tabele	Literatura
70% Udział doktorantki i współautorów udokumentowany.	tvEiN: 100 IP: 3,255	Wstęp i kontekst polityki Zawartość polityki Implementacja polityki i jej pierwsze rezultaty Dyskusja Konkluzje i rekomendacje dotyczące polityki	2 rysunki w tekście podstawowym.	43 pozycje powiązane z tematyką pracy.

Zawartość merytoryczna:

Przeanalizowano program kompleksowej opieki nad pacjentami po ostrym zawale serca (KOS-Zawał), jego założenia, wdrożenie oraz wyniki. Wskazano na merytoryczne podwaliny implementowanego programu. Ustalono, że dotychczasowe wyniki implementacji tego modelu są obiecujące, Zwrócono uwagę na fakt, iż skuteczności tego rozwiązania mogą sprzyjać działania o charakterze profilaktycznym. W tym kontekście odwołano się do badań wskazujących na kluczowe znaczenie stylu życia pacjentów z chorobami serca jakie prowadzone b w Unii Europejskiej. W ten s osób zwrócono uwagę na konieczność integracji programami KOS-Zawał z innymi programami skoordynowanej ochrony zdrowia.

Zawartość zgodna z celem dysertacji oraz wpisana w pytania badawcze 1, 2 i 3.

Artykuł 7 wchodzący w skład cyklu publikacji	Badora-Musiał K, Sagan A, Domagała A, and I Kowalska-Bobko, Testing the 2017 PHC reform through pilots: Strengthening prevention and chronic care coordination. Health Polic . 2021 Feb;125(2):185-190.
--	---

Udział doktorantki	Punkty / IF	Części	Rysunki, tabele	Literatura
45% Udział doktorantki i współautorów udokumentowany.	MEiN: 100 IF: 3,255	Wstęp i kontekst polityki Zawartość polityki Wdrożenie polityki Dyskusja Konkluzje	2 rysunki w tekście podstawowym.	54 pozycje powiązane z tematyką pracy.

Zawartość merytoryczna:

Przeanalizowano nowy model podstawowej opieki zdrowotnej podlegający pilotażowi w latach 2018-2021 tj. program POZ-PLUS. W prowadzonym w publikacji dyskursie zwrócono uwagę na specyfikę POZ i wyzwania jakie towarzyszą zabiegom reformatorskim sprzyjającym holistycznemu ujęciu opieki nad pacjentami od profilaktyki przez interwencje do systematycznej opieki nad pacjentem. Zwrócono uwagę na bariery adaptacji pilotażowego programu jakimi są przede wszystkim: niedobory kadr lekarskich i pielęgniarzów oraz specyfika polskiego POZ polegająca na dominacji podmiotów małych. W artykule wyraźnie wyartykułowany jest postulat podejmowania działań wzmacniających pozycje POZ i implementacji populacyjnej ochrony zdrowia. Zawartość zgodna z celem dysertacji oraz wpisana w pytania badawcze 1, 2 i 3.				
Artykuł 8 wchodzący w skład cyklu publikacji	Sagan A, Kowalska-Bobko I, Bryndová L, Smatana M, Chaklosh I, and P Gaál, What is being done to respond to the rise of chronic diseases and multi-morbidity in Czechia, Hungary, Poland, and Slovakia? Front Public Health, 2023 Jan 16; 10:1082164.			
Udział doktorantki	Punkty / IF	Części	Rysunki, tabele	Literatura
70% Udział doktorantki i współautorów udokumentowany.	MEiN: 70 IF: 6,461	Wstęp Pochopny powrót do społecznego ubezpieczenia zdrowotnego po 1989 Pionierska ale nieudana inicjatywa koordynowanej opieki medycznej na Węgrzech Działania wzmacniające podstawową opiekę zdrowotną Koordynacja opieki zdrowotnej jako cel strategiczny Dyskusja i konkluzje	1 rysunek w tekście podstawowym.	31 pozycje powiązane z tematyką
Zawartość merytoryczna:				
Przeanalizowano programy skoordynowanej opieki zdrowotnej w wybranych krajach Europy Środkowo Wschodniej tj. w Polsce, Czechach, na Węgrzech i na Słowacji. Analizy odniesiono do wyznaczników populacyjnego podejścia do zintegrowanej opieki zdrowotnej opartego na Trójkącie Kaiser, Ustalono, że programy realizowane w Polsce (pilotaż POZ PLUS) oraz na Węgrzech (System Koordynacji Opieki) stanowią rozwiązania najbliższe modelowemu rozwiązaniu populacyjnej zintegrowanej opieki nad pacjentem. Konkluzje wskazują na to, że pomimo niewątpliwiej zasadności pełnowymiarowej implementacji populacyjnego modelu opieki nad pacjentem tylko wybrane elementy zostały w praktyce implementowane. Z analiz wynika, że barierami we wdrożeniu tego rozwiązania są: wola polityczna, zasoby finansowe i zasoby kadrowe. Zawartość zgodna z celem dysertacji oraz wpisana w pytania badawcze 1, 2 i 3.				

