

Ocena rozprawy doktorskiej mgr Rafała Muca pt:

„Ograniczenia dostępu do leczenia retinopatii cukrzycowej i cukrzycowego obrzęku płamki żółtej z perspektywy polskiego systemu opieki zdrowotnej”

Cukrzyca jest nazywana epidemią XX i XXI wieku i jest pierwszą chorobą niezakaźną, której nazwa ta została przypisana przez Światową Organizację Zdrowia. Ocenia się, że w chwili obecnej na cukrzycę choruje prawie 450 mln ludzi na całym świecie, liczba ta będzie jednak rosła wraz ze wzrostem populacji ludzkiej oraz ze wzrostem dobrobytu i częstości związanej z nim otyłości.

Powikłania cukrzycy dzieli się zwykle na trzy główne grupy oraz kilka grup o mniejszym znaczeniu klinicznym i ekonomicznym. Najważniejsze zapewne powikłania cukrzycy to powikłania makronaczyniowe (miażdżyca i zakrzepy dużych naczyń), które manifestują się klinicznie tzw. incydentami sercowo-naczyniowymi (ostry zespół wieńcowy zawał serca, udar mózgu) oraz miażdżycowym uszkodzeniem i zaburzeniami przepływu w innych łożyskach naczyniowych (kończyny dolne, jama brzuszna). Powikłania te są najczęstszą przyczyną zgonów chorych na cukrzycę. Druga ważna grupa powikłań to powikłania mikronaczyniowe. Mogą one dotyczyć każdego łożyska naczyniowego, ale dwie szczególne manifestacje kliniczne mikroangiopatii to retinopatia i nefropatia. Inne powikłania to neuropatia, stopa cukrzycowa, zakażenia (np. choroba przyzębia), a także śpiączki cukrzycowe.

Retinopatia cukrzycowa to jedno z ważniejszych i częstszych powikłań cukrzycy. Chorobowość na retinopatię cukrzycową w niektórych populacjach przekracza 70% (częstość zależy od populacji, wieku, wyrównania cukrzycy, czasu trwania cukrzycy i in.). Nie powoduje ona zwiększenia śmiertelności, ale jest potencjalną przyczyną ślepoty. Dopiero od niedawna istnieją realne możliwości skutecznego leczenia retinopatii cukrzycowej: fotokoagulacja laserowa oraz inhibitory VEGF. Leczenie to jest jednak dość kosztowne. Szczególnie w polskich warunkach może to stanowić ograniczenie systemowe, powodujące zmniejszenie możliwości dostępu szerokich grup chorych do skutecznej terapii retinopatii cukrzycowej. Ograniczenia takie mogą być jednak także spowodowane innymi przyczynami.

Niewątpliwie poznanie prawdy o systemowych (i nie tylko systemowych) ograniczeniach dostępu do leczenia jest ważnym elementem mogącym prowadzić do zmiany, w sensie

poprawy różnych elementów organizacyjnych i finansowych w służbie zdrowia i instytucjach ją nadzorujących i finansujących, czego rezultatem powinna być poprawa dostępności świadczeń. Dlatego, biorąc pod uwagę także częstość cukrzycy i retinopatii cukrzycowej, dobrze się stało, że doktorant wybrał temat dostępność do leczenia chorych na tę chorobę.

Przedstawiona praca jest podsumowaniem opublikowanych przez doktoranta publikacji dotyczących retinopatii cukrzycowej, jej finansowania i dostępności do świadczeń w tym zakresie. W cyklu prac znalazło się pięć publikacji. Ich tytuły to „The access to an ophthalmic treatment in Poland on the example of the ocular complications in the course of diabetes mellitus”, “Associations of diabetic retinopathy with retinal neurodegeneration on the background of diabetes mellitus. Overview of recent medical studies with the assessment on the impact on the healthcare system”, Diabetic macular edema management – international guidelines overview”, “Financing ophthalmic treatment in Poland” I Diabetic macular edema treatment limits in Poland”. Doktorant jest pierwszym autorem czterech pierwszych prac i drugim autorem ostatniej z nich.

Rozprawa składa się ze streszczenia, wykazu wyżej wspomnianych publikacji, wstępu, podsumowania wyników badań, dyskusji i wniosków. Prace, na których opiera się rozprawa zostały przytoczone *in extenso* na jej końcu.

We wstępie autor przedstawia w skrócie cele badań, które zaowocowały wspomnianymi publikacjami. W największym skrócie ich była odpowiedź na pytanie, czy pacjenci z retinopatią cukrzycową mają zapewniony odpowiedni dostęp do publicznej służby zdrowia, i czy NFZ właściwie alokuje przeznaczone na leczenie tych chorych środki.

