

II KATEDRA I KLINIKA GINEKOLOGII
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
20-090 Lublin, ul. dr K. Jaczewskiego 8
tel.: (081) 72 44 268, 72 44 688, 72 44 686
fax.: (081) 72 44 849

II Katedra i Klinika Ginekologii

Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Kierownik Kliniki: *Prof. dr hab. n. med. Tomasz Rechberger*

20-954 Lublin, ul. Jaczewskiego 8; Tel. +48/81 7244 686, Fax. +48/81 7244 849

Lublin 18/02/2016

Ocena dysertacji doktorskiej mgr Beaty Obłóży p.t. „Porównanie organizacji i finansowania opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w województwie mazowieckim oraz podkarpackim”

wykonanej pod kierunkiem naukowym

dr hab. n. med. Grzegorza Raby, prof. UR

Konstytucja zapewnia obywatelom prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy terytorialne pełnią funkcje zarządcze, nadzoru, kontroli oraz finansowania systemu opieki zdrowotnej.

Od szeregu lat kwestie finansowania opieki zdrowotnej budzą wiele emocji, poddawane są debacie publicznej i ulegają modyfikacjom lub zmianom na szczeblu administracyjnym. Celem podejmowanych działań jest optymalizacja wykorzystania środków finansowych i dopasowania do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Mimo tego nie ma jednomyślności w tej kwestii tak wśród świadczeniodawców jak i świadczeniobiorców jak i nie opracowano jednolitego i sprawiedliwego wzorca przepływu środków finansowych w systemie opieki zdrowotnej. Rozdzielanie środków finansowych jest mało przejrzyste, budzi wiele kontrowersji, utrudniając realizację świadczeń

zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. To z kolei prowadzi do zmniejszonej efektywności finansowej i funkcjonowania służby zdrowia niosąc za sobą nieplanowany wzrost składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Mimo szeregu podjętych starań system opieki zdrowotnej w Polsce przeżywa obecnie poważne trudności. Ze względu na utrudniony dostęp do opieki specjalistycznej, niezadawalającą jakość świadczeń w ocenie pacjentów, niezadawalające warunki płacowe w sektorze opieki zdrowotnej, zadłużanie się publicznych zakładów opieki zdrowotnej, niezadowolenie pojawia zarówno wśród świadczeniodawców jak i pacjentów. W związku z tym, że organizacja systemu opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach podlega władzom samorządowym, podejmującym autonomiczne decyzje w oparciu o istniejące akty prawne oraz własne możliwości finansowe, może to prowadzić do odmiennych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w tym kobietom rodzącym i noworodkom w różnych rejonach kraju.

W przedstawionej mi do oceny dysertacji doktorskiej mgr Beta Obłóza podjęła się niezmiernie ważnej i interesującej analizy porównawczej mającej odpowiedzieć na pytanie, czy gwarantowane przez państwo polskie prawo do ochrony zdrowia i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych ze środków publicznych jest równoznaczne z gwarancją realizowania wszystkich rodzajów świadczeń z zakresu świadczeń zdrowotnych kobietom rodzącym i noworodkom w województwach podkarpackim i mazowieckim.

Przedstawiony do recenzji manuskrypt w twardych oprawach, składa się ze 101 stron estetycznie i starannie przygotowanego wydruku komputerowego z szeregiem tabel, wykresów oraz kolorowych rycin. W skróconej formie, pozwolę sobie poniżej poddać analizie treść recenzowanej dysertacji doktorskiej.

Na początku pracy, Autorka przedstawiła spis zastosowanych w pracy skrótów, tłumacząc je w oryginalnej pisowni. Oceniana dysertacja odbiega od standardów prac, albowiem na wstępie pracy od strony 5 do strony 8 Autorka zaprezentowała wykaz tabel

a następnie wykaz rycin. Pozwoliło to Recenzentowi zapoznać się skrótowo z tematyką przedstawianego materiału.

We wstępie dysertacji, Autorka szczegółowo omówiła akty prawne i rozporządzenia dotyczące organizacji i finansowania opieki położniczej w Polsce. Następnie bardzo dokładnie przedstawiła organizację systemu służby zdrowia w Polsce w tym szczegółowo omówiła organizację trójpoziomowej opieki położniczo-ginekologicznej jak i noworodkowej.

Cel pracy przedstawiony jest jasno. Założeniem pracy było dokonanie analizy organizacji i finansowania opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w województwach: mazowieckim oraz podkarpackim w latach 2010-2014. Szczegółowe cele obejmowały syntetyczną ocenę organizacji i finansowania, porównanie środków finansowych oraz określenie spójności systemu ww. opieki. W przyjętym dedukcyjnym modelu procesu badawczego, sformułowano 4 wstępne hipotezy, których weryfikacja prowadzona w toku badań doprowadziła do sformułowania wniosków.

Cel dysertacji realizowano także poprzez postawienie 6 pytań badawczych, dzieląc badanie na 4 etapy. Po zidentyfikowaniu podmiotów świadczących usługi lecznicze w zakresie położnictwa i neonatologii, określeniu źródeł finansowania, zebraniu danych demograficznych i epidemiologicznych, mgr Beata Obłozą dokonała analizy porównawczej, określiła współczynniki korelacji pomiędzy tak ważnymi wskaźnikami jak: umieralności niemowląt i matek oraz porodów przedwczesnych w odniesieniu do poziomem finansowania opieki zdrowotnej. Do wykonania obliczeń wykorzystany został pakiet statystyczny Statistica v.12.0.PL. Analiza statystyczna uzyskanych wyników została przeprowadzona prawidłowo, po zastosowaniu ogólnie przyjętych testów. Metodyka badania była adekwatna do realizacji celu.

W badaniu użyto statystyki opisowe takie jak: opis tabelaryczny, wykresy słupkowe, wykresy interakcji, tabele dwudzielcze (krzyżowe), podstawowe

charakterystyki liczbowe dla cech mierzalnych. W celu analizy użyto szereg metod statystycznych, najodpowiedniejszych z uwagi na charakter i rozkład badanych zmiennych: test niezależności chi-kwadrat, współczynnik kontyngencji C-Pearsona, test Kruskala-Wallisa, test Manna-Whitne'a. W niektórych tabelach prezentowanych w ramach trzeciego etapu zbierania materiałów źródłowych, recenzent nie mógł zidentyfikować 25 pełnych nazw szpitali i miejscowości w których znajdowały się analizowane obiekty ze względu na wielkość czcionki.

Wyniki w czytelnej i ciekawej formie, zaprezentowane na 21 stronach wydruku komputerowego, pozwalają na szczegółowe zapoznanie się z badanymi cechami. Zawierają szereg tabel i rycin. Różnice istotne statystycznie wśród analizowanych cech przedstawione są na żółtym tle. Wśród wyników chciałbym wyróżnić istotne różnice w finansowaniu zarówno opieki nad kobietą rodzącą jak i opieki neonatologicznej dotyczące ośrodków o II i III stopniu referencyjności w analizowanych województwach, co nie koreluje ze wskaźnikami jakości opieki zdrowotnej. Zostało to zawarte we wnioskach drugim i trzecim oraz szóstym. W świetle powszechnej krytyki służby zdrowia w środkach masowego przekazu nie ma to uzasadnienia jedynie w ośrodkach o I stopniu referencyjności gdzie poziom finansowania jest podobny.

W dyskusji, na 7 stronach dysertacji doktorantka omówiła dokładnie uzyskane wyniki badań, zwracając uwagę na tzw. „nierówności w zdrowiu”. Pomimo funkcjonowania trójstopniowego systemu referencji ośrodków mającego na celu zapewnienie tego samego standardu opieki zdrowotnej, doktorantka zaobserwowała brak różnic dla ludności w analizowanych województwach który dotyczył jedynie zakresu podstawowego t.j. opieki I stopnia referencyjności.

W zakresie opieki wysokospecjalistycznej województwo mazowieckie posiada wyższą liczbę stanowisk co można tłumaczyć centralizacją opieki dotyczącą rzadkich patologii, trudnym do uzasadnienia jest natomiast wyższy poziom finansowania jednakowych procedur w różnych rejonach kraju w ramach tego samego systemu

opieki zdrowotnej. Autorka wykazała, że alokacja wyższych kwot kontraktów na wysokospecjalistyczną opiekę położniczo – noworodkową w badanych województwach nie koreluje ani z poprawą współczynników umieralności noworodków ani z odsetkiem porodów przedwczesnych. Ponadto wielkość kontraktów w przeliczeniu na jedno łóżko także nie koreluje z danymi epidemiologicznymi takimi jak liczba urodzeń, liczba mieszkańców, wskaźniki umieralności noworodków i kobiet oraz odsetek porodów przedwczesnych. Budzi to wg autorki pytanie o racjonalność wydawania środków finansowych. Autorka postuluje o potrzebie stworzenia jednolitego algorytmu przydzielania środków finansowych dla świadczeniodawców na terenie kraju opartego na przejrzystych zasadach. Podnosi także problem i uczula na zapewnienie tzw. bezpieczeństwa zdrowotnego jako wyrazu troski decydentów o zdrowie obywateli. Przeprowadzona analiza wydaje się także niezbędna dla skutecznego wprowadzenia programu „Ograniczenie Społecznych Nierówności w Zdrowiu” współfinansowanego z Norweskiego Mechanizmu Finansowego.