Odnosząc się do struktury i spełnienia wymogów formalnych recenzentka uznaje, że struktura prac jest prawidłowa dla rozważań prowadzonych w dyscyplinie nauki o zdrowiu. W szczególności przy prezentacji wyników badań Autorka w sposób właściwy udokumentowała wykorzystanie powołanych do analizy dokumentów. W pracach poprawnie zostały opisane rysunki, tabele oraz ramka. Język pracy jest zrozumiały, oparty na prawidłowym wykorzystaniu terminologii związanej z naukami o zdrowiu i wiedzą systemowo-regulacyjną. Edycyjne zarówno cykl publikacji, jak i dokument „Praca doktorska” zostały przygotowane niezwykle starannie. Przy czym z obowiązku recenzenckiego muszę wskazać, że w niektórych fragmentach manuskryptu pt. „Praca doktorska” zabrakło odniesień bibliograficznych np. dotyczących danych statystycznych.

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

Dobór źródeł i literatury naukowej

Sumując wykazy literatury z pojedynczych artykułów wskazanych jako element cyklu publikacji Autorka wykazała wykorzystanie 324 pozycji literatury, z czego nieliczne z nich z uwagi na przeplatanie się wątków merytorycznych powielają się. Jest to zarówno literatura polsko-, jak i anglojęzyczna. Znajdują się na tej liście pozycje klasyczne dla tematyki prac, jak i współczesne. Wśród wykazanych prac znajdują się książki, artykuły naukowe, raporty międzynarodowe i krajowe, akty prawne, dokumenty rządowe, stenogramy oraz źródła internetowe. Literatura została odpowiednio dobrana i wykorzystana.

Zawartość merytoryczna pracy i jej wartość naukowa

Tematyka pracy doktorskiej odnosi się do aktualnego i ważnego tematu koordynowanej (zintegrowanej) opieki zdrowotnej stanowiącego strategiczny element polityk zdrowotnych w krajach UE. Doktorantka świadomie zawężyła bardzo szeroką tematykę zintegrowanej opieki zdrowotnej do populacji osób starszych, których udział w wielkości populacji krajów rozwiniętych, w tym w Polsce znacząco wzrasta. Swoje analizy odniosła do modelowego ujęcia populacyjnego podejścia do opieki nad pacjentami chcąc tym samym wykazać potencjał możliwości adaptacyjnych tego rozwiązania w warunkach polskiego systemu opieki zdrowotnej.

Wielowymiarowe i wielowątkowe analizy prowadzone przez Doktorantkę wpisujące się w cykl zgłoszonych publikacji cechuje wysoki poziom merytoryczny. Poszczególne publikacje korespondują w pełni z przyjętym celem rozprawy doktorskiej, choć nie zawsze narracja prowadzona w manuskrypcie „Praca doktorska” na to wskazuje. Wydaje się, że narracja ta powinna być bardziej ukierunkowana na wskazanie związku poszczególnych elementów cyklu z celem głównym rozprawy doktorskiej. Poprzez poszczególne elementy cyklu publikacji Autorka systematycznie uzupełnia zidentyfikowaną lukę badawczą. Jednocześnie metodycznie buduje zagregowaną wiedzę odnoszącą się do postawionych pytań badawczych. W efekcie stopniowo budowanego dorobku naukowego wpisującego się w cykl publikacji stanowiących kwintesencję analizowanej pracy doktorskiej Autorka:

- Wskazała cechy funkcjonalne i instytucjonalne koordynowanej opieki w Polsce na przykładzie wybranych programów i inicjatyw ustalając między innymi to, że: inicjatywy dedykowane opiece zintegrowanej są ukierunkowane wąsko (monochorobowe), odpowiedzialność za opiekę zdrowotną w systemie jest rozproszona, brak jest woli politycznej, a tym samym rozwiązań praktycznych kompleksowego podejścia do opieki nad pacjentami starszymi (np. wzajemnego przenikania się systemu ochrony zdrowia z systemem zabezpieczenia socjalnego). Doktorantka zwróciła uwagę na to, że remedium na zidentyfikowane problemy mogłoby być tworzenie Powiatowych Centrów Zdrowia. Przy czym zidentyfikowała Ona również kluczowe warunki sukcesu tego rozwiązania, w tym przede wszystkim wzmocnienie POZ.
- Ustaliła, że potrzeby osób starszych w do tej pory realizowanych programach i inicjatywach są uwzględniane na poziomie minimalnym - niesatysfakcjonującym. Ignorowana jest w zasadzie wielochorobowość i przewlekły charakter chorób tej grupy.

