



Warszawa, 12.08.2022r.

Prof. dr hab. n. med. n. zdr. Aleksandra Czerw
Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego
Kierownik
Wydział Nauk o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

RECENZJA

**rozprawy na stopień doktora nauk o zdrowiu mgr Ewy Kanieckiej,
pt. „Dobre praktyki i rozwiązania systemowe w obszarze funkcjonalnym komitetów
i zespołów problemowych wybranych podmiotów leczniczych województwa łódzkiego”**

Promotor: dr hab. n. med., prof. uczelni Dariusz Timler

Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Anna Rybarczyk-Szwajkowska

Celem przedstawionej mi do recenzji pracy doktorskiej było opracowanie modeli dobrych praktyk i rozwiązań systemowych dla sprawnego i skutecznego wdrażania oraz utrzymania wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w podmiotach leczniczych.

1. Uwagi ogólne

W ramach uwag ogólnych dysertacja wraz z załącznikami liczy 223 strony, składa się na nią 5 rozdziałów głównych, podzielonych na podrozdziały oraz dyskusja, wnioski i katalog dobrych praktyk i rozwiązań systemowych zawierających wnioski szczegółowe. Część teoretyczna zajmuje 64 strony, a część opisująca metodologię badania i wyniki 48 stron opracowania.

W dysertacji określono cel główny oraz 3 cele szczegółowe dotyczące oceny procesu wdrażania poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO w podmiotach leczniczych województwa łódzkiego, identyfikacji czynników wpływających na ten proces



oraz wskazania różnic i podobieństw w zastosowaniu poszczególnych wymagań prawnych, akredytacji i norm ISO. Doktorantka w swojej pracy stawia tezę główną mówiącą o tym, że modele dobrych praktyk i rozwiązań systemowych w zakresie funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych stanowią podstawę sprawnego i skutecznego wdrażania przepisów prawa oraz norm jakości. Uzupełnienie do tezy głównej stanowi 10 tez szczegółowych.

W części teoretycznej zaprezentowano zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, opisano zagadnienia związane z jakością świadczeń medycznych i procedurą akredytacji pomiotów leczniczych oraz dokładnie omówiono rolę komitetów funkcjonalnych i zespołów problemowych. W części praktycznej przedstawiono wyniki badania własnego Doktorantki, które posłużyły do oceny stopnia przygotowania zaawansowania procesu wdrażania wymagań prawnych i procedur. W części praktycznej wskazano także różnice i podobieństwa między podmiotami leczniczymi, które wzięły udział w badaniu.

Piśmiennictwo liczące 113 pozycji z literatury przedmiotu oraz 28 pozycji aktów prawnych i norm ISO, wykaz tabel i rycin oraz spis skrótów i terminów użytych w pracy zostały umieszczone na końcu dysertacji.

2. Znaczenie tematyki badawczej

Podjęty przez Doktorantkę temat jest bardzo ważny i interesujący z punktu organizacyjnego systemu ochrony zdrowia. Zapewnienie wysokiej jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów jest jednym z nadrzędnych celów systemowych. Standaryzacja zwiększa prawdopodobieństwo wykorzystania najlepszego możliwego wariantu procesu leczenia oraz poprawia jakość świadczeń. Poprawa efektywności i jakości usług zdrowotnych jest powiązana ze sposobem zarządzania placówkami leczniczymi, w tym pracą komitetów i zespołów problemowych. Należy pamiętać, iż podmioty lecznicze, w szczególności szpitale są specyficznymi jednostkami o skomplikowanej strukturze i mechanizmach działania, wynikającymi, m.in. z rodzaju własności, finansowania czy przynależności do poziomu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

W kwestii wdrażania wymagań prawnych, norm i standardów jakości zasób jednolitych, stale aktualizowanych metod postępowania jest ograniczony, co odbija się na samym procesie, choćby akredytacji.



Poza samym wskazaniem zakresu wymagań i standardów do wdrożenia istotnym jest sprawne ich wprowadzenie oraz późniejsze utrzymanie. Właśnie w optymalizacji tego procesu kluczową rolę ogrywiają dobrze funkcjonujące, wysokomerytoryczne komitety i zespoły problemowe. Są one cennym źródłem informacji na temat funkcjonowania danej jednostki, w tym jej mocnych i słabych stron. Wiedza ta jest natomiast niezbędna przy wprowadzaniu nowych procedur.

