

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

ВІДГУК

**офіційного опонента доктора медичних наук,
професора Любінця Олега Володимировича
на дисертаційну роботу Дудник Світлани Валеріївни
«Обґрунтування інноваційної системи медико-соціальної допомоги
дітям до 5 років в Україні», подану до спеціалізованої вченої Ради Д 64.600.06
Харківського національного медичного університету
на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук
за спеціальністю 14.02.03 - соціальна медицина**

Актуальність теми

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, Організації Об'єднаних Націй, ЮНІСЕФ переважна більшість смертей серед дітей і підлітків у світі відбувається у віці до 5 років життя (85% у 2018 р.), при цьому майже половина з них припадає на неонатальний період. Згідно з базою даних UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation протягом 2000-2018 рр. рівень смертності дітей у віці до 5-ти років в Україні знизився на 52,6 % з 18,42 ‰ у 2000 р. до 8,43 ‰ у 2018 р., але залишається одним із найвищих як серед розвинутих країн світу, так і країн європейського регіону в цілому. У переважній більшості європейських країн, рівень смертності дітей у віці до 5-ти років життя ще у 2000 р. був нижчим за український у 2018 році. У 2018 р. середньоєвропейський рівень смертності дітей цього віку дорівнював 5,09 ‰. Стає зрозумілим, що показникам дитячої смертності притаманні помітні регіональні відмінності, зокрема її рівні значно нижчі в країнах з ефективною системою охорони здоров'я та кращими соціально-економічними умовами для матерів та дітей. Отже, в умовах сучасного розвитку суспільства та трансформації галузі, з урахуванням того, що більшості випадків дитячої смерті можна запобігти, особливо необхідним стає прискорення прогресу у попередженні дитячої смертності та збереженні здоров'я дитячого населення України, що потребує ефективної державної стратегії та впровадження перспективних інновацій, орієнтованих на здоров'я жінок та дітей, із застосуванням комплексного та багатосекторального підходів.

Вищенаведене зумовило актуальність дисертаційного дослідження, визначило його мету і завдання, стало основою при виборі методичного апарату та дизайну дослідження.

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

Наукова робота є фрагментами науково-дослідних робіт: «Науково-методичний супровід регіоналізації перинатальної допомоги» (прикладна, № державної реєстрації 0114U006051, терміни виконання 2014-2016 рр.) та «Наукове обґрунтування і розробка системи заходів по оптимізації ефективності медичної допомоги матерям і новонародженим в умовах регіоналізації перинатальної допомоги» (№ державної реєстрації 0117U002419, терміни виконання 2017–2019 рр.) ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», де дисертант був виконавцем окремих фрагментів НДР.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих в дисертації. Дана дисертаційна робота є комплексним медико-соціальним дослідженням, виконаним на високому методичному рівні, у якому автором визначено мету, що полягає у збереженні здоров'я дитячого населення та сприянні зниженню смертності дітей віком до 5 років життя шляхом обґрунтування та розробки інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя, та шляхи її імплементації з наведеними даними апробації окремих елементів на національному і регіональному рівнях.

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

Основні положення дослідження, сформульовані автором та викладені на підставі поглибленого аналізу 372 літературних джерел та результатів власних досліджень на достатньому обсязі даних. Всі представлені в роботі положення та висновки науково обґрунтовано. Результати власних досліджень отримані автором на репрезентативному первинному матеріалі, статистично адекватно оброблені та проаналізовані на підставі системного підходу з використанням його відповідних сучасних методів. При виконанні дисертаційної роботи були використані наступні методи дослідження: системний підхід та системний аналіз, бібліосемантичний, медико-статистичний, епідеміологічний, соціологічний, фокус-інтерв'ювання, концептуального й описового моделювання, організаційного проектування, експертних оцінок, біостатистичний.

Під час проведення дослідження дисертантом використані дані, а це звітні форми і довідники ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» та Державної служби статистики України за 2009-2018 рр. – всього 1314 од. Інформаційною базою дослідження стали також анкети соціологічного опитування, 400 лікарів загальної практики-сімейних лікарів та 400 батьків, які мають дітей віком до 5 років життя, анкети фокус-інтерв'ювання 29 експертів (співробітників Київського перинатального центру і слухачів циклів підвищення кваліфікації Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупіка), дані експертного оцінювання (50 анкет незалежних експертів - організаторів охорони здоров'я (11 осіб), науковців (10 осіб), практичних лікарів (14 осіб) і батьків дітей до 5 років життя (15 осіб))

прийнятності обґрунтованої та розробленої системи. Також проаналізовано обласні звіти, щодо результатів реалізації Національного проєкту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства» та обласні моніторингові показники впровадження регіоналізації перинатальної допомоги за період 2013-2018 рр. (175 од.), дані електронної системи охорони здоров'я щодо пролікованих випадків в рамках пакетів «Медична допомога при пологах» (n=150001) та «Медична допомога новонародженим в складних неонатальних випадках» (n=21931) за квітень-жовтень 2020 р., базу даних (WHO Global Health Observatory, World Bank Open Data, WHO European Health for All Database (HFA/DB), CDC Wonder, The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) updated: September, 2020) за 2009-2019 рр.

Таким чином, можна констатувати, що дисертаційна робота є завершеною науковою працею, достовірність отриманих результатів дослідження опирається на використання відповідних статистичних методів обробки, аналізу і узагальнення даних, які використовувались для системного комплексного вивчення об'єкту дослідження та досягнення його мети. Дисертація відповідає профілю спеціалізованої вченої ради.

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

- обґрунтовано інноваційну систему медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя, центральним елементом якої є дитина віком до 5-ти років життя та її родина, стратегічним напрямом – сприяння збереженню здоров'я та зменшення смертності дітей даної вікової категорії, тактичним – впровадження інноваційних багаторівневих структурно-організаційних технологій у галузі охорони здоров'я із забезпеченням міжсекторальних підходів з державними та недержавними секторами, напрямками дії на 5 рівнях (владний, галузевий, міжсекторальний, локальний/група, сімейний) із визначенням функцій та завдань, провідними новими структурно-організаційними елементами (програма медичних гарантій та нові механізми фінансування галузі охорони здоров'я, електронна система охорони здоров'я з реєстрами дітей з відповідними захворюваннями, впровадження надання інтегрованих послуг дітям до 5 років життя, що передбачає принцип спільного фінансування закладів, які надають послуги з катамнестичного спостереження, раннього втручання, реабілітаційної та паліативної допомоги та залучення учасників спільного фінансування до організації й надання таких послуг на регіональному/місцевому рівнях), ефективність якої підтверджена позитивною оцінкою експертів;

- доведено на національному рівні ефективність впровадження інноваційного елементу системи: електронної системи охорони здоров'я з моніторингу та аналізу кількісних й якісних показників смертності новонароджених у режимі реального часу;

- обґрунтовано та розроблено методологію та моделі комплексної оцінки стану перинатальної допомоги в Україні, проведено їх апробацію на національному та регіональному рівнях, за результатами якої визначено основні проблемні компоненти надання перинатальної допомоги на рівні країни, серед яких найнижчим і сталим є

компонент результативності, та сформовано три групи адміністративних територій з різними значеннями компонентів і диференційованими заходами впливу;

– встановлено динаміку зниження за 2010-2019 рр. тягаря смертності дітей віком до 5 років життя за показником DALYs на галузь охорони здоров'я, а також його по-вікову та причинну структуру, у якій найбільша частка належить «розладам у матері, що пов'язані з вагітністю та неонатальними розладам», «іншим неінфекційним хворобам», «ненавмисним травмам»;

– визначено за результатами комплексного аналізу: - основні особливості показника смертності дітей віком до 5 років життя, які перевищують аналогічні показники референтних країн, - сталі тренди показника ранньої неонатальної, пізньої неонатальної, постнеонатальної смертності, по-вікову та статеву структуру, регіональні диспропорції та причинну структуру;

– вивчено динаміку показників та структуру смертності поза стаціонару дітей віком до 1 року життя, які перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України, доведено сталу частку дітей віком до 1-го року життя, які помирають поза стаціонару в загальній кількості померлих дітей із збереженням суттєвих варіацій даного показника за окремими адміністративними територіями, та його причинної структури, де перші рейтингові місця належать травмам, отруєнням та деяким іншим наслідкам дії зовнішніх причин, симптомом, ознакам та відхиленням від норми, хворобам органів дихання;

– ідентифіковано приховані ризики збільшення смертності дітей віком до 5 років життя, які можуть бути закладені у недостатній діагностиці і виявленні хвороб у дітей, що підтверджується негативним достовірним зв'язком між показником захворюваності та показником смертності дітей вікової категорії до 5 років життя при зростанні за період 2013-2017 рр. показника захворюваності за класом «симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках» у завантаженості ліжок денного стаціонару (за кількістю пролікованих дітей у розрахунку на одне ліжко денного стаціонару; у значній частці дітей, переведених з одного закладу в інший; у кадровому забезпеченні педіатрами та укомплектованості середнім медичним персоналом відділень постнатального догляду; у недостатньому рівні теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань надання невідкладної допомоги при виникненні станів, які загрожують життю дітей та низькій обізнаності батьків щодо тактики дій при таких станах, що підтверджено даними соціологічного дослідження.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає у доповненні теорії соціальної медицини в частині організації медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні, скерованої на зниження дитячої смертності та сприяння збереженню їх здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що вони стали підставою для обґрунтування та розробки інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до

5 років життя в Україні, впровадженні в охорону здоров'я її окремих нових елементів, у розробці та використанні методології та моделей комплексної оцінки стану перинатальної допомоги на всіх рівнях її надання, удосконаленні навчальних програм вищих навчальних закладів України, що підтверджується впровадженням у практику охорони здоров'я та навчальний процес вищих навчальних закладів

Впровадження результатів дослідження здійснено на:

а) державному рівні при підготовці проекту Постанови КМУ від 5 лютого 2020 р. № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»;

б) галузевому рівні:

– при підготовці проектів умов закупівлі медичних послуