

Prof. dr hab. Iga Rudawska
 Uniwersytet Szczeciński
 Wydział Ekonomii, Finansów i Zarządzania

Recenzja pracy doktorskiej mgr Anny Sagan nt. Wybrane aspekty opieki koordynowanej nad osobami starszymi w Polsce
 promotor: dr hab. Iwona Kowalska-Bobko, prof. UJ promotor pomocniczy: dr Małgorzata Gałązka-Sobotka
 Przygotowana na podstawie uchwały Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

Ocena formalna

Z formalnego punktu widzenia nadesłana do recenzji rozprawa doktorska zawiera siedem ponumerowanych części oraz cztery części nienumerowane. Do nienumerowanych fragmentów pracy zaliczyć należy: streszczenia w języku polskim i angielskim, spis stosowanych skrótów oraz spis rysunków, ramek i tabel.

Struktura formalna rozprawy jest następująca: 1) wstęp (s. 12-24), 2) cel pracy i problemy badawcze (s. 25-26), 3) metody badawcze (s. 27-30), 4) wyniki i wnioski z pracy badawczej (s. 31-65), 5) podsumowanie (s. 66-67), 6) piśmiennictwo (s. 68-72) i 7) załączniki (s. 73 i nast.). Punkt 7 rozprawy (załączniki) zawiera osiem ponumerowanych pozycji, składających się na cykl monotematycznych publikacji, zgłoszonych jako podstawowe osiągnięcie naukowe Doktorantki w dyscyplinie nauki o zdrowiu. Do każdej publikacji dołączono oświadczenia współautorów o ich procentowym i zadaniowym wkładzie w powstanie danego dzieła. Wszystkie prace mają charakter wieloautorski.

Recenzent dokonał syntezy tych informacji (numerację przyjęto za tabelą nr 2, s. 32):

Symbol artykułu	Wkład procentowy	Wkład zadaniowy						
		Koncepcja i projekt pracy	Opracowanie metodologii	Udział w gromadzeniu danych realizacji badania	Analiza i interpretacja danych	Opracowanie manuskryptu	Dobór piśmiennictwa i korekta opracowania	Liczba współautorów (poza Doktorantką)
A1	70	x	x	x	x	x	x	5
	70	x					x	
	70					x	x	3
	70	x	X	x		x	x	5
	70	x	x		x			4
	70	x		X	x		x	
	45	x	x	x	X	x	x	3
	70	x	x	x	x			5

Z powyższego zestawienia wynika, iż Doktorantka pełniła rolę wiodącą w przygotowaniu większości prac, o charakterze wieloautorskim, składających się na cykl (7/8). Prace te zostały wydane w okresie od lutego 2021 do stycznia 2023, przy czym najwięcej prac opublikowano w 2022 roku. Cztery prace opublikowano w czasopiśmie International Journal of Environmental Research and Public Health (wydawca MDPI), trzy prace w Health Policy (wydawca Elsevier) i jedną pracę we Frontiers in Public Health (wydawca Frontiers Media S.A.). Wszystkie artykuły powstały w języku angielskim.

Sumaryczny Impact Factor prac uwzględnionych w cyklu wyliczono na 34,682 (s. 33). Domyślam się, że jest to IF wg roku opublikowania prac (a nie wg roku złożenia ich do oceny), sporządzony przez Autorkę. Do rozprawy nie dołączono oficjalnej kalkulacji bibliometrycznej, która powinna być sporządzona przez Bibliotekę Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Dodatkowo Doktorantka wskazała pięć publikacji pomocniczych (wg zestawienia w tabeli nr 3, s. 33-34), numerując je symbolami PI-P5. Autorka nie stosuje jednak owej symboliki w pracy, co utrudnia powiązanie w/w dzieł z opisem wyników i rezultatów badań.

Edycyjna i stylistyczna strona pracy (poza drobnymi wyjątkami) odpowiada kanonowi pisania prac naukowych. Sednem dokonań Autorki jest osiem artykułów naukowych, których formalna struktura i stosowane słownictwo są właściwe dla rodzaju danego tekstu (tj. badanie oryginalne, perspektywa, monitor polityki zdrowotnej).