Prezentowane wyniki stanowią rzetelną analizę i dostarczają wiedzy na temat nierówności w zdrowiu, co może stanowić jeden z elementów do przeciwdziałania temu zjawisku. Przeprowadzona analiza wpisuje się w aktualne trendy Światowego Zgromadzenia Zdrowia, mającego na celu uzyskanie przez wszystkich obywateli świata takiego poziomu zdrowia, który pozwoli im prowadzić ekonomicznie i społecznie produktywne życie, gdzie zdrowie określono jako jeden z elementów rozwoju ludzkości.

Czytając dyskusję czuję niedosyt dotyczący dokładnej analizy interesujących obserwacji, mianowicie próby wytłumaczenia braku różnic w istotnych wskaźnikach będących miarą poziomu funkcjonowania opieki zdrowotnej (śmiertelności okołoporodowej oraz porodów przedwczesnych) przy znacznych dysproporcjach w nakładach na analizowaną opiekę zdrowotną.

Wnioski z niniejszej dysertacji, w formie opisowej (strona 93), sformułowane są prawidłowo. Wskazują na występowanie różnic w wartości kontraktów przypadających na jedno łóżko zarówno położnicze jak i noworodkowe w ośrodkach o II-go i III-go

stopnia referencyjności w ramach trójstopniowego systemu opieki perinatalnej. Osiągnięciem badawczym Autorki było wykazanie, że większe nakłady na opiekę perinatalną w województwie mazowieckim nie korelują z obniżeniem wskaźnika umieralności okołoporodowej noworodków oraz odnotowanym odsetkiem porodów przedwczesnych. Również wartym podkreślenia jest wykazanie przez doktorantkę, że nakłady zarówno na opiekę położniczą jak i noworodkową korelują z liczbą urodzeń jedynie w ośrodkach o I stopniu referencyjności.

W świetle powyższych wniosków warto byłoby porównać także udział procentowy środków finansowych przeznaczonych na opiekę perinatalną pochodzących od władz samorządowych w analizowanych województwach.

Spis piśmiennictwa (strony 94-98), streszczenia w języku polskim oraz angielskim (strony 99-101), znajdują się na końcu dysertacji. Starannie przygotowana bibliografia, zawiera 63 pozycje literatury, ułożona jest według kolejności cytacji danej pracy w dysertacji. Podkreślić należy, że większość cytacji jest bardzo aktualna bowiem pochodzi z piśmiennictwa opublikowanego po roku 2000.

Podsumowując, dysertacja mgr Beaty Obłozy p.t. „Porównanie organizacji i finansowania opieki nad kobietą rodzącą i noworodkiem w województwie mazowieckim oraz podkarpackim” jest bardzo starannie przygotowanym i zredagowanym opracowaniem porównującym organizację oraz finansowanie opieki perinatalnej. Autorka zwraca uwagę na znaczące różnice zarówno w dostępności do wysokospecjalistycznej opieki zdrowotnej jak i w wielkości nakładów finansowych na opiekę perinatalną w analizowanych województwach w ramach systemu opieki zdrowotnej. Chciałbym jeszcze raz podkreślić ważny i wynikający z analizy wniosek, że wielkość nakładów nie koreluje z jakością opieki zdrowotnej, mierzoną śmiertelnością okołoporodową czy też odsetkiem porodów przedwczesnych. Afirmuje to rolę czynnika ludzkiego w opiece perinatalnej. Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki ich prezentację oraz nowatorski charakter części uzyskanych danych wnoszę do Rady Wydziału Medycznego, Uniwersytetu Rzeszowskiego o dopuszczenie mgr Beaty Obłozy do dalszych etapów

przewodu doktorskiego. Recenzent ma także nadzieję na publikację wyników badań w czasopismach naukowych jak i wykorzystania wyników w celu usprawnienia organizacji i finansowania opieki perinatalnej. Ze względu na sposób przeprowadzenia badań, wartość uzyskanych wyników, zarówno poznawczych jak i użytkowych, wnioskuję o wyróżnienie rozprawy.

dr hab. med. Marek Gogacz
specjalista ginekologii i położnictwa
1067024