

Голові спеціалізованої вченої ради
Д 64.600.06 Харківського національного
медичного університету д. мед. н., професору
Огнєву В. А.

ВІДГУК

офіційного опонента Голованової Ірини Анатоліївни
на дисертаційну роботу Федосюка Романа Миколайовича
«Медико-соціальне обґрунтування системи періопераційної безпеки
пацієнтів в анестезіології та інтенсивній терапії», що представлена на здобуття
наукового ступеня доктора медичних наук
за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина до спеціалізованої вченої
ради д 64.600.06 Харківського національного медичного університету

Актуальність теми.

Безпека пацієнтів – окрема нагальна проблема для всіх країн, незалежно від рівня їх соціально-економічного розвитку, організаційних форм функціонування та джерел фінансування систем охорони здоров'я. Особливої гостроти ця проблема набуває в країнах, що розвиваються, і в країнах з перехідною економікою. Думка, що безпека пацієнтів – розкіш багатих країн, є хибною і навіть шкідливою. За оцінками Європейського центру з контролю і профілактики захворювань, у державах – членах ЄС 8–12 % пацієнтів стаціонарів страждають від несприятливих подій під час надання медичної допомоги

В Україні дана проблема комплексно і системно не вивчається.

Відсутність в Україні спеціальних досліджень щодо системи періопераційної безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України потребує наукового її обґрунтування.

Наведене обумовило актуальність дослідження, визначило його мету і завдання, стало основою при виборі методичного апарату, дизайну дослідження.

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

Наукова робота є фрагментом НДР «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні» (№ держ. реєстрації 0115U002852; термін виконання 2015-2017 рр.) ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

Дисертант був виконавцем фрагментів НДР.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих в дисертації. Дисертаційна робота Федосюка Р.М. «Медико-соціальне обґрунтування системи периопераційної безпеки пацієнтів в анестезіології та інтенсивній терапії», є комплексним медико-соціальним дослідженням, виконаним на високому методичному рівні, у якому автором визначено мету, що полягає в медико-соціальному обґрунтуванні і розробці системи периопераційної безпеки пацієнтів для служби анестезіології та інтенсивної терапії України та шляхів її імплементації на національному, регіональному і локальному рівнях.

Завдання, що скеровані на її досягнення, є комплексними і пошукувачем вирішені повністю.

Основні положення роботи, сформульовані автором дисертації, викладено на підставі поглибленого аналізу 471 літературних джерел найменування, із них латиною – 308, та результатів власних досліджень на достатньому обсязі даних. Всі положення роботи науково обґрунтовані. Результати власних досліджень отримані автором на репрезентативній вибірці, статистично адекватно оброблені та проаналізовані з використанням відповідних сучасних методів системного підходу.

При проведенні дослідження дисертантом використані звіти головних обласних позаштатних анестезіологів за уніфікованою формою за 5 групами ЗОЗ (обласні лікарні, міські лікарні, ЦРЛ, акушерсько-гінекологічні стаціонари та вузькопро-фільні заклади) і 22 регіонами за 2007 та 2014 рр.: усього 44 од. Проаналізовано 282 анкети лікарів-анестезіологів України, 9 вітчизняних та 24 європейських нормативних документів зі стандартизації в анестезіології та ІТ, звіти головних обласних позаштатних анестезіологів за уніфікованою формою за 2007, 2014 та 2015 рр. усього 66 од., звіти головних обласних

позаштатних анестезіологів за уніфікованою формою за 2007, 2014 та 2015 рр. усього 66 од.

Результати дослідження задокументовані, цифрові дані статистично оброблені з використанням адекватних методів.

Таким чином, можна констатувати, що достовірність отриманих результатів спирається на застосування відповідних статистичних методів обробки, аналізу і узагальнення даних, які використовувались для комплексного вивчення об'єкту дослідження та досягнення мети дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні:

- обґрунтовано систему периопераційної безпеки пацієнтів в анестезіології та інтенсивній терапії, *основною парадигмою* якої є сучасна концепція про систему безпеки пацієнтів як замкнутий цикл побудови і вдосконалення бар'єрів на шляху потенційних медичних помилок і несприятливих подій, *практичними модулями* – 8 груп безпекових інструментів за визначеними 8 пріоритетами у сфері безпеки пацієнтів (інфекційної безпеки, хірургічної безпеки, фармацевтичної безпеки, інфраструктурної безпеки і технологій, інцидент-моніторингу і звітності, навчання, науки та преміювання), *структурними компонентами* – заклади охорони здоров'я, навчальні медичні заклади усіх рівнів акредитації, Національна академія медичних наук України, громадські професійні медичні та немедичні організації, а також пацієнти та їхні родини, *логістичними елементами* – інтеграція, безперервність, наступність та зворотній зв'язок, а *ефективність* підтверджена позитивною оцінкою;

- запропоновано концептуальні підходи до імплементації системи периопераційної безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України, інноваційними з яких є:

- o *на національному рівні* – обґрунтування і розробка «Стратегічного плану дій з безпеки пацієнтів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України» як варіанту реалізації в межах окремої спеціальності загальнонаціонального плану дій, «Стартового пакету з безпеки пацієнтів для служби анестезіології та інтенсивної терапії України» як продовження відповідної ініціативи

Європейського товариства анестезіології та групи інженерно-технічних індикаторів безпеки медичної допомоги у службі анестезіології та інтенсивної терапії України, як додаткових критеріїв акредитації лікувальних закладів зі службою анестезіології та інтенсивної терапії;

- *на регіональному рівні* – створення відділів та офісів з безпеки пацієнтів на рівні, відповідно, департаментів та закладів охорони здоров'я, а також міжлікарняних та/або регіональних симуляційних центрів;
- *на локальному рівні* – обґрунтування та розробка «Додатку з безпеки пацієнтів до наркозної карти» як інструменту проспективної методології ідентифікації інцидентів з безпекою пацієнтів, «Периопераційного тригерного інструменту» як інструменту ретроспективної методології ідентифікації інцидентів з безпекою пацієнтів та практичної схеми-алгоритму аналізу кореневих причин ідентифікованих проблем з безпекою пацієнтів як інструменту причинно-наслідкової методології їх менеджменту та елімінації;

- ідентифіковано системні загрози периопераційній безпеці пацієнтів, приховані в недосконалоостях структурно-функціональної організації та кадрового забезпечення як анестезіологічної, так і інтенсивістської ланок служби анестезіології та інтенсивної терапії України, що ілюструється нераціональним кількісним розподілом між областями;

- встановлено латентні загрози периопераційній безпеці пацієнтів, закладені в інфраструктурних (архітектурних, інженерно-технічних та матеріально-технічних) компонентах служби анестезіології та інтенсивної терапії України, що підтверджується суттєвою невідповідністю з точки зору безпеки пацієнтів українських архітектурних та інженерно-технічних стандартів, передбачених Державними будівельними нормами України, мінімальним міжнародним вимогам, наведеним у рекомендаціях Європейського товариства інтенсивної терапії (ESICM), а також невідповідністю фактичного рівня забезпечення структурних підрозділів апаратурою чинним табелям оснащення, зокрема:

- *в архітектурному аспекті* – нижчими нормативами площ палат інтенсивної терапії (13 м² проти 20 м² на 1 ліжко інтенсивної терапії) і допоміжних

приміщень та відсутністю в переліку приміщень деяких необхідних за міжнародними стандартами функціональних територій (одномісних палат-ізоляторів з негативним тиском всередині для пацієнтів з небезпечними повітряно-крапельними інфекціями, кімнати для виконання спеціальних процедур і маніпуляцій, технічної міні-майстерні, зони обслуговування родин пацієнтів);

- *в інженерно-технічному аспекті* – нерегламентованістю кількісних нормативів забезпечення відділень інтенсивної терапії електричними розетками та вихідними точками медичних газів і вакууму при чітких нормативах у ESICM, а також нерегламентованістю вимог до моніторингово-комп'ютерних і комунікаційних систем, які широко застосовуються в періопераційній анестезіологічній практиці за кордоном;

- *у матеріально-технічному аспекті* – низьким рівнем оснащення структурних підрозділів (з розрахунку на 1 ліжко інтенсивної терапії) дихальною апаратурою, моніторинговим обладнанням і апаратурою для тривалого внутрішньовенного введення препаратів;

- отримано попередні дані щодо вкрай низької, порівняно зі статистикою розвинених країн світу, частоти реєстрації несприятливих періопераційних подій у вітчизняній анестезіологічній практиці,;

- виявлено підвищення додаткових ризиків медичних помилок і несприятливих подій внаслідок достовірного збільшення за 2007-2015 рр. кількості анестезіологічних втручань і кількості пацієнтів відділень інтенсивної терапії, що кореспондується зі зростанням показника летальності у відділеннях інтенсивної терапії та наявністю зворотного зв'язку між летальністю і кількістю ліжок інтенсивної терапії в міських лікарнях за регресією Пуассона.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини та організації охорони здоров'я в частині вчення про здоров'я населення, управління ризиками медичних помилок і несприятливих подій, підвищення рівня безпеки медичної допомоги для пацієнтів.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробленні стратегічного плану дій і стартового пакету інструментів з безпеки пацієнтів (БП) для служби анестезіології та інтенсивної терапії (АІТ) України та підтверджується впровадженням у практику ОЗ конкретних інструментів та інформаційно-методичних матеріалів, спрямованих на підвищення рівня периопераційної БП.

Впровадження результатів дослідження здійснено на:

а) державному рівні:

- при підготовці окремих розділів двох національних підручників;

б) галузевому рівні:

- при розробці трьох методичних рекомендацій;
- при створенні електронного інформаційного ресурсу для лікарів «Внутрішні хвороби»;

в) на регіональному рівні:

- шляхом упровадження окремих дисертаційних розробок у практику ОЗ дев'яти закладів охорони здоров'я та Національного інституту рака;
- шляхом упровадження результатів дослідження в навчальний процес медичних ВУЗів України.

Повнота представлення результатів в друкованих працях. За матеріалами дисертації опубліковано 40 наукових праць, з них 25 статей (7 – в одноосібному авторстві) у наукових виданнях, рекомендованих МОН України, у тому числі 5 – в іноземних наукових журналах, 15 – у матеріалах з'їздів, конгресів, конференцій та інших наукових працях, у т. ч. 2 національних підручниках, 1 електронному посібнику та 3 методичних рекомендаціях.

Обсяг та структура дисертації. Робота викладена на 471 сторінці машинописного тексту, з них обсяг основного тексту – 293 сторінки. Складається з анотації, вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми, матеріалів, методів і обсягів дослідження, 5 розділів власних досліджень, висновків, списку використаних джерел (353 джерела, з них кирилицею – 45, англомовних – 308). Містить 60 таблиць, 37 рисунків та 21 додаток.

Всі розділи власних досліджень викладені у чіткій послідовності до поставлених цілей і завдань роботи, кожний наступний етап роботи логічно впливає із попереднього.

Вступ написано відповідно діючим вимогам ДАК України. Автором логічно обгрунтовано актуальність проведення дослідження, чітко сформовано мету та основні завдання дослідження, наукову новизну, практичне значення отриманих результатів, об'єкт, предмет та методи дослідження.

У вступі задекларовано особистий внесок здобувача. Він полягає в тому, що автором самостійно визначено напрям, мету та завдання дослідження; розроблено його програму; обрано методи для вирішення поставлених завдань; здійснено збір та вкопіювання первинної документації; розроблено анкети для проведення соціологічного дослідження, проведено дослідження та статистично опрацьовані і проаналізовані результати. Для статистичної обробки матеріалів дослідження з використанням біостатистичного аналізу проведено: розрахунки необхідної кількості спостережень; обчислення середніх та відносних величин; оцінку достовірності різниці середніх (для кількісних ознак з нормальним розподілом) за критерієм Стюдента (t); оцінку достовірності різниці відносних показників за критерієм Хі-квадрат (χ^2) Пірсона; визначення зв'язків за допомогою обрахування відношення шансів (ВШ) та їх 95% довірчих інтервалів (95% ДІ), а також регресійного аналізу за Пуассоном.

