



Prof. dr hab. Edyta Barnaś

Rzeszów, 20.10.2023r.

Recenzja rozprawy doktorskiej

napisanej przez **mgr Martę Gallas**

pt. „**Bezpieczeństwo świadczeniobiorców w Programie Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży**”

wykonanej pod kierunkiem naukowym dr hab. Aleksandry Gaworskiej- Krzemińskiej, prof. uczelni, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Podstawę formalną wykonania recenzji stanowi pismo Przewodniczącego Rady Nauk o Zdrowiu prof. dr hab. Jędrzeja Antosiewicza (NZD.5000.50.03.2023) otrzymane w dniu 03.10.2023r.

Od ponad 40 lat toczy się debata międzynarodowa na temat optymalizacji rozwiązań instytucjonalnych w systemach ochrony zdrowia. Z jednej strony jest to związane z dynamicznym wzrostem wydatków na opiekę zdrowotną, z drugiej obecne trendy demograficzne przekładają się na relatywnie duży udział w aktualnych wydatkach państw. Wszystko to stanowi wyzwanie w aspekcie dyscypliny finansów społecznych, zwłaszcza w kontekście zapewnienia sprawiedliwego dostępu do wysokiej jakości usług medycznych. Znalazło to odzwierciedlenie w dokumentach WHO, która zaleca takie zarządzanie systemem opieki zdrowotnej, aby przy ograniczonych zasobach finansowych zapewnić beneficjentom dostęp do wysokiej jakości usług. Szczególnie istotnym obszarem w zakresie długofalowego zdrowia społeczeństwa jest opieka okołoporodowa. Stąd jednym z celów postawionych przez Radę Praw Człowieka ONZ jest poprawa jakości opieki okołoporodowej na świecie, co znajduje potwierdzenie w deklaracjach odnoszących się do polityki międzynarodowej. Celem zrównoważonego rozwoju jest eliminacja zgonów okołoporodowych, którym można zapobiec poprzez zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych i poprawę ich jakości.

Dziękuję Wydziału Nauk o Zdrowiu
al. mjr. W. Kopisto 2a,
Wpł. dnia 25.10.2023
35-959 Rzeszów
Nr-DNZ/



Z dostępnych międzynarodowych badań wynika, że zwiększenie liczby przedporodowych wizyt edukacyjnych wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka zgonu noworodków. Ponadto poprawa jakości opieki okołoporodowej (w tym jakości świadczonych usług medycznych) przyczynia się do zmniejszenia śmiertelności noworodków o 23%.

Również w Polsce od lat podejmowane są starania o wprowadzenie różnych programów poprawiających wskaźniki opieki okołoporodowej. Jednym z nich jest model opieki koordynowanej nad kobietą ciężarną (KOC), zainicjowany przez NFZ w 2017 roku. W modelu tym kobieta wybiera szpital, w którym odbędzie się poród, a następnie wybiera swój zespół pracowników służby zdrowia składający się z lekarza-ginekologa-położnika, położnej oraz pozostały personel spośród personelu szpitala. Jednostką koordynującą opiekę nad kobietą ciężarną jest szpital z wyboru. Celem KOC jest zapewnienie kompleksowej opieki kobiecie ciężarnej, a w przypadku wystąpienia powikłań położniczych – wczesna diagnostyka i odpowiednie leczenie. Do programu kwalifikują się szpitale, w których rocznie rodzi się co najmniej 600 dzieci. W ramach opieki koordynowanej zespół ma zapewniać całość opieki nad matką i dzieckiem od momentu potwierdzenia ciąży lub zgłoszenia się pacjentki do czasu ukończenia przez dziecko pierwszych sześciu tygodni życia. Opieka po urodzeniu dziecka obejmuje między innymi wizyty położnej w domu oraz konsultacje w zakresie karmienia piersią. Całość podjętych działań w ramach KOC ma wzmocnić w kobiecie poczucie bezpieczeństwa na każdym etapie ciąży i porodu.

Tak więc przechodząc do oceny rozprawy doktorskiej warto w tym miejscu podkreślić aktualność i trafność wyboru tematu pracy. Praca jest interesująca, zarówno pod względem poznawczym jak i empirycznym.

Przedstawiona mi do oceny praca ma formę jednostronnego wydruku komputerowego w twardej oprawie, zawierającego 145 numerowanych stron tekstu. W tekście pracy zamieszczono 127 tabel oraz 17 wykresów. Piśmiennictwo właściwie dobrane, zawiera 102 opisy bibliograficzne. Zastosowano styl Vancouver w cytowaniach, co jest typowe dla dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu.