Należy zwrócić uwagę, że zasób wskazanych modeli działania komitetów/zespołów podmiotów leczniczych jest ograniczony, głównie do wskazań zakresów ich obowiązków. Wypracowanie zestawu dobrych praktyk w temacie funkcjonowania dla komitetów i zespołów problemowych pozwoli na optymalizację całego procesu standaryzacji. Sprawnie funkcjonujący komitet/zespół efektywniej wykonuje swoje zadania, co ma wpływ na prawidłowe działanie wdrożonych przepisów i norm. Z punktu zarządzania w systemie opieki zdrowotnej jest to bardzo istotne zagadnienie.

Wyniki dysertacji, szczególnie opracowany katalog dobrych praktyk, posłużyć mogą do wsparcia poprawy funkcjonowania podmiotów leczniczych w obszarach, które bezpośrednio przekładają się na jakość świadczonych usług oraz na bezpieczeństwo zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego.

3. Ocena metodologii badawczej

Sposób przygotowania pracy oraz ujętych analiz został przeprowadzony poprawnie, jednak są miejsca w pracy wymagające uzupełnienia lub przeformułowania. Na podstawie rozprawy poniżej dokonano oceny zastosowanej metodologii oraz sformułowano pewne zastrzeżenia.

W badaniu posłużono się metodami badań ilościowych. Analizie statystycznej poddano wyniki otrzymane w badaniach ankietowych, badaniu pilotażowym i badaniu głównym. W badaniu pilotażowym wzięło udział 15 podmiotów leczniczych z województwa łódzkiego, badanie główne przeprowadzone zostało z udziałem 20 podmiotów. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 9 obszarów tematycznych, obejmujących, m.in. zagadnienia związane z organizacją i funkcjonowaniem komitetów i zespołów problemowych w jednostkach, systemem zarządzania i akredytacji, Polityką Bezpieczeństwa Informacji czy współpracą z innymi podmiotami.



Zgodnie z opisem metod analizy statystycznej (rozdział 4.5.3 Metody analizy statystycznej) w przypadku zmiennych ilościowych z badania pilotażowego został obliczony ich zakres oraz średnie arytmetyczne, natomiast w przypadku zmiennych ilościowych z badania głównego został obliczony ich zakres, średnie arytmetyczne, mediany oraz odchylenia standardowe. Istotność statystyczną zależności pomiędzy zmiennymi zweryfikowano natomiast w oparciu o wartości współczynnika korelacji punktowo-biseryjnej. W oparciu o wartości współczynnika korelacji dokonano również oceny siły otrzymanych zależności. Współczynnik korelacji punktowo-biseryjnej został prawidłowo dobrany do poziomu pomiaru analizowanych zmiennych.

Rozdział 5.2 Wyniki badania głównego rozpoczyna się od prezentacji rozkładów częstości na rycinach 1-3. Dane przedstawione na rycinach nr 1 i 2 nie zostały w żaden sposób skomentowane w tekście. Wydaje się, że informacje o charakterystyce szpitali pod względem liczby łóżek i struktury zatrudnienia czytelniej byłoby przedstawić w tabeli, ponieważ prezentowane słupki wyrażają bardzo małe liczebności. Oś pionowa na rycinie 2 została wyskalowana z dokładnością do połowy jednostki, co jest niefunkcjonalne - nie możemy mówić o "połowie szpitala". Różnice w zakresie ocen przedstawionych na rycinie 4 warto byłoby zweryfikować za pomocą testów istotności statystycznej. Podobnie, różnice w zakresie ocen przedstawionych w tabelach 12, 13, 15, 16 i 17 oraz na rycinach 5 i 6. W tekście nie omówiono wyników przedstawionych w tabeli 14 dotyczących zakresu poszczególnych analiz.

W opisie badania głównego zawarta jest informacja, zgodnie z którą w badaniu udział wzięli respondenci z 20 szpitali spośród 34 uprawnionych. Warto byłoby zweryfikować, czy szpitale objęte badaniem różniły się od szpitali, których badaniem nie objęto, np. pod względem specyfiki organizacyjnej.