Таким чином, комплексне та самостійне використання сучасних методів наукового дослідження дозволило отримати репрезентативні результати, які було покладено в основу наукового обгрунтування системи периопераційної безпеки пацієнтів в анестезіології та інтенсивній терапії.

Характеристика розділів, оцінка змісту дисертації, її завершеність у цілому.

У першому розділі «*Безпека пацієнта як глобальна медична проблема (огляд наукової літератури)*» представлено аналіз зарубіжної та вітчизняної наукової літератури з проблеми, що досліджується.

На основі огляду літератури доведено, що в Україні фундаментальних досліджень проблеми безпеки пацієнтів, у тому числі в анестезіології та ІТ, до цього часу не проводилось.

Дисертантом визначені невирішені питання з досліджуваної проблеми, що дозволило авторові конкретизувати завдання, визначити об'єкт і предмет дослідження.

Другий розділ «Програма, матеріали і методи дослідження» містить програму, матеріали, методологічний апарат та дизайн дослідження. Детально описана послідовність досліджень на кожному з етапів, методи та джерела інформації.

Програма передбачала реалізацію дисертаційного дослідження у сім організаційних етапів з використанням адекватних методів, на кожному з яких виконувались взаємопов'язані завдання, що дало можливість забезпечити системний підхід в проведенні дослідження та отримати репрезентативні результати для оцінки об'єкту дослідження.

У **третьому розділі** «*Структурно-функціональна організація служби анестезіології та інтенсивної терапії України з точки зору безпеки пацієнтів і європейських стандартів*» показано, що структура вітчизняної служби АІТ не відповідає ні сучасним міжнародним вимогам, ні концепції реформування системи ОЗ, одним з напрямів якого є концентрація ресурсів і високотехнологічної допомоги в лікарнях інтенсивного лікування. Це підтверджується: значною кількістю підрозділів ІТ з невеликою кількістю ліжок (1-5) у ЦРЛ; низьким значенням медіанного показника співвідношення кількостей операційних столів і закладів зі значною його варіабельністю в міських лікарнях та вузькопрофільних закладах, що може негативно впливати на доступність хірургічної /анестезіологічної допомоги в разі дефіциту операційних столів та збільшувати вартість допомоги у разі їх надлишку та недовантаження; наявністю у вітчизняних ЗОЗ операційних залів з більш ніж одним операційним столом, що створює додаткові ризики для виникнення периопераційних НП, насамперед – операцій на хибному пацієнті.

Встановлено два основних аспекти відмінностей (структурний і кадровий) вітчизняної служби АІТ від аналогічних служб розвинених країн світу.

У четвертому розділі *«Латентні загрози периопераційній безпеці пацієнтів, закладені в інфраструктурному забезпеченні служби анестезіології та інтенсивної терапії України»* автором доведено, що чинна нормативна база з архітектурного дизайну та інженерно-технічного забезпечення відділень ІТ є недосконалою і не відповідає базовим міжнародним стандартам.

Основними латентними загрозами безпеки пацієнтів з боку матеріально-технічного забезпечення відділень інтенсивної терапії є невідповідність фактичних рівнів їх оснащення медичною технікою чинним табелям.

У п'ятому розділі *«Оцінка рівня стандартизації периопераційних процесів у службі анестезіології та інтенсивної терапії України з точки зору вітчизняних та міжнародних підходів»* дисертантом представлено ситуацію з рівнем запровадження стандартів периопераційної допомоги у вітчизняній анестезіологічній та реанімаційній практиці на тлі аналізу трендів кількості та структури анестезій за 2007-2015 рр. Аналіз нормативної бази, яка стосується стандартизації медичної допомоги, показав, що на національному рівні за профілем спеціальності «Анестезіологія та інтенсивна терапія» не існує жодного чинного протоколу медичної допомоги. На місцевих рівнях допомога надається на основі нечисленних і розрізнених клінічних протоколів, що розроблялися локальними групами спеціалістів шляхом опрацювання деяких затверджених МОЗ протоколів за окремими нозологіями або, ймовірно, інших рекомендацій з невідомим рівнем доказовості, а при більшості патологій – майже на емпіричній основі (з попередніх знань, досвіду і практики). При цьому обсяги анестезіологічної допомоги в Україні збільшуються.