Niniejsza recenzja jest sporządzana zgodnie z wymogami Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (z późniejszymi zmianami) i odnosi się do elementów wyszczególnionych w przywoływanej regulacji:

1. oceny zaproponowanego tematu i oryginalności rozwiązania problemu naukowego,
11. ogólnej wiedzy teoretycznej zaprezentowanej w rozważaniach objętych przedmiotem dysertacji oraz
111. umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej poprzez dokonanie analizy i syntezy materiału źródłowego oraz zaprojektowanie, przeprowadzenie i wnioskowanie z przeprowadzonego procesu badań empirycznych.

1. Ocena wyboru tematu i oryginalności rozwiązania problemu naukowego

Zdrowie liczy się coraz bardziej, stało się obiektem trosk rozwiniętych społeczeństw. Atencja ta artykułowana jest zarówno na forum międzynarodowym, by wymienić tu takie gremia, jak Światową Organizację Zdrowia, Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, Bank Światowy, czy Komisję Europejską, jak i na forum krajowym, by wspomnieć tu o Radzie ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Forum Ochrony Zdrowia na Forum Ekonomicznym w Krynicy /obecnie w Karpaczu, Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025, czy dokumencie „Zdrowa przyszłość. Strategiczne ramy rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 roku” i projekcie „Polskie Zdrowie 2.0”.

Obecnie kluczowym zagadnieniem staje się Już nie tylko to, o ile możemy wydłużyć ludzkie życie, ale jaką jakość życia mogą zaoferować systemy zdrowia starzejącej się populacji Europy, w tym Polski. Dodać przy tym należy, że wskazana populacja (choć nie tylko ta) cechuje się nowym profilem, w którym dominują choroby przewlekłe, cywilizacyjne, często o równoległym występowaniu u danej jednostki (wielochorobowość), będące źródłem największych kosztów w opiece zdrowotnej. W tej perspektywie przedłożona do recenzji praca

doktorska podejmuje ważki społecznie problem poszukiwania rozwiązań organizacyjnych i funkcjonalnych, zorientowanych na koordynację opieki, głównie nad osobami starszymi, w tym obciążonych chorobami przewlekłymi i wielochorobowością. Perspektywa badawcza jaką przyjmuje Autorka to podejście opieki populacyjnej, którego reprezentacją jest model Kaiser Permanente. Wybór tej właśnie optyki koncepcyjno-badawczej uznaję za trafny z wielu powodów. Po pierwsze, model opieki populacyjnej jest elastyczny, co oznacza możliwość dopasowania proponowanych rozwiązań koordynacyjnych do istniejących już struktur funkcjonalnych i organizacyjnych. Po drugie, jest on dobrą praktyką, o sprawdzonej na niwie innych systemu zdrowia, skuteczności. Po trzecie, przynosi korzyści w perspektywie zdrowia publicznego. Po czwarte, co kluczowe biorąc pod uwagę awansowy charakter rozprawy, jest stosunkowo mało rozpoznany w pracach polskich badaczy. Zatem podjęcie przez Autorkę zagadnienia opieki koordynowanej w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób starszych, w tym z perspektywy oceny możliwości wdrożenia podejścia opieki populacyjnej, uznaję za ważny z merytorycznego punktu widzenia i o dużym potencjale badawczym.

Sam tytuł cyklu tj. Wybrane aspekty opieki koordynowanej nad osobami starszymi w Polsce nie budzi jednak mojego entuzjazmu — w mojej ocenie jest zbyt ogólny i powierzchowny, nie komunikuje problemu naukowego w sposób właściwy pracom badawczym. Rozumiem, że Autorka próbowała znaleźć wspólny mianownik dla 8 wybranych prac, ale takie sformułowanie z jednej strony nic nie mówi o kryteriach owego wyboru, a z drugiej jest tak pojemne, że nie stanowi precyzyjnego komunikatu o zawartości pracy. Konsekwencją tak sformułowanego tytułu rozprawy jest postawienie celu pracy (s. 25), w którym zbadanie owych „wybranych aspektów” odgrywa również kluczową rolę. Wszak celem każdej pracy naukowej jest zbadanie jakiegoś zjawiska/zjawisk, relacji między nimi. Takie ujęcie uznaję za mało precyzyjne. Zawężenie pola badawczego odnajduję dopiero w trzech postawionych pytaniach badawczych (s. 25), które oceniam już znacznie lepiej, jako będące nośnikiem dużego potencjału poznawczego w dyscyplinie nauk o zdrowiu. W warstwie aplikacyjnej natomiast, (które ma jednak drugorzędne znaczenie w pracach awansowych), znaczenie podjętej tematyki badań upatruję w podniesieniu jakości zarządzania systemem zdrowia, poprzez kształtowanie polityki zdrowotnej zgodnie z trendami epidemiologicznymi i demograficznymi.

Doktorantka sformułowała trzy pytania badawcze (dwa z nich zawierają w istocie kolejne dwa problemy badawcze), które koncentrują się na: 1) analizie funkcjonalnych i instytucjonalnych cech koordynowanej opieki zdrowotnej (KOZ) w Polsce, 2) ocenie wpływu wprowadzonych i planowanych reform zdrowotnych na rozwój KOZ, ze szczególnym naciskiem na opiekę nad osobami starszymi, 3) ocenie potencjału stworzenia systemu opieki populacyjnej w Polsce. Dodatkowe dwa problemy badawcze wiążą się z oceną realizacji potrzeb osób starszych w prowadzonych programach KOZ oraz oszacowaniem wpływu wdrożonych reform na wyniki zdrowotne w Polsce. Poza elementem drugiego pytania badawczego (PB2 wg nomenklatury przyjętej na s. 25), który traktuje o badaniu wpływu planowanych reform na rozwój KOZ, badania Autorki w obszarze PBI i PB2 mają charakter retrospektywny, a w obszarze PB3 — prospektywny.

Podejmując się próby rozwiązania w/w problemów badawczych Autorka posłużyła się szeregiem metod poznania naukowego, począwszy od analizy typu desk research, poprzez badania jakościowe (indywidualne wywiady pogłębione z wytypowanymi ekspertami wybranych systemów zdrowia; obserwacja uczestnicząca zrealizowana podczas wizyty studyjnej w Opatowie), po analizę wtórnego materiału badawczego w postaci analizy trendów

zgonów możliwych do uniknięcia na podstawie zasobów baz GUS i Eurostat. Zakres przestrzenny analizy obejmował przede wszystkim Polskę oraz pozostałe kraje grupy wyszehradzkiej (Czechy, Węgry, Słowacja), a zakres czasowy: lata 2002-2022. Zastosowane metody badawcze uznaję za właściwe dla zaproponowanego zakresu tematycznego rozważań, poza wspomnianą powyżej kwestią badania wpływu planowanych reform na rozwój KOZ. Zagadnienie to leży bowiem w materii ekonomicznej analizy prawa, w szczególności oceny skutków regulacji (OSR), których to narzędzi Autorka nie stosuje.

O oryginalności rozwiązania danego problemu naukowego stanowi przede wszystkim empiryczna część pracy. W recenzowanym cyklu artykułów, jak już wskazywałam, zastosowano trafne metody badawcze, głównie o charakterze jakościowym. Na szczególną uwagę zasługuje praca bazująca na materiale ilościowym (A1), będąca analizą trendów w zgonach możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej. Praca ta rzuca nowe światło na różnice międzyregionalne i ich przyczyny, co ma fundamentalne znaczenie dla kształtowania regionalnych polityk zdrowotnych i lepszego ich dopasowania do lokalnych potrzeb zdrowotnych.

Konkludując tę część recenzji, doceniam dążenie Autorki do twórczego rozwiązania nowego problemu naukowego oraz Jej autentyczne zaangażowanie w realizację postawionego celu pracy.

11. Ocena ogólnej wiedzy teoretycznej zaprezentowanej w rozważaniach objętych przedmiotem rozprawy

Ocena ogólnej wiedzy mgr Anny Sagan jest konsekwencją zapoznania się z treścią poszczególnych prac składających się na cykl, skonfrontowaną z dotychczas opublikowanym piśmiennictwem przedmiotu.

Pierwszy artykuł (A1) ma charakter badań oryginalnych, poświęconych, jak już wspomniano w recenzji, badaniu trendów w zgonach do uniknięcia, których analiza ujawnia różnice międzyregionalne w zakresie jakości i dostępności do usług zdrowotnych. Praca ta nie zawiera modelu koncepcyjnego, który byłby oparty na przeglądzie literatury. Jej głównym walorem jest analiza dużego zbioru danych (za lata 2002-2019) i wnioski, jakie z niej płyną dla metodyki oceny wydajności systemu zdrowia w Polsce.

Drugi artykuł (A2) ma charakter perspektywy, w której Autorzy systematyzują i podsumowują stan reform, inicjatyw i programów dotyczących opieki geriatrycznej w Polsce na przestrzeni dwudziestu lat. Przegląd ten jest kompletny, nie jest jednak podbudowany żadnym modelem teoretycznym. Uwaga Autorów koncentruje się na deficytach dotychczasowych rozwiązań i przedstawieniu zarysu propozycji KOZ nad pacjentami geriatrycznymi w postaci Centrów Zdrowia 75+.

Trzecia praca (A3) stanowi podsumowanie różnych inicjatyw, mających na celu poprawę koordynacji opieki, wdrożonych w ostatnich dwóch dekadach w Polsce. Autorzy przedstawiają słuszne argumenty na rzecz wzmocnienia koordynacji opieki wewnątrz sektora, jak i współpracy międzysektorowej (zdrowia i opieki społecznej) na obszarze powiatu, z Powiatowymi Centrami Zdrowia w roli głównej. Model ten bliski jest podejściu populacyjnemu, dającym dobre rezultaty, potwierdzone w badaniach empirycznych, tak pod względem skuteczności sprawowanej opieki, jak i jej efektywności alokacyjnej. Charakter artykułu (monitor polityki zdrowotnej) nie pozwolił jednak na szerszą prezentację dorobku poprzedników w tym zakresie.

Kolejne trzy prace (A4, A5 i A6) opisują rozwiązania koordynacyjne, dedykowane kluczowym obszarom opieki, tj.: opieki onkologicznej, psychiatrycznej i kardiologicznej (tylko w odniesieniu do pacjentów po zawale). Autorzy prezentują założenia poszczególnych programów, ich wdrożenie (w formie rozwiązań ogólnokrajowych lub pilotażowych), oceniają ich efekty oraz wyciągają wnioski dotyczące udoskonaleń poszczególnych inicjatyw. Artykuły te mają postać: perspektywy (dwa z nich) i monitora polityki zdrowotnej. Zostały one napisane według kanonu przewidzianego na tego typu prac.

Siódmy artykuł w cyklu (A7) poświęcono wzmocnieniu roli podstawowej opieki zdrowotnej w KOZ. W tej perspektywie zaprezentowano zasady pilotażowego programu POZ-Plus i oceniono jego realizację, wskazując na mocne i słabe strony tego rozwiązania. Niewątpliwie mocną stroną POZ-Plus, przynajmniej w warstwie koncepcyjnej, jest oparcie na modelu opieki populacyjnej. Wniosek taki płynie również z ostatniej pracy w cyklu (A8), w której Autorzy porównują różne inicjatywy KOZ, realizowane w krajach grupy wyszehradzkiej.