Struktura pracy jest poprawna, charakterystyczna dla prac badawczych w naukach o zdrowiu. Główne części oznaczono cyframi rzymskim od I do VII. W numeracji rozdziałów i podrozdziałów zastosowano system dziesiętny. Dysertacja ma układ klasyczny i obejmuje: *Wstęp*, *I rozdział pt. „Wybrane elementy z historii i praktyki położnictwa na świecie”*, *II pt. „Modele opieki na kobietą ciężarną w Polsce”*, *III pt. „Zasady rozliczania świadczeń z Naro-*

al. mjr. W. Kopisto 2a,



dowym Funduszem Zdrowia”, IV Cel i metodyka badań, V Wyniki badań, VI Dyskusja, VII wnioski końcowe, Streszczenia, Abstract, Piśmiennictwo, Spis tabel, wykresów, Załączniki. Objętość poszczególnych rozdziałów jest adekwatna do ich zawartości.

Rozprawa posiada staranną formę edytorską i jest napisana poprawnym, przejrzystym językiem. Opisy tabel i rycin umieszczono w sposób przyjęty w naukach o zdrowiu, są one poprawne graficznie. W pracy na końcu po *Wnioskach końcowych* zostały zawarte *Streszczenie* w języku polskim i angielskim, które są zgodne z tekstem pracy. Mają one właściwy, typowy układ streszczenia strukturalnego.

Rozprawę rozpoczyna *Wstęp*, który zasadniczo wprowadza czytelnika w istotę zagadnień związanych z dysertacją. Jest on napisany w sposób rzeczowy, zwięzły, zastosowano w nim odwołania do najważniejszych dokumentów międzynarodowych i krajowych, których istotą jest optymalizacja działań związanych z opieką ciążową i okołoporodową.

Kolejne rozdziały teoretyczne są przemyślane i poukładane logicznie. W pierwszej części Autorka przybliży rys historyczny wybranych praktyk położniczych na świecie, przytaczając ciekawostki i fakty historyczne z różnych epok ludzkości. Kolejno omawia zasady aktualnych rozwiązań przyjętych w ramach opieki okołoporodowej w wybranych państwach europejskich. Ta część pracy jest interesująca, ponieważ ukazuje trzy modele opieki okołoporodowej realizowanej w Holandii, Wielkiej Brytanii i Austrii. Zastosowana tu płynna, aczkolwiek zwięzła narracja, pozwala czytelnikowi na zauważenie podobieństw i różnic w przyjętych rozwiązaniach praktycznych w opiece nad ciężarną i rodzącą w wyżej wymienionych krajach. Na kanwie tych rozważań Doktorantka omawia modele opieki nad kobietą ciężarną w warunkach polskich. Tu obok klasycznego modelu opieki, starannie opisuje zasady funkcjonującego od 2017 roku programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży (KOC). Oprócz właściwie dokonanego omówienia założeń obydwu modeli opieki okołoporodowej, Autorka szczegółowo przybliży zasady rozliczania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach tych modeli opieki.

Tak przedstawione opracowanie zagadnień teoretycznych, potwierdza dobre przygotowanie Doktorantki do określenia założeń i celów pracy (Rozdział IV).



Celem głównym pracy była ocena funkcjonowania Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży (KOC) oraz jego skutków w aspekcie bezpieczeństwa pacjentek, ich dzieci oraz słuszności wprowadzenia rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia publicznego.

Do celu głównego poprawnie wysunięto sześć celów szczegółowych i hipotez badawczych. Cele szczegółowe dotyczyły:

- oceny zakresu wdrożenia Programu Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży w polskich szpitalach,
- oceny częstości prowadzenia ciąży przez położne w Polsce w ramach KOC i w tradycyjnym modelu,
- poznania opinii kobiet ciężarnych, które korzystały z Programu KOC o świadczeniach realizowanych przez położne i lekarzy,
- poznania opinii kobiet ciężarnych, które korzystały z klasycznego modelu o świadczeniach realizowanych przez położne i lekarzy,
- poznania opinii kobiet ciężarnych obu badanych grup o rozwiązaniach organizacyjnych i poczuciu bezpieczeństwa,
- poznania opinii położnych i lekarzy na temat rozwiązań organizacyjnych i bezpieczeństwie świadczeniobiorców w Programie KOC.