W rozdziale 5.1 Wyniki badania pilotażowego nie przedstawiono zapowiadanych w rozdziale 4.5.3 Metody analizy statystycznej średnich arytmetycznych i zakresów wartości. Opis wyników ograniczono jedynie do ogólnego podsumowania, bez prezentacji precyzyjnych danych liczbowych.

Stosowany przez autorkę zapis wartości współczynników korelacji punktowej-biseryjnej, w którym w nawiasie w pierwszej kolejności podaje próg istotności statystycznej a w drugiej kolejności - wartość współczynnika jest nietypowy.



W literaturze naukowej w pierwszej kolejności podajemy wartości analizowanej statystyki a dopiero w drugiej - jej istotność. W każdej tabeli zawierającej wartości współczynników korelacji punktowo-biseryjnej jest wielokrotnie powtarzana informacja o przyjętym poziomie istotności 0,05. Próg ten jest progiem przyjmowanym konwencjonalnie. Informacja o przyjętym progu istotności statystycznej została również podana w rozdziale 4.5.3 Metody analizy statystycznej. Wydaje się, że nie ma potrzeby wielokrotnego (kilkaset razy) podawania tej samej informacji. Współczynnik korelacji punktowo-biseryjnej może przyjmować wartości od -1 do 1. W analizie otrzymano wartości dodatnie świadczące o dodatnich zależnościach, jednak ten fakt nie został zauważony ani skomentowany w opisie wyników.

Podsumowując, należy stwierdzić, że zastosowane metody statystyczne zostały dobrane prawidłowo, jednak mimo zapowiedzi zamieszczonej w tekście nie przedstawiono wartości liczbowych otrzymanych w badaniu pilotażowym. W przypadku niektórych wartości otrzymanych w badaniu głównym nie przeprowadzono weryfikacji istotności statystycznej różnic, co można byłoby zrobić stosując nieparametryczne testy istotności statystycznej, np. test Friedmana uzupełniony testem Wilcozona w roli testu porównań parami. Sposób przedstawienia wyników, w niektórych miejscach odbiega od sposobu prezentacji wyników w tekstach naukowych. Dotyczy to kolejności zapisu wartości statystyk i ich istotności, wyskalowania osi na wykresie czy też przedstawiania na wykresie słupkowym niewielkich liczebności analizowanych obserwacji.

Dobre praktyki i rozwiązania systemowe w obszarze funkcjonalnym komitetów i zespołów problemowych dedykowane szpitalom znajdujące się na końcu pracy zostały sformułowane przejrzysto i precyzyjnie oraz są ściśle powiązane z całością opracowania.

Od strony formalnej źródła bibliograficzne wykorzystane w rozprawie są dobrane poprawnie do tematu pracy oraz prawidłowo cytowane. Praca została napisana starannie. Tabele oraz ryciny zostały właściwie osadzone w tekście.

Należy podkreślić, że powyższe uwagi nie wpływają na pozytywną ocenę całości pracy. Metodologia pracy została skonstruowana w przemyślany sposób, a metody badawcze dobrane prawidłowo do tematu. Widoczna jest znaczna wiedza naukowa Doktorantki.



4. Podsumowanie

Przedstawiona mi do oceny praca stanowi spójne i przemyślane dzieło spełniające wszystkie kryteria pracy naukowej na poziomie doktorskim. Rozprawa stanowi istotne źródło nowych informacji oraz przyczynia się do poszerzenia wiedzy w dziedzinie nauk o zdrowiu.

Stwierdzam, zatem, iż rozprawa doktorska Pani mgr Ewy Kanieckiej stanowi samodzielne rozwiązanie problemu naukowego, dowodzi opanowania warsztatu badawczego i spełnia warunki określone w art. 187 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2020 r. poz. 85 z późn. zm.). Doktorantka potrafi posługiwać się narzędziami badań naukowych, posiada znaczną wiedzę teoretyczną, umiejętność samodzielnego rozwiązywania problemów naukowych oraz umie korzystać z literatury naukowej.

Zwracam się do Wysokiej Rady Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie Doktorantki, mgr Ewy Kanieckiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK
ZAKŁADU EKONOMIKI ZDROWIA
I PRAWA MEDYCZNEGO
Wydział Nauk o Zdrowiu
Aleksandra Czerw
prof. dr hab. n. med. n. zdr. Aleksandra Czerw
Specjalista zdrowia publicznego