Проте, як показано дисертантом, в Україні можливості запровадження мінімальних стандартів безпечної анестезіологічної практики є обмеженими. Це демонструють низькі технічні можливості дотримання мінімальних стандартів периопераційного моніторингу пацієнтів у зв'язку з недостатнім рівнем оснащення робочих місць анестезіологів моніторинговим обладнанням. Підтвердженням

низького рівня впровадження мінімальних стандартів безпечної анестезіологічної практики є дані соціологічного дослідження. Так, про впровадження «Чек-листа ВООЗ з безпеки хірургічного втручання» або його адаптованої версії вказали лише $8,5 \pm 1,66\%$ респондентів, локальних технологічних протоколів (алгоритмів) виконання окремих маніпуляцій та процедур – $48,6 \pm 2,98\%$ респондентів, локальних комунікаційних протоколів (алгоритмів) передавання персоналом змін, пацієнтів, обов'язків, повноважень – $46,9 \pm 3,20\%$ респондентів. Важливу роль стандартизації периопераційних процесів в анестезіології продемонстровано шляхом наукового обґрунтування, розробки й оцінки ефективності технологічного протоколу проведення інгаляційної анестезії сучасним високовартісним інгаляційним анестетиком севофлураном (у фактично існуючих в Україні несприятливих умовах недоступності в операційних аналізаторів концентрації анестезіологічних газів) шляхом кількісної оцінки використання двох основних інгредієнтів анестезії (інгаляційного анестетика севофлурану і абсорбенту вуглекислого газу), що дозволило визначити формулу розрахунку потреби в основних інгредієнтах інгаляційної анестезії і, отже, виявилися цінними з фармако-економічної точки зору.

У шостому розділі *«Основні атрибути сучасної системи інцидент-звітництва та оцінка ситуації з ідентифікацією несприятливих подій у вітчизняній анестезіологічній практиці»* висвітлено основні вимоги до систем інцидент-моніторингу і звітності.

Доведено, що за 2007-2015 рр. кількість пацієнтів, що лікуються у відділеннях інтенсивної терапії і які, відповідно, мають підвищені ризики виникнення у них несприятливих подій, достовірно підвищилась у цілому по Україні та в переважній більшості регіонів. Поряд з цим відзначено зростаючу динаміку і показника летальності у вказаних підрозділах, у т. ч. в обласних лікарнях і ЦРЛ, та спадну його динаміку в міських лікарнях та акушерських стаціонарах. Показано, що дефіцит ліжок ІТ у міських лікарнях є фактором ризику збільшення летальності у відділеннях ІТ, оскільки доведено наявність зворотного зв'язку між летальністю та показником кількості ліжок ІТ.

За даними соціологічного дослідження, проведеного серед лікарів-анестезіологів України, встановлено, що помилки з серйозними наслідками (смерть або інвалідність пацієнта) та інциденти з категорії так званих «ніколи-подій» (подій, які ніколи не повинні траплятись у сучасній медичній практиці) нерідко зустрічаються в службі анестезіології України

Однак, моніторинг медичних помилок та несприятливих подій, а також аналіз захворюваності та летальності, пов'язаних з медичною помилкою, за оцінками опитаних, на системній основі не ведуться. У той же час соціологічне дослідження продемонструвало достатньо високу оцінку лікарями-анестезіологами рівня своєї готовності до впровадження сучасних технологій підвищення рівня БП у їхніх структурних підрозділах та готовності адміністрацій їхніх лікарень до підтримки нової, толерантної до МП культури взаємовідносин в інтерфейсі лікар/адміністратор.

У цьому розділі *«Обґрунтування системи периопераційної безпеки пацієнтів та потенційних шляхів її імплементації у службі анестезіології та інтенсивної терапії України»* з використанням поетапної методології обґрунтовано та розроблено систему захисту пацієнтів від медичних помилок та несприятливих подій, що можуть трапитися з ними в процесі підготовки до операції, під час операції й анестезії та в післяопераційному періоді, а також концептуальні підходи до її впровадження у практику ОЗ на національному, регіональному і локальному рівнях.