Rozwiązaniem możliwym do zastosowania w kontekście upodmiotawiania potrzeb seniorów mogłoby tworzenie Ośrodków Zdrowia 75+.

- Oceeniła wybrane implementowane również w formie pilotażu programy koordynowanej ochrony zdrowia wskazując zarówno na ich zalety, jak i wady. Wykazała, że tylko jeden z nich KOS-Zawał można postrzegać jako skuteczny, choć i tak nie pozbawiony mankamentów np. koncentracja na leczeniu, a nie na profilaktyce. Ustaliła, że najbliższy preferowanemu modelowi opieki populacyjnej jest pilotaż POZ PLUS. Oceniając użyteczność tego pilotażu wyartykułowała jego niedopasowanie do specyfiki polskiej POZ. Pilotaż był dedykowany do ośrodków dużych, podczas gdy w Polsce dominują ośrodki małe,
- Wykazała, że inicjatywy oparte na koordynowanej ochronie zdrowia zyskują na znaczeniu, Skoncentrowane są one jednak głównie na jednej chorobie lub specjalizacji. Zasadniczym mankamentem realizacji pilotażowych projektów zintegrowanej opieki zdrowotnej jest utrudniona ocena efektywności ich realizacji. Z analiz przeprowadzonych przez Doktorantkę wynika, że mechanizmy pomiaru skuteczności wdrażanych programów nie są w zasadzie implementowane. Ich realizacja nie prowadzi do refleksji i próby implementowania rozwiązań je ulepszających.
- Ustaliła, że jakość danych medycznych pozwalających na kreowanie polityki zdrowotnej w naszym kraju jest dyskusyjna, Szczególnie w kontekście tworzenia senioralnej polityki zdrowotnej. Jako powód tego stanu rzeczy wskazała przede wszystkim dysfunkcyjne mechanizmy finansowania motywujące świadczeniodawców do niekoniecznie zgodnego z stanem faktycznym, ale dochodowego kodowania realizowanych usług (kodowanie śmieciowe).
- Zidentyfikowała potencjał wykreowania systemu opieki populacyjnej w Polsce. Przeprowadzone analizy wyraźnie wyartykułowały fakt braku gotowości polskiego systemu ochrony zdrowia do adaptacji zintegrowanej populacyjnej ochrony zdrowia. Ten status quo warunkowany jest m.in: brakami kadrowymi oraz finansowanymi, rozproszeniem odpowiedzialności za zadania wpisane w ochronę zdrowia, niechęcią polityczną, słabą pozycją POZ w systemie,

Szczególnie istotnym walorem przeprowadzonych przez Doktorantkę analiz jest wyraźne podkreślanie potrzeby implementowania populacyjnej zintegrowanej ochrony zdrowia. Takie rozwiązanie bowiem ewidentnie koresponduje z wyzwaniem jakim jest starzejące się społeczeństwo. Objęcie zintegrowaną opieką zdrowotną Polaków może doprowadzić nie tylko do tego, że będziemy żyć dłużej, ale co ważniejsze, w lepszej kondycji zdrowotnej.

Konkluzja końcowa

Analiza treści recenzowanej pracy doktorskiej mgr Anny Sagan pt. „Wybrane aspekty opieki koordynowanej nad osobami starszymi w Polsce” na którą składa się cykl 8 publikacji

naukowych z łączną punktacją IF: 34,682 MEiN: 650 oraz manuskrypt zatytułowany „Praca doktorska” reprezentuje ponadprzeciętny poziom metodyczny i analityczny w zakresie istotnego dla systemów zdrowotnych tematu koordynowanej ochrony zdrowia. Biorąc pod uwagę poszczególne elementy oceny, pragnę wyrazić jednoznaczną opinię, że recenzowana rozprawa doktorska stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, wskazuje na posiadanie przez Doktorantkę wiedzy teoretycznej z zakresu nauki o zdrowiu oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Autorka wykazała się wyjątkową umiejętnością dostrzeżenia tego co istotne zarówno z punktu widzenia przydatności dla teorii nauki o zdrowiu (uzupełnienie luki poznawczej w zakresie koordynowanej opieki zdrowotnej), jak i praktyki systemowej. Z tego powodu wnioskuję o dopuszczenie mgr Anny Sagan do dalszych faz przewodu doktorskiego oraz wyróżnienie pracy przez Radę Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Z poważaniem

Beata Buchelt