Kolejny rozdział przedstawia merytoryczne podsumowanie cyklu przedstawionych prac. Wyniki przedstawiono w sposób czytelny, ilustrując je 6 rycinami i 1 tabelami, dobrze rozmieszczonymi, przejrzystymi i ułatwiającymi śledzenie wyników. Rozdział ten podzielony jest na podrozdziały. Pierwszy z nich mówi o cukrzycy i jej powikłaniach, drugi o wytycznych leczenie retinopatii cukrzycowej, trzeci przedstawia epidemiologię cukrzycy i retinopatii cukrzycowej w Polsce, czwarty opisuje dostęp do leczenia w naszym kraju. W podrozdziale tym autor opisuje procedury rozliczające retinopatię, porównuje liczbę okulistów w Polsce i krajach europejskich, ocenia liczbę lekarzy i ośrodków okulistycznych oraz dostępność do leczenia w poszczególnych województwach.

W efekcie autor dochodzi do wniosku, że opieka okulistyczna w Polsce nie jest najlepsza. Liczba chorych przypadająca na jednego okulistę jest dość duża (z wymienionych krajów

europejskich większa jest tylko w Wielkiej Brytanii). Rozkład ośrodków okulistycznych i lekarzy w poszczególnych województwach jest nierównomierny, a okres oczekiwania na wizyty dość długi.

Dyskusja prowadzona jest w sposób wyważony i rozsądny, autor właściwie ocenia i interpretuje wyniki, identyfikując również niewyjaśnione problemy i wskazując je jako cel przyszłych badań. We wnioskach autor stwierdza, że odpowiedzi na oba postawione wcześniej pytania są negatywne. Dostęp chorych z retinopatią do świadczeń jest ograniczony, a alokacja funduszy przez NFZ jest nierównomierna i nieprawidłowa. Wnioski kończą się rekomendacjami działań naprawczych, które powinny być wdrożone, aby poprawić sytuację chorych.

Uwagi recenzenta:


1. Recenzentowi zabrakło w pracy danych dotyczących ślepoty spowodowanej retinopatią. Temat ten nie znalazł się w cyklu przedstawionych prac, a szkoda, bo jest to twardy punkt końcowy świadczący o nieskuteczności terapii. Może warto byłoby temat ten włączyć do kolejnych analiz.
2. Recenzent rozumie również, że w czasopiśmie, w których opublikowane były prace doktoranta zamieszczone są reklamy wydawnictwa, jednak przedrukowywanie tych reklam do rozprawy ~~nie~~ wydaje mu się właściwe
3. Zwraca uwagę pewną niestaranność stylistyczną i gramatyczną tekstu pracy. Np. ostatnie zdanie pierwszego akapitu na str. 8. Po pierwsze, nazwy chorób nie powinny być rozpoczynane od dużych liter. Po drugie, sformułowane „występują do 50% pacjentów z cukrzycą” jest gramatycznie niepoprawne. Takich niepoprawnie sformułowanych zdań jest w tekście pracy sporo. Recenzent nie widzi potrzeby ich przytaczania, jako że zadaniem jego jest nie sprawdzanie poprawności językowej, ale ocena merytoryczna, zaleca jednak unikania tego typu błędów w przyszłości.
4. Dobór piśmiennictwa w części opisowej sprawia również wrażenie nie zawsze właściwego. Np. w przytoczonym powyżej zdaniu, w którym autor podaje, że częstość powikłań cukrzycy wynosi „do 50%”, jedna z przytoczonych na poparcie tego stwierdzenia prac pochodzi z roku 1991, jest zatem niezbyt aktualna.
5. Wreszcie, opieranie się na pojedynczych danych i podawanie bardzo dokładnych liczb często nie jest właściwe w dziedzinie wszystkich nauk biologicznych, jak bowiem wiadomo, organizmy żywe charakteryzują się dużą zmiennością. Np. stwierdzenie, że

„częstość występowania DME obliczana jest na 7,48% całkowitej populacji chorych na cukrzycę” jest w najlepszym razie tylko częścią prawdy o epidemiologii DME.

Powyższe uwagi nie negują jednak merytorycznej wartości rozprawy Rafała Muca. Niewątpliwymi jej zaletami są podjęcie ważnego praktycznie zagadnienia, a także jasne i czytelne przedstawienie wyników ich omówienie. Rozprawa stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, wykazuje ogólną wiedzę teoretyczną doktoranta i potwierdza umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

W oparciu o powyższą ocenę uważam, że praca mgr Rafała Muca spełnia wymogi określone w artykule 13 ustęp 1 Ustawy o Stopniach i Tytule Naukowym, i przedstawiam niniejszym Wysokiej Radzie Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wniosek o dopuszczenie Go do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Warszawa, 14.11.2018


Prof. dr hab. n. med. Edward Franek