Na podstawie lektury cyklu stwierdzam, iż Autorka prezentuje dobrą znajomość tak krajowej, jak i zagranicznej literatury przedmiotu z zakresu polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego. Biorąc pod uwagę charakter prac (monitor polityki zdrowotnej, perspektywa) trudno mi jednak jednoznacznie ocenić stan teoretycznej wiedzy Doktorantki. W prezentowanych pracach nie odwołuje się Ona bowiem do koncepcji teoretycznych, paradygmatów czy modeli. Bardzo dobrze orientuje się natomiast w aktualnym prawodawstwie, dotyczącym polskiego systemu zdrowia, z powodzeniem przywołuje akty prawne, programy i inicjatywy dotyczące KOZ (zarówno te wdrożone, jak i te będące w sferze planów), tak w Polsce jak i w krajach grupy wyszehradzkiej. Wniosek o tym, że Doktorantka zna i rozumie koncepcje teoretyczne, będące kanwą od rozważań nad populacyjnym modelem opieki wysuwam na podstawie opisu sporządzonego na potrzeby omówienia cyklu prac, a nie na podstawie ich samej lektury.

111. Ocena umiejętności samodzielnego prowadzenia pracy naukowej poprzez dokonanie analizy i syntezy materiału źródłowego oraz zaprojektowanie, przeprowadzenie i wnioskowanie z przeprowadzonego procesu badań empirycznych.

To kryterium ewaluacji dysertacji oceniam na podstawie treści przedstawionych tak w ośmiu artykułach, jak i pkt. 4 pracy (Wyniki i wnioski z pracy badawczej). Autorka swój wywód oparła na materiale empirycznym zgromadzonym w rezultacie zastosowanych i zaprezentowanych w pkt. 3 metod badawczych (głównie o charakterze jakościowym). Efektem prowadzonych prac nad: (1) funkcjonalną i instytucjonalną warstwą KOZ w Polsce, (2) stopniem realizacji potrzeb osób starszych w wybranych programach KOZ, (3) oddziaływaniem wysiłków reformatorskich na rozwój KOZ w Polsce oraz (4) potencjałem stworzenia systemu opieki populacyjnej w naszym kraju jest zdefiniowanie szeregu implikacji naukowobadawczych i politycznych. Te pierwsze — z punktu widzenia awansowego charakteru pracy — są kluczowe dla oceny. Wśród nich odnajduję wiele ciekawych wątków, jak te mówiące o potrzebie: (1) pomiaru dokonań wprowadzanych pilotaży i regularnych programów, (2) transferu wiedzy z systemów o bogatszym niż Polska doświadczeniu w zakresie wdrażania KOZ, w tym w ujęciu populacyjnym, (3) monitorowania i kontroli efektów klinicznych, ekonomicznych i społecznych

wprowadzanych zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi, (4) udoskonalania i promowania rozwiązań, które przynoszą pozytywne efekty.

W kolejnych punktach części 4 (pkt. 4.3.1 i 4.3.2) odnajduję interesujące wnioski i rekomendacje Autorki, dotyczące tak sposobu organizacji KOZ, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób starszych, jak i dysfunkcji zaproponowanych przez decydentów systemu rozwiązań. Szkoda, że tylko pkt. 4.3.2 Autorka połączyła wprost z trzecim pytaniem badawczym, artykułowanym w pracy (s. 25). Odpowiedzi na dwa pierwsze pytania badawcze (a w zasadzie, tak jak już pisałam, w sumie cztery) odnajduję w pkt. 4.3.1, ale w sposób niekompletny i nieuporządkowany według kolejności postawionych w pracy pytań badawczych (s. 25). Nie zmienia to faktu, że podzielam wiele poglądów Autorki, dotyczących dysfunkcji obecnego modelu sprawowania opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, w tym o braku jasnej strategii, rozproszeniu decyzyjnym i organizacyjnym oraz fragmentaryzacji. Cieszy, że Autorka dostrzega szerszy kontekst imperatywu zmiany dotychczasowych rozwiązań (wychodząc poza czynniki demograficzne i epidemiologiczne) i włączając w to czynniki gospodarcze (rola „srebrnej gospodarki”), polityczne (rola osób 75+ w procesie zarządzania partycypacyjnego) oraz strukturalne (współpraca międzysektorowa na linii opieka społeczna / sektor zdrowia). Omawiana część pracy ukazuje Doktorantkę jako dojrzałego, samodzielnego badacza, zdolnego do syntetyzowania zebranego materiału empirycznego i budowania na jego podstawie ciekawych poznawczo wniosków i rekomendacji. Doceniam również próby samodzielnego zaproponowania określonych zmian organizacyjnych (jak wzmocnienie roli POZ).