Ponadto prawidłowo postawiono problem badawczy: „Czy wprowadzenie Programu KOC wpłynęło na zmianę roli położnej, zwiększenie poziomu wiedzy, poczucia bezpieczeństwa i zadowolenia kobiet w ciąży, oraz słuszność rozwiązań systemowych w Polsce?”

W opinii recenzenta opisane założenia i cel pracy wskazują na przemyślaną koncepcję badania.

W kolejnych dwóch podrozdziałach pracy (4.3 i 4.4) Doktorantka opisuje metodykę i organizację projektu badawczego. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. W badaniu zastosowano cztery narzędzia badawcze, w tym jedno opracowane przez NFZ i trzy autorskie, które zostały przygotowane na podstawie pierwotnego kwestionariusza ankiety NFZ oraz założonych celów badawczych. Narzędzia dobrano poprawnie, biorąc pod uwagę założone cele pracy. Badanie zostało przeprowadzone w latach 2019-2021 na grupie 4939 osób, w tym: 3216 kobiet korzystających



z Programu KOC, 1642 kobiet, które zostały objęte klasycznym modelem opieki, oraz 81 lekarzy i położnych. Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (nr NKBBN/530/2019-2020).

Badanie zostało zrealizowane w oparciu o 4 etapy:

Etap I – analiza retrospektywna danych pozyskanych z 8 szpitali realizujących Program Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży w Polsce. Analiza dotyczyła wypełnianych przez pacjentki kwestionariuszy ankiet NFZ. W pierwszym etapie badania, uzyskano zgodę z NFZ, na wykorzystanie danych z Centrali NFZ, dotyczących liczby i rodzaju świadczeń udzielanych przez placówki medyczne, lekarzy i położne w zakresie opieki okołoporodowej w latach 2017-2020, w tym KOC. Zebrano dane bezpośrednio z 8 szpitali: dane z kwestionariusza NFZ za lata 2017-2019, ogółem od 3 216 kobiet ciężarnych objętych opieką w ramach KOC.

Etap II – badanie kobiet objętych tradycyjnym modelem, za pomocą ankiety przygotowanej na podstawie kwestionariusza ankiety Narodowego Funduszu Zdrowia. Ankietę przy wykorzystaniu metody CAWI udostępniono w formie on-line na stronach związanych tematycznie z opieką okołoporodową. Badanie przeprowadzono w 2020 roku. Poprawnie opracowano *kryterium włączenia* którym było odbycie porodu w okresie do 6 miesięcy od chwili przeprowadzenia badania. Analogicznie jako *kryterium wyłączenia* z badania przyjęto odbycie porodu powyżej 6 miesięcy oraz prowadzenie ciąży w ramach KOC. Do analizy włączono materiał od 1642 kobiet.

Etap III – badanie opinii położnych i lekarzy na temat funkcjonowania Programu KOC. Badanie przeprowadzono w pierwszej połowie 2021 roku przy wykorzystaniu metody CAWI. Link do ankiety został wysłany do wszystkich szpitali w Polsce realizujących KOC. Pozyskano opinię od 45 położnych oraz 36 lekarzy.

Etap IV – opracowanie i analiza zebranych danych. Cały materiał poddany został analizie statystycznej przy wykorzystaniu MS Excel 2016 oraz programu statystycznego STATA 13. Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych. W celu wykrycia zależności pomiędzy cechami jakościowymi wykonano test chi-kwadrat. Celem weryfikacji hipotez badawczych użyto pakietu IBM SPSS Statistics 28. Za poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$. Wyniki badań przedstawiono w tabelach, wykresach oraz w formie opisowej.

Całość założeń metodologicznych pracy Autorka kończy rozważaniami na temat ograniczeń projektu badawczego. W opinii recenzenta rozważania te powinny być umieszczone w dyskusji pracy.

Wyniki badań (Rozdział V) zostały zaprezentowane konsekwentnie do opisanych etapów badań co zdecydowanie ułatwia odbiór i ich interpretację. Pierwsza część dotyczy danych pochodzących z NFZ, z których jednoznacznie wynika, że zarówno liczba udzielanych świadczeń jak i liczba osób, którym te świadczenia są udzielane z roku na rok maleje. W 2020 roku liczba udzielonych świadczeń z zakresu N01- Poród naturalny, wynosiła ok 140 tys., była o 22% mniejsza niż 2017 roku. Także liczba cięć cesarskich zmalała o 19%. Jednak stosunek cięć cesarskich do sumy porodów naturalnych i porodów drogą cięcia cesarskiego, każdego roku jest taki sam i wynosi ok 38%.