Теоретичним підґрунтям запропонованої системи стали групи настанов, рекомендацій та ініціатив у сфері безпеки пацієнтів – глобальні (ВООЗ), європейські (ЄС, Рада Європи, Європейська комісія), міжнародні «анестезіологічні» й «інтенсивістські» (ESA/EUMS, ESICM), вітчизняні (матеріали Першого національного конгресу з БП); позитивний закордонний досвід упровадження в повсякденну медичну практику Глобальних Ініціатив ВООЗ з БП, а також нового формату професійних взаємовідносин у медицині, що базується не на пошуку і покаранні винуватців, а на ідентифікації та корекції наявних ризиків у системах і процесах; існуючі реалії вітчизняної служби АІТ, а саме її застарілий архітектурний

дизайн, недосконале і недостатньо регламентоване інженерно-технічне забезпечення та занедбана матеріально-технічна база, а також майже повна відсутність затверджених стандартів периопераційної допомоги і недоступність достовірної статистики МП та НП в анестезіологічній практиці.

Саме згадані вище теоретичні засади стали основою для визначення 8 пріоритетів служби АІТ України у сфері периопераційної БП – інфекційної безпеки, хірургічної безпеки, фармацевтичної безпеки, інфраструктурної безпеки і технологій, інцидент-моніторингу і звітності, навчання, наукових досліджень проблеми БП та преміювання за досягнення у сфері БП.

Основною парадигмою системи периопераційної БП у службі АІТ України вибрано сучасну концепцію про систему БП як замкнутий цикл, що складається з трьох ланок: а) підтримання ефективності існуючих, уже закладених бар'єрів проти МП і НП (базовий безпековий менеджмент вихідних, уже відомих пацієнт-залежних і пацієнт-незалежних ризиків); б) ідентифікація слабких місць та пробоїв у вже існуючих бар'єрах (поточний інцидент-моніторинг і звітність про МП і НП, що трапляються у процесі надання медичної допомоги, та активний пошук латентних загроз); в) побудова нових бар'єрів на шляху потенційних МП і НП (здобування уроків з інцидентів шляхом аналізу їх кореневих причин та реагування на них шляхом розробки і впровадження рішень щодо мінімізації вірогідності їх повторення у майбутньому). Практичними модулями системи периопераційної БП стали 8 груп безпекових інструментів за напрямками, що відповідають 8 визначеним нами пріоритетам вітчизняної служби АІТ у сфері БП, основними структурними компонентами – заклади охорони здоров'я, навчальні медичні заклади усіх рівнів акредитації, Національна академія медичних наук України, громадські медичні та немедичні організації, а також пацієнт і його родина, а логістичними елементами – інтеграція, безперервність, наступність і зворотній зв'язок.

Автором визначено основні інноваційні елементи даної системи, такі як нові структурні підрозділи – відділи (ДОЗ) та офіси (ЗОЗ) з БП з їх вертикальними та горизонтальними функціональними інтеграційними зв'язками; міжлікарняні та регіональні симуляційні центри для відпрацювання мультидисциплінарними командами

спеціалістів повсякденних та ексклюзивних клінічних ситуацій; участь пацієнта і його родини в лікувально-діагностичних та інших периопераційних процесах.

Концептуальні підходи до впровадження запропонованої системи на національному, регіональному та локальному рівнях дисертант базує на моделі планування в охороні здоров'я, запропонованій канадськими вченими Pineault та Daveluy (1986).

З точки зору системи ОЗ України в цілому, загальнонаціональний план дій з БП є генеральним планом моделі Pineault-Daveluy на галузевому рівні.

Автор пропонує ідеалізоване бачення вітчизняної системи ОЗ після успішного впровадження усіх його положень у життя – це ідеально безпечне медичне середовище, в якому:

- 1) жоден пацієнт не зазнає жодної не виправданої, потенційно запобіжної шкоди в процесі надання йому медичної допомоги та інших послуг;
- 2) увесь медичний та допоміжний персонал надійно захищений від потенційних загроз, що походять від специфіки його професійної діяльності;
- 3) заклади ОЗ досягли оптимального балансу між затратами та вигодами, отриманими від упровадження заходів з БП та персоналу;
- 4) суспільство абсолютно довіряє національній системі ОЗ з точки зору її безпечності для своїх громадян.