W pracy Autorka zaprezentowała warsztat badawczy - właściwy dla dyscypliny nauki o zdrowiu - na dobrym poziomie. Posłużyła się typowymi metodami i narzędziami badawczymi. Udowodniła, że potrafi interpretować, wnioskować i formułować rekomendacje do dalszych badań, jak i rekomendacje natury polityczno-zarządczej. Na tle tych ostatnich mam kilka zestawów pytań do Doktorantki - proszę o ustosunkowanie się do nich podczas publicznej obrony:

1. Jak, - na bazie przeprowadzonych badań nad rozwiązaniami KOZ w Polsce i ich szerokim kontekstem, oceniłaby Pani „gotowość systemu” (wg podejścia zaproponowanego przez Greenhalgh et al., 2004)? Jakie miary można by przyjąć do oceny owej gotowości?
2. Jak, Pani zdaniem, można by usprawnić powiązanie między etapem pilotażu danego programu KOZ a etapem jego ogólnokrajowego wdrożenia? Jakie rozwiązania instytucjonalne i legislacyjne (dobre praktyki) stosowane są w innych krajach w tym aspekcie?
3. Doświadczenia innych krajów pokazują, że KOZ może być finansowana różnymi metodami. Jak te metody i za którą Pani optuje w przypadku Polski? Co z tym przemawia?

Ocena kwalifikacyjna i konkluzja

Rekapitulując stwierdzam, że postawione przez mgr A. Sagan pytania badawcze pracy, są z jednej strony świadectwem próby poszukiwania własnego, oryginalnego pola badawczego, a z drugiej tej prakseologicznej - odpowiedzi na nie mogą stać się ważnym materiałem analitycznym dla decydentów w systemie zdrowia. Doktorantka wykazała się bardzo dobrą znajomością omawianej materii, choć podstawy teoretyczne zostały zmarginalizowane.

Poszczególne części rozprawy prezentują treści niezbędne dla zaproponowanego tematu i zakresu rozważań. W pracy wykorzystano piśmiennictwo przedmiotu na dobrym poziomie, choć po pracy awansowej oczekiwałabym szerszego odwołania do koncepcji teoretycznych i ugruntowania prowadzonych rozważań z zakresu funkcjonowania i organizacji KOZ w Polsce w dowodach empirycznych (tu: na rzecz skuteczności populacyjnego podejścia do opieki), zgromadzonych przez innych badaczy, w odniesieniu do innych systemów zdrowia.

Autorka wykazała się dociekliwością, zdolnością twórczej interpretacji zgromadzonego materiału badawczego oraz umiejętnością syntetyzowania wątków podporządkowanych realizacji celu pracy, który w mojej ocenie, rozstał zarysowany zbyt ogólnie. Zaproponowana procedura badawcza pozwoliła na sformułowanie wniosków końcowych i udzielenie odpowiedzi na postawione pytania badawcze (pewne niedociągnięcie widzę w realizacji drugiego członu PB2 — Autorka wszak nie badała związków przyczynowo- skutkowych). Mgr A. Sagan, w stopniu dobrym, opanowała warsztat badawczy typowy dla badacza problemów z zakresu nauk o zdrowiu. Zatem posiada umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy badawczej.

W związku z powyższym, jako recenzent stwierdzam, że przedstawiona do oceny rozprawa doktorska mgr Anny Sagan nt. Wybrane aspekty opieki koordynowanej nad osobami starszymi w Polsce, napisana pod kierunkiem dr hab. I. Kowalskiej-Bobko, prof. UJ i dr M. Gałązki-Sobotki, 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. Wnoszę zatem o dopuszczenie Doktorantki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Iga Rudawska