

**Голові Спеціалізованої вченої ради
Д 64.600.06 при Харківському
національному медичному університеті,
доктору медичних наук,
професору В.А. Огневу**

ВІДГУК

**офіційного опонента, доктора медичних наук,
професора Голованової Ірини Анатоліївни
на дисертаційну роботу Лобаса Михайла Віталійовича
«Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-
організаційної моделі медичної допомоги сільському населенню України»,
яка подана до спеціалізованої вченої ради при Харківському національному
медичному університеті на здобуття наукового ступеня кандидата медичних
наук за спеціальністю 14.02.03 «соціальна медицина»**

Актуальність теми дисертаційного дослідження пов'язана з тим, що в Україні 52% загального населення проживає в сільській місцевості.

При цьому за статистичними даними та даними наукових публікацій стан здоров'я сільського населення є гіршим ніж міського населення, а показники смертності в тому числі в працездатному віці є вищими. Рівні народжуваності сільського населення є нижчими ніж міського, що на тлі демографічної кризи в країні призводить до більш високих темпів природного убутку сільського населення ніж міського.

На певні відмінності стану здоров'я міського та сільського населення вказують не тільки вітчизняні, а і дослідники провідних країн світу.

Враховуючи дану ситуацію ВООЗ ставить питання про рівні можливості в отриманні медичної допомоги незалежно від місця проживання

Необхідно відмітити, що в поодиноких роботах, які присвячені питанням організації медичною допомогою сільського населення, відмічається недостатній рівень доступності медичної допомоги в тому числі і первинної.

Дане і зумовило напрямок дослідження та визначило його мету і завдання.

Актуальність теми дисертаційного дослідження підсилюється необхідністю виконання Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами.

Дисертаційна робота стала фрагментом НДР: „Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні” № державної реєстрації 0115U2852, термін виконання 2015-2017 рр., яка виконувалася в ДУ „Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”. Дисертант є виконавцем фрагментів НДР.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації, їх достовірність і новизна.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації та їх достовірність високі.

Досягнення мети дослідження потребувало розробки спеціальної програми, яка передбачала його реалізацію у шість взаємопов'язаних організаційних етапів.

Дисертаційне дослідження виконано на достатньому науково-методичному рівні з використанням сучасних методів соціальної медицини: бібліосемантичний, соціологічний, медико-статистичний, концептуального і описового моделювання, організаційного експерименту, експертних оцінок. Методичною основою дослідження став системний підхід та системний аналіз.

Інформаційна база дослідження складалася із статистичних звітів ЗОЗ первинної, вторинної, третинної, екстреної медичної допомоги за період 2009-2016 рр. в кількості 432 одиниць та анкет соціологічного дослідження серед сільського населення області в кількості 400 осіб, анкети опитування сімейних

лікарів в кількості 137 та анкети опитування лікарів, які працюють в центральних районних лікарнях в кількості 194.

Під час виконання шостого організаційного етапу дослідження були використані анкети незалежних експертів із яких 4 доктори медичних наук, 8 кандидати медичних наук, 12 організаторів охорони здоров'я вищої та першої кваліфікаційної категорії, 10 представників органів виконавчої влади..

Обсяги дослідження є достатніми для отримання достовірних результатів і повного розкриття об'єкту дослідження.

Отриманий статистичний матеріал було опрацьовано за допомогою програм Statistica - 6 та MS Excel з використанням, при проведенні порівнянь, критерію хі-квадрат із поправкою Йейтса.

Базами наукового дослідження стала система охорони здоров'я Черкаської області яка включає заклади з надання первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше в Україні:

- системно представлено проблеми організації доступної та якісної медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров'я країни;

- обґрунтовано, розроблено та частково запроваджено оптимізовану функціонально – організаційну модель медичної допомоги сільському населенню, яка є комплексною, охоплює всі рівні регіонального управління та визначає і розмежовує задачі і функції влади та системи охорони здоров'я;

- досліджено оцінку сільським населенням доступності та якості первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги та оцінку лікарями загальної практики-сімейними лікарями (ЛЗП-СЛ) і лікарями, які працюють в центральних районних лікарнях (ЦРЛ) умов для надання сільському населенню доступної та якісної медичної допомоги на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров'я країни;

- обчислено кількість осіб сільської місцевості на рівні окремого регіону, які потребують паліативної медичної допомоги, зокрема 12231 особи із їх

структуризацією за причинами смерті: 9519 (77,8%) осіб з хворобами системи кровообігу, 1969 (16,1%) осіб з онкологічними захворюваннями та 317 (2,6%) осіб з хронічними обструктивними захворюваннями легенів.