З точки зору системи анестезіологічної допомоги, запропонований дисертантом «Стратегічний план дій з БП у службі АІТ України» є реалізацією моделі Pineault-Daveluy на рівні окремої спеціальності. Відповідно, його надмета – підвищення рівня БП і персоналу у службі АІТ України до рівня найкращих світових стандартів, мета – зменшення кількості інцидентів з БП та персоналу в службі АІТ України за 5 років на 50% шляхом упровадження в її діяльність релевантних до спеціальності безпекових інструментів, загальні завдання – підвищення рівня інфекційної, хірургічної, фармацевтичної та інфраструктурної безпеки і досягнення інших цілей у сфері БП у відповідності до визначених пріоритетів служби.

Висновки дисертаційного дослідження складаються із 10 пунктів, є достатньо обґрунтованими та аргументованими, містять фактичний матеріал, відповідають меті і завданням дисертаційного дослідження та відображають зміст результатів, отриманих в ході дослідження.

Практичні рекомендації дисертанта базуються на нововведеннях, отриманих на підставі одержаних в ході дослідження результатів.

Оцінка ідентичності змісту автореферату і основних положень дисертації.

Автореферат дисертаційного дослідження Федосюка Романа Миколайовича повністю відображає зміст дисертації, відповідає головним її положенням, оформлений згідно з вимогами ДАК України. Зміст автореферату та основних положень дисертаційної роботи є ідентичними.

Дисертація відповідає паспорту спеціальності 14.02.03 – соціальна медицина.

Тема докторської дисертації не повторює тему та напрямок дослідження, які проводилися під час виконання кандидатської дисертації.

Ознак плагіату під час проведення опоненції дисертації не виявлено.

Зауваження та питання.

Дисертаційне дослідження є цілком самостійною завершеною науковою працею, в якій вирішена актуальна наукова проблема в галузі соціальної медицини. Проте, під час проведення опоненції дисертаційної роботи виникли **пропозиції та питання**, які потребують уточнення:

Пропозиції:

Вважаю, що було б доцільно більш чітко визначити ризики які стоять на шляху імплементації системи.

Питання:

1. Запропонована Вами система за висновками експертів є ефективною в царині безпеки пацієнта. Поясніть, які саме елементи запропонованої Вами системи є найбільш дієвими?

2. При виборі концептуальних підходів до впровадження запропонованої Вами системи на національному, регіональному та локальному рівнях ви висуваєте

модель планування в охороні здоров'я канадських вчених Pineault та Daveluy. Чому Ви обрали саме цю модель?

3. Чи прораховували Ви, скільки потрібно фінансування для запровадження інструментів наближеної та віддаленої перспективи.

Необхідно зазначити, що вказані пропозиції не впливають на загальну позитивну оцінку дисертаційної роботи Федосюка Романа Миколайовича.

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК

Дисертаційна робота Федосюка Романа Миколайовича «Медико-соціальне обґрунтування системи периопераційної безпеки пацієнтів в анестезіології та інтенсивній терапії», яка представлена на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина є завершеним, комплексним, самостійно виконаним на сучасному рівні науковим дослідженням, яке містить нове вирішення актуальної наукової і народногосподарської проблеми – обґрунтування, розробку та часткове впровадження сучасної системи периопераційної безпеки пацієнтів в анестезіології та інтенсивній терапії. Представлена дисертаційна робота за своєю актуальністю, науковою новизною та практичним значенням, рівнем висвітлення результатів та їх впровадження відповідає вимогам п. 10 «Порядку присудження наукових ступенів та присвоєння вченого звання старшого наукового співробітника», затвердженого Постановами Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 р. № 567 та від 19.08.2015р. №656, а її автор – Федосюк Роман Миколайович – заслуговує на присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина.

Офіційний опонент:

Завідувач кафедри соціальної медицини,
організації та економіки охорони здоров'я
з біостатистикою Української медичної
стоматологічної академії, д. мед. н., професор



I. A. Голованова

*Відзив офіційного опонента
надійшов до спеціалізованої
Вченої ради 16.11.2018р.*