Prowadzenie ciąży przez położne jest zjawiskiem rzadkim w Polsce. Analiza danych przeprowadzona przez Doktorantkę wskazuje, że 2017 r. położne do 10 tyg. ciąży prowadziły 459 ciąż pacjentek. Następnie z każdym tygodniem ciąży liczba pacjentek będących pod opieką położnych malała, dochodząc do 168 w 38-39 tygodniu ciąży. Także liczba świadczeń udzielanych przez lekarzy, z roku na rok maleje, adekwatnie do spadku urodzeń. W 2017 r. lekarze udzielili ponad 280 tys. świadczeń, w 2020 r. było ich niecałe 219 tys. Analogicznie, co roku maleje liczba osób objętych opieką okołoporodową. W 2017 r. do 10 tyg. ciąży prawie 45 tys. kobiet było objętych opieką lekarską, 2020 r. liczba ta spadła do niecałych 37 tys. Jak wykazuje Doktorantka świadczenie usług przez położne w Polsce głównie odbywają się przy okazji wizyt pacjentek u lekarza oraz wizyt patronażowych. W 2017 roku położne odbyły ponad 436 tys. wizyt edukacyjnych pomiędzy 21 a 31 tyg. ciąży (średnio 5 wizyt przypada na 1 pacjentkę) oraz prawie 773 tys. świadczeń po 32 tyg. ciąży (6 wizyt na 1 pacjentkę). W 2020 roku natomiast liczba ta spadła do 388 tys. udzielonych świadczeń pomiędzy 21 a 31 tyg. ciąży (średnio 4 wizyt przypadających na 1 pacjentkę) oraz ok. 730 tys. świadczeń pomiędzy 21 a 31 tyg. ciąży (średnio 6 wizyt przypadających na 1 pacjentkę). Wizyty patronażowe corocznie realizowane są na tym samym poziomie, średnio 4 wizyty na 1 pacjentkę.

Jak wykazała Doktorantka w ramach programu KOC liczba ciąż prowadzonych przez położną wzrosła z 7 w 2017 r. do 20 w 2020 r. Podobnie liczba świadczeń udzielanych przez lekarzy w ramach KOC wzrosła z 2007 świadczeń w 2017 roku do ponad 14 tys. w 2020 r. Także liczba świadczeń udzielanych przez położne w ramach wizyt patronażowych w KOC,



co roku wzrasta. W 2017 r. położne odbyły 457 wizyt patronażowych (średnio 3 wizyty patronażowe przypadają na 1 pacjentkę). W 2020 r. było to 3 473 wizyt, średnio 4 wizyty patronażowe na 1 pacjentkę.

Niezwykle ciekawe wydają się być wyniki badań przeprowadzone wśród kobiet objętych tradycyjnym modelem opieki okołoporodowej. Wynika z nich, że kobiety młode, z wykształceniem wyższym, mieszkanki większych miast wykazują większą skłonność do korzystania z opieki położnej w trakcie ciąży ($p=0,018$). Ponadto kobiety będące pod opieką położnej częściej decydują się na poród siłami natury ($p=0,048$). Doktorantka wykazała brak zależności pomiędzy zawodem osoby opiekującej się ciążą a późniejszym karmieniem piersią przez kobietę ($p=0,381$) oraz brak zależności pomiędzy profesją osoby opiekującej się ciążą a oceną dziecka w skali Apgar ($p=0,108$). Kobiety będące pod opieką położnej zdecydowanie częściej miały możliwość skorzystania z opieki/rozmowy ze specjalistą laktacyjnym ($p=0,028$) oraz deklarowały większe zadowolenie ze współpracy w ramach opieki ciążowej ($p=0,009$).

Z kolei wśród wyników uzyskanych od badanych położnych w ramach sprawowanej przez nie koordynowanej opieki nad ciężarną (KOC), interesujące jest, że są to osoby w wieku 41-60 lat (75%), zamieszkujące miasta do 50 tys. mieszkańców, ze stażem pracy powyżej 25 lat. Szczegółowa analiza wskazuje na to, że młodsze stażem położne z większym prawdopodobieństwem zgodziłyby się prowadzić ciążę samodzielnie ($p=0,043$). Częściej są to położne pracujące w większych miejscowościach ($p=0,024$). Także młodsze stażem położne są bardziej zaangażowane w opiekę poruszając więcej tematów z podopieczną ($p=0,027$), a także są bardziej dyspozycyjne w zakresie kontaktu całodobowego ($p=0,016$).

Wśród badanych lekarzy najliczniejszą grupę stanowili lekarze w wieku 45-60 lat (47%), zamieszkujący miasta od 51-500 tys. mieszkańców, o stażu pracy ponad 25 lat. Doktorantka wykazała, że lekarze z najmniejszym stażem pracy (do 5 lat) opowiadają się za większą liczbą spotkań z pacjentkami, aniżeli ich starsi koledzy ($p=0,043$).

Zarówno lekarze, jaki i położne, za największy plus programu KOC uznają możliwość prowadzenia pacjentki od momentu ciąży do porodu przez jeden zespół. Kolejny pozytyw oceniony przez lekarzy to lepsza wycena świadczeń, dla położnych natomiast jest to zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjentek będących pod opieką jednego zespołu specjalistów. Minusem zarówno dla lekarzy jak i położnych, jest większa ilość obowiązków administracyjnych związanych z programem (wypełnianie większej liczby dokumentów).



Dalsza pogłębiona analiza wyników pozwoliła Doktorantce na znalezienie różnic w zakresie możliwości wyboru osoby prowadzącej ciążę pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej, a pacjentkami objętymi opieką w ramach klasycznego modelu. Wykazała tu, że większość kobiet, która miała możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę, realizowała opiekę w ramach KOC, ustalając z nią plan opieki w trakcie pierwszej wizyty. Także ta grupa kobiet miała wyższe poczucie bezpieczeństwa w ramach opieki ambulatoryjnej oraz możliwość natychmiastowego kontaktu z osobą sprawującą opiekę w sytuacji nagłej.

Ponadto kobiety objęte programem KOC wyżej oceniły skuteczność stosowanego podczas porodu leczenia przeciwbólowego. Autorka wykazała istotne różnice w ponownym wybraniu tej samej placówki do porodu pomiędzy pacjentkami korzystającymi z opieki koordynowanej, a pacjentkami realizującymi ciążę w ramach klasycznego modelu opieki. Większość kobiet, która zdecydowanie ponownie wybrałaby tą samą placówkę do porodu, realizowała opiekę w ramach KOC. Wykazano, że kobiety objęte opieką w ramach KOC wyżej oceniły dostępność do profesjonalnych porad położnej. Zdecydowanie więcej położnych w programie KOC była zainteresowanych stanem psychicznym ankietowanych. Wszyscy lekarze oraz 93% badanych położnych uważają, że pacjentki mogą czuć się w programie KOC bezpiecznie.

Analiza wyników stała się podstawą dla Doktorantki do potwierdzenia tezy, iż aktualne kompetencje położnych w Polsce, pozwalają na bezpieczne prowadzenie kobiet w ciąży fizjologicznej samodzielnie.

Całość zaprezentowanych wyników badań jest spójna z założoną metodyką pracy i wskazuje na sumienność Doktorantki w opracowaniu i interpretacji danych.

Na kolejnych jedenastu stronach rozdziału *Dyskusja* Autorka prawidłowo omawia wyniki własne, wychodząc od danych polskich przedstawiających udział położnych w prowadzeniu ciąży w modelu tradycyjnym versus w programie KOC, na przestrzeni analizowanych lat. Doktorantka w sposób przemyślany próbuje wytłumaczyć zjawisko spadku ilości ciąż będących pod opieką położnej wraz z czasem trwania ciąży. Opiera to z jednej strony na danych z rozliczeń kodów jednostkowych z NFZ, z drugiej zaś próbuje to omówić w kontekście wyników uzyskanych od badanych położnych. Szczególnie odnosząc to do stażu pracy, miejsca zamieszkania badanych położnych a ich postaw odnośnie samodzielnego prowadzenia ciąży. Kolejny ważny aspekt w dyskusji dotyczy ilości odbywanych wizyt u położnej wraz



z poruszaną tematyką wizyt. Te rozważania są oparte zarówno o dane pochodzące od badanych pacjentek, jak i położnych. Całość wyводу jest odnoszona do wyników polskich uzyskanych podczas kontroli NIK-u. Warto zauważyć, że Dyskusja jest poprowadzona płynnie, narracja swobodna z użyciem zwięzłego języka, co powoduje że czyta się ją z dużą przyjemnością. Doktorantka wskazuje na ograniczenia badania związane z małą ilością profesjonalistów, którzy wzięli udział w badaniu, czy retrospektywną analizą części pozyskanych danych oraz pojawiającymi się sytuacjami losowymi tj. pandemia COVID-19. Równocześnie w sposób dojrzały dokonuje zwięzłego podsumowywania poruszanych aspektów z jednoczesnym wskazaniem na trudności w odniesieniu części wyników do danych światowych, ze względu na brak podobnych rozwiązań systemowych tj. program KOC w innych krajach. Mimo tych trudności Doktorantka potrafi omówić najważniejsze wyniki (m.in. bezpieczeństwo w ciąży, poczucie szacunku, respektowanie życzeń rodzącej, interwencje podczas porodu, opieka po porodzie), zestawiając je trafnie z wynikami innych autorów polskich i zagranicznych. Ogółem w samej tylko *Dyskusji* zawarła ponad połowę cytowanego piśmiennictwa (66 pozycji piśmiennictwa). Podsumowując ten rozdział należy podkreślić, że Doktorantka jest świadoma mocnych i słabych stron badania i potrafi to właściwie wyeksponować. Wszystko to świadczy o dużej dojrzałości naukowej Doktorantki.

Wyciągnięte przez Doktorantkę *Wnioski* odpowiadają wynikom badań i znajdują odniesienie do przyjętych założeń pracy. Autorka prawidłowo wysunęła sześć poniżej przytoczonych wniosków:

1. „Wprowadzenie modelu opieki nad kobietą ciężarną KOC nie wpłynęło na diametralną zmianę roli położnej. Mimo, zwiększenia liczby porodów prowadzonych samodzielnie przez położne, to nadal większość kobiet w Polsce nie posiada pełnej wiedzy w zakresie aktualnych rozwiązań systemowych, roli położnej i lekarza w zakresie świadczeń udzielanych w trakcie ciąży.
2. Aktualne kompetencje położnych w Polsce, pozwalają na bezpieczne prowadzenie kobiet ciężarnych (w ciąży fizjologicznej) samodzielnie.
3. Wśród pacjentek panuje przekonanie, że lekarz posiada większą wiedzę i kompetencje do prowadzenia ciąży niż położne. Przekłada się to, na niepełne wykorzystywanie środków gwarantowanych przez NFZ na realizację świadczeń położnych.



4. Kobiety, które korzystały z Programu o KOC wyżej oceniają otrzymywane świadczenia w ramach opieki okołoporodowej niż pacjentki, które korzystały z klasycznego modelu opieki.
5. Bezpieczeństwo świadczeniobiorców w ramach Programu KOC jest wyżej oceniane przez pacjentki, położne i lekarzy, niż w klasycznym modelu opieki.
6. Wprowadzenie Programu KOC jest pozytywnie oceniane przez kobiety ciężarne, położne i lekarzy. Uważają, że ciągłość opieki sprawowanej przez ten sam personel medyczny jest jednym z najważniejszych elementów wpływających na bezpieczeństwo pacjentek i ich dzieci, potwierdzają to również badania międzynarodowe”.

Warto zauważyć, że Doktorantka w sposób dojrzały wysuwa także postulat praktyczny w postaci rekomendacji, podkreślając iż KOC należy uznać za bezpieczne i uzasadnione rozwiązanie systemowe, stąd istnieje potrzeba poszerzania wiedzy kobiet o dostępności i możliwości korzystania z tego programu.

Podsumowując stwierdzam, że oceniania praca doktorska zatytułowana „Bezpieczeństwo świadczeniobiorców w Programie Koordynowanej Opieki nad Kobieta w Cięży” napisana przez mgr Martę Gallas, posiada szereg walorów poznawczych i praktycznych i zdecydowanie stanowi podstawę do dalszych badań oraz potwierdza przygotowanie Doktorantki do dalszego prowadzenia działalności naukowo – badawczej.

Uważam, że przygotowana przez mgr Martę Gallas rozprawa doktorska na stopień doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu (nowy tryb), spełnia wymogi określone w art. 190 ust.3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2020 poz. 85 z późn. zm.). **Wnoszę więc do Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, wniosek o dopuszczenie mgr Marty Gallas do dalszych etapów przewodu doktorskiego, jednocześnie ze względu na nowatorski temat i charakter prowadzonych badań wnioskuję o wyróżnienie pracy.**

Uniwersytet Rzeszowski
Dziekan
Kolegium Nauk Medycznych
Edyta Barnas
prof. dr hab. n. o zdr. Edyta Barnas