Набули подальшого розвитку дані про динаміку показників здоров'я сільського населення на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров'я країни.

Удосконалено міжсекторальні підходи в комплексному рішенні проблем забезпечення сільського населення доступною та якісною медичною допомогою.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині управління охороною здоров'я, зокрема щодо оптимізації медичної допомоги сільському населенню.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони стали підставою для розробки методичних рекомендацій з оптимізації медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров'я країни.

Обґрунтовано необхідність створення системи паліативної допомоги сільському населенню з структуризацією її типу залежно від причин смертності населення.

Впровадження результатів дослідження в практику проводилося на етапах його виконання на галузевому, регіональному та базовому рівнях.

Повнота викладення матеріалів в опублікованих працях.

Матеріали дисертації опубліковані в 14 наукових роботах, в тому числі: в 7 статтях у наукових фахових виданнях (в одноосібному авторстві – 6), 1 розділі монографії, 5 – матеріалах науково-практичних конференцій, 1 – методичних рекомендаціях.

Оцінка змісту та оформлення дисертації.

Дисертація побудована класично. Текст дисертації викладено на 278 сторінках друкованого тексту, із них 149 сторінок власного тексту. Робота складається із вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми дослідження, 4 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій,

списку використаної літератури, додатків; ілюстрована 63 таблицями, 16 рисунками, має 28 додатків. Список використаної літератури включає 174 наукових джерел, у тому числі 34- іноземних авторів.

Розділи дисертації є логічно взаємопов'язаними між собою і відповідають поставленим завданням дисертаційного дослідження. Дисертація оформлена відповідно до вимог, які затверджені ДАК України.

У **вступі** представлено актуальність, зв'язок з науковими темами, мету, завдання, об'єкт, предмет, бази наукового дослідження, методи дослідження, наукову новизну, теоретичне та практичне значення, рівень впровадження та апробації результатів дослідження, особистий внесок здобувача, характеристику публікацій, обсяг та структуру дисертації.

У **першому розділі** *«Характеристика особливостей медико-демографічної ситуації та умов отримання медичної допомоги сільським населенням в країнах світу та Україні»* наведено результати аналітичного огляду наукової літератури з питань організації надання медичної допомоги сільському населенню.

В розділі представлено виявлені проблемні питання в організації медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі соціально-економічного розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров'я країни. Звертає на себе увагу детальний аналіз захищених за останні роки дисертаційних робіт за спеціальністю соціальна медицина в плані теми особистої дисертаційної роботи.

За результатами проведено аналізу дисертантом визначено напрям дослідження та сформовано його мету та завдання.

У **другому розділі** *«Програма, матеріали і методи дослідження»* представлено програму та дизайн дисертаційного дослідження. Дослідження проводилося в шість організаційних етапів з використанням системного підходу, що забезпечило комплексність дослідження та можливість отримання достовірної інформації для оцінки стану об'єкту дослідження.

При розробці програми дисертантом враховувались методичні принципи її створення: системність, комплексність, достовірність результатів, наступність, практична значущість результатів.

В розділі детально представлено за кожним організаційним етапом інформаційну базу та обсяги дослідження, його методологічний апарат.

Представлена в розділі методологія проведення дослідження підтверджує його високий науково-методичний рівень.

У третьому розділі «Характеристика медико-демографічної ситуації сільського населення Черкаської області» дисертантом показано, що в динаміці 2006-2016 років в області медико-демографічна ситуація має несприятливий характер. Так, кількість сільського населення скоротилася на 52284 (6,3%) при цьому кількість населення працездатного віку скоротилася на 7,4%. Кількість дитячого населення скоротилася на 9,5% і склала 133136 осіб.

Показники народжувальності скоротилися на 1,1 і склала 8,8 на 1000 населення, смертність сільського населення скоротилася на 0,8 і склала 19,0 (по області 16,4) з достовірною різницею в розрізі адміністративних територій.

Показник захворюваності дорослого сільського населення скоротився в 1,3 разу і склав 4978,8 на 10 тис населення з різницею показника в розрізі адміністративних територій в 1,8 разу. При цьому показник захворюваності сільського населення працездатного віку скоротився в 1,3 разу і склав 5655,0. В структурі захворюваності дорослого населення працездатного віку провідні місця займають хвороби органів дихання (32,0%), хвороби системи кровообігу та травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (по 8,8%), хвороби ока та його придаткового апарату (7,8%). Показник поширеності хвороб серед дорослого населення скоротився в 1,2 і склав у 2016 році 17843,1.

Дисертантом відмічено найбільший рівень накопичення хвороб за наступними класами: новоутворення; хвороби ока та його придаткового апарату; хвороби органів дихання; травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників.

Показник захворюваності дитячого населення сільського населення скоротився в 1,16 разу і склав 14375,5 на 10 тисяч дитячого населення з різницею показника в розрізі адміністративних територій в 1,93 разу. Провідні місця в структурі захворюваності дитячого населення займають наступні класи хвороб: хвороби органів дихання (66,32%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (33,3%), травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (5,18%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (4,97%). Показник поширеності хвороб серед сільського дитячого населення області скоротився в 1,62 разу і склав 14375,5.

Також в ході дослідження встановлена нерівномірність показників первинного виходу дорослого сільського населення в розрізі адміністративних територій на інвалідність.

У четвертому розділі «Характеристика системи надання медичної допомоги сільському населенню Черкаської області та основних показників її діяльності» показано, що в області функціонує розгалужена мережа закладів охорони здоров'я з надання первинної, екстреної, спеціалізованої (амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної) та високоспеціалізованої медичної допомоги сільському населенню.

При пріоритетному розвитку первинної медико-санітарної допомоги в області незавершена її структурна перебудова при низькому рівні укомплектованості штатних посад сімейних лікарів. В області мається 23 сімейні амбулаторії, посади в яких не укомплектовані сімейними лікарями. Також відмічається низький рівень забезпеченості автотранспортом, обладнанням та виробами медичного призначення.

Дана ситуація негативно відбивається на показниках роботи. В перерахунку на одного сільського дорослого жителя рівень звертання до сімейних лікарів складає 2,1 разу на рік, а дитячого 2,9 разів. При цьому частка звернень з профілактичною метою складає 12,5% та 34,4% відповідно.

Загальнообласними проблемами при організації екстреної медичної допомоги сільському населенню є: незадовільний стан доріг; відсутність

освітлення значної частини сіл в нічний час; відсутність табличок з назвами вулиць та номерів будинків; недостатній рівень укомплектованості санітарним автотранспортом та його незадовільний технічний стан; недостатній рівень фінансування на придбання лікарських засобів для надання ЕМД. Дефіцит медичного персоналу служби екстренної медичної допомоги зареєстровано в кількості 281 фізичних осіб.

Спеціалізована амбулаторно-поліклінічна допомога. В області функціонує 253 ЗОЗ/підрозділів в яких надається спеціалізована амбулаторно-поліклінічна медична допомога. СНІПам відповідає 86,2% будівель в яких вони розташовані, а оснащені відповідно до галузевих стандартів на 50% та нижче – 106(58,6%). Рівень забезпечення лікарськими посадами, в розрахунку на 10 тис сільського населення, за роки дослідження має тенденцію до скорочення і в 2016 році становив 9,3 з коливаннями в розрізі адміністративних територій від 6,8 в 1,8 ($p \leq 0,05$) разу. Укомплектованість лікарських посад має тенденцію до скорочення з показником 78,3% в 2016 році при різниці в розрізі адміністративних територій від 56,8% в Катеринопільському до 100,0 в Тальнівському районі.

Рівень звернень населення до лікарів для отримання амбулаторно-поліклінічної допомоги, включаючи стоматологів, має незначну тенденцію до зростання в становить в 2016 році 8,3 звернення на одного жителя. Коливання показника в розрізі адміністративних територій зареєстровані від 6,1 в Тальнівському до 10,4 в Монастирищенському районі. Різниця складає 1,7 разу. Порівняння кількості звернень населення до ЛЗП-СЛ та до лікарів спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги вказує на те, що населення в 3,95 разів частіше звертається до лікарів, які надають спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу ніж до ЛЗП-СЛ. Лікарі спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги відвідують хворих на дому. За роками дослідження в структурі відвідувань частка відвідувань на дому складає 6,5%.

Спеціалізована стаціонарна допомога. Спеціалізована стаціонарна допомога надається сільському населенню в 20 ЦРЛ та 1 РЛ. Загальний ліжковий фонд для надання спеціалізованої медичної допомоги в 2017 році складає 3610

ліжок із рівнем забезпеченості ліжками 46,7 ліжок на 10 тис. населення з коливаннями в розрізі адміністративних територій. Укомплектованість штатних посад склала 71,1%. Загальний дефіцит лікарів для надання стаціонарної спеціалізованої допомоги становить 822 особи. При цьому необхідно відмітити, що частка працюючих пенсіонерів становить 30,2%. Загальний дефіцит обладнання для відділень інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я в яких надається стаціонарна спеціалізована допомога складає: апарати ШВЛ - 253 одиниць, моніторингове обладнання - 172 одиниці, що унеможливило проведення ефективного інтенсивного лікування пацієнтів.

Рівень госпіталізації дорослого сільського населення в 2016 році склав 17,9 на 100 дорослого сільського населення. Рівні госпіталізації дитячого населення до закладів охорони здоров'я в яких надається спеціалізована медична допомога, за роки дослідження мали хвилюподібну динаміку та тенденцію до підвищення з показником у 2016 році 19,2 на 100 сільських дітей, що на 1,3 перевищує відповідні показники серед дорослого населення. В розрізі адміністративних територій показники госпіталізації дитячого населення коливаються у 2,8 разів.

Госпітальне ліжко ЦРЛ використовувалось нерівномірно: найбільш інтенсивно в 2013 році - 334 дні на рік і найменш інтенсивно в 2015 році - 322 дні на рік. В 2016 році, при загальному показнику 329 днів на рік граничні коливання склали 72 дні.

Показники летальності пацієнтів в ЦРЛ за роками дослідження не досягали 2%. При високому показнику смертності сільського населення в тому числі населення працездатного віку низькій рівень летальності пацієнтів в стаціонарах вказує на те, що більша частка із вказаних осіб помирає вдома не отримуючи необхідної медичної допомоги.

Високоспеціалізована медична допомога. Доступність високоспеціалізованої медичної допомоги сільському населенню області вивчалася шляхом вивчення показників госпіталізації сільського населення: дорослого в обласну лікарню, дитячого в обласну дитячу лікарню.

В дисертації показано, що в 2016 році частка сільських жителів серед всіх госпіталізованих до обласної лікарні склала 37,5%, а до дитячої обласної лікарні – 57,5%, що говорить про доступність високоспеціалізованої медичної допомоги сільському населенню.

Дисертантом показано, що в області відсутня система паліативної допомоги, що може бути однією із причин високого рівня госпіталізації та використання ліжкового фонду закладів вторинної медичної допомоги.

У п'ятому розділі *«Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників та сільського населення Черкаської області щодо рівня задоволеності медичною допомогою та можливих шляхів її оптимізації»* показано результати проведеного ходу виконання дисертації соціологічного дослідження.

Респонденти неоднозначно оцінили стан організації та якості медичної допомоги сільському населенню області.

Респонденти сімейні лікарі у 96,4±0,9% відмічають, що їх прибутки не забезпечують фінансового благополуччя сім'ї, а їх заробітна плата не залежить від показників роботи, а це призводить до зниження пристижу професії.

При цьому рівень загальної професійної підготовки сімейних лікарів респонденти оцінили як такий, що потребує покращення – 35,1±2,4%. Більше половини опитаних негативно оцінили рівень матеріально-технічної бази закладів первинного рівня.

Опитані лікарі центральних районних лікарень відмітили, що заробітна плата всіх респондентів не залежить від обсягів та складності їх праці та у 86,6±1,7% опитаних не задовольняє потреби. При вивченні питання щодо рівня підтримки опитаними реформи системи охорони здоров'я отримані наступні результати: 43,8±2,5% вказують на потребу покращення ефективності та якості спеціалізованої медичної допомоги, 74,2 ±2,2% підтримує пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, 66,5±2,4% підтримує формування госпітальних округів, 68,0±2,3% підтримує автономізацію закладів охорони здоров'я, 57,7±2,5% підтримує створення електронної системи

охорони здоров'я, $78,4 \pm 2,1\%$ підтримує запровадження гарантованого державою пакету медичних послуг.

За результатами опитування сільського населення області встановлено, що територіально недоступною первинну медичну допомогу вважає $13,25 \pm 1,7\%$ респондентів, економічно недоступною $23,5 \pm 2,1\%$ та неякісною – $18,25 \pm 2,0\%$. При оцінці спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги її територіально недоступною вважає $21,0 \pm 2,0\%$ опитаних, економічно недоступною $17,75 \pm 1,9\%$ та неякісною – $9,75 \pm 1,5\%$. Спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу територіально недоступною вважає $12,75 \pm 1,7\%$ опитаних, економічно недоступною $24,5 \pm 2,2\%$ та неякісною – $11,5 \pm 1,6\%$; екстрену медичну допомогу неякісною – $4,75 \pm 1,1\%$ та несвоєчасною – $24,25 \pm 2,1\%$ респондентів.

Як відомо, результати соціологічних досліджень є важливим індикатором оцінки діяльності системи охорони здоров'я і тому враховані дисертантом в подальшому науковому дослідженні.

У шостому розділі «Обґрунтування та характеристика оптимізованої функціонально-організаційної моделі медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі розвитку суспільства, результати її впровадження та експертної оцінки» базуючись на отриманих в ході дослідження результатах дисертантом представлено концептуальні підходи до оптимізації медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі розвитку суспільства та обґрунтовану і розроблену оптимізовану функціонально-організаційну модель організації медичної допомоги сільському населенню на регіональному рівні.

Концептуальні підходи до оптимізації медичної допомоги сільському населенню базувалися на усуненні встановлених проблем і є комплексними вони носять міжсекторальний характер і розділяються за рівнями управління. В зв'язку з цим нами розроблені задачі та функції для всіх основних учасників процесу забезпечення сільського населення області ефективною медичною допомогою.

Центральним елементом обґрунтованої оптимізованої моделі виступає сільське населення регіону, а його окремою цільовою групою сільське населення,

яке потребує первинної, екстреної, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Стратегічним напрямком моделі є збереження та зміцнення здоров'я сільського населення регіону.

Тактичним напрямком моделі є оптимізація діяльності системи охорони здоров'я по забезпеченню державних гарантій медичного обслуговування населення та створення оптимальних умов для організації доступної та ефективної медичної допомоги сільському населенню.

Обґрунтована оптимізована функціонально організаційна модель медичної допомоги сільському населенню базується на існуючій системі медичного забезпечення сільського населення, яка удосконалена за рахунок її функціонально-організаційної оптимізації.

Модель включає функції та заходи регіональної і місцевої влади і системи охорони здоров'я, що скеровані на структурну перебудову системи, укомплектування, утримання та безперервне підвищення професійного рівня медичного персоналу, створення єдиної електронної системи охорони здоров'я та формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я.

Необхідно відмітити, що вперше включено до моделей розвитку охорони здоров'я об'єднані територіальні громади з визначенням для них загальних та специфічних задач.

Важливим здобутком дисертації є обґрунтування необхідності створення в області системи паліативної допомоги сільському населенню. Дисертантом обрахована кількість населення, яке потребує паліативної допомоги, яка складає 12231 особи із їх структуризацією за причинами смерті: в наслідок хвороб системи кровообігу 9519 (77,8%), онкологічних захворювань 1969 (16,1%) та хронічних обструктивних захворювань легенів 317 (2,6%), що потребує

Запропонована дисертантом оптимізована функціонально-організаційна модель медичної допомоги сільському населенню позитивно оцінена незалежними експертами ($9,4 \pm 0,6$), що дозволило дисертанту рекомендувати її для впровадження в систему охорони здоров'я країни.

Висновки та практичні рекомендації. Висновки є обґрунтованими і базуються на отриманих в ході дослідження результатах. Практичні рекомендації відображають сутність отриманих результатів і скеровані на забезпечення їх впровадження в систему охорону здоров'я країни.

Автореферат за змістом повністю відповідає основним положенням дисертації, за оформленням та структурою відповідає вимогам, які визначені ДАК МОН України.

Відповідність паспорту спеціальності. Дисертаційна робота відповідає паспорту спеціальності 14.02.03 - соціальна медицина.

При опоненції дисертаційної роботи ознак плагіату не виявлено.

Принципових зауважень до методології проведення дисертаційного дослідження та оформлення роботи не має.

При позитивній оцінці дисертації в цілому, хотілося б почути відповідь на наступні дискусійні питання:

1. Проведеним дисертаційним дослідженням Ви обґрунтували оптимізовану модель медичної допомоги сільському населенню. Обґрунтування моделі проводилося при існуванні старої системи фінансування закладів охорони здоров'я. В теперішній час впроваджується сучасна система фінансування, коли «гроші ідуть за пацієнтом». Поясніть, які особливості матиме запропонована Вами модель при впровадженні нової системи фінансування закладів охорони здоров'я?

2. В запропонованій Вами моделі при представленні суб'єкту управління Ви вказуєте, що діючим органом по забезпеченню виконання рішень обласної координаційної ради виступає Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації. Поясніть, чи зміняться і якщо зміняться то яким чином функції департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій в умовах коли заклади охорони здоров'я будуть автономізованими?

3. За результатами дослідження Ви відмічаєте, що певна група проблем пов'язана із недостатньою раціональністю використання ресурсів системи охорони здоров'я регіону і підкріплюєте дане заплущення результати особистого

дослідження. Поясніть, яким чином, в умовах реформування системи охорони здоров'я, Ви плануєте забезпечити підвищення рівня раціональності використання ресурсів?

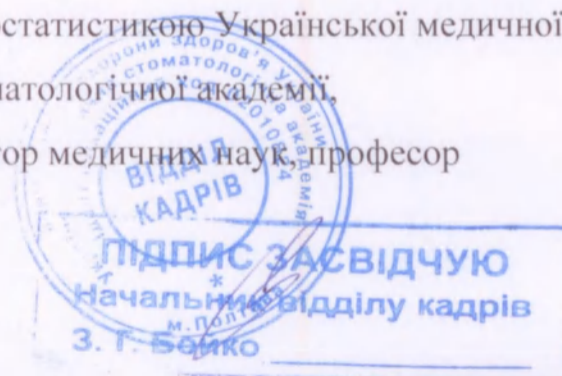
Вказані запитання не знижують загального позитивного враження від дисертаційної роботи та її науково-практичної цінності.

Загальний висновок

За своєю актуальністю, адекватністю застосованих методів і обсягу дослідження, сучасним науково-методичним рівнем виконання, науковою новизною, теоретичним та практичним значенням отриманих результатів щодо обґрунтування, розробки та часткового впровадження оптимізованої функціонально-організаційної моделі медичної допомоги сільському населенню України, достатнім висвітленням та апробацією результатів дослідження дисертаційна робота Лобаса Михайла Віталійовича «Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої функціонально-організаційної моделі медичної допомоги сільському населенню України» відповідає вимогам до дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата наук, а саме, п. 11 «Порядку присудження наукових ступенів і присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника», затвердженого Постановами Кабінету Міністрів України від 24 липня 2013 р. № 567 та від 19.08.2015р. №656, а її автор Лобас М. В. заслуговує на присудження вченого ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина».

Опонент:

Завідувач кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я
з біостатистикою Української медичної
стоматологічної академії,
доктор медичних наук, професор



І. А. Голованова

Відгук керівника
андента кафедри до
спеціалізованого
ради 02.05.13р.
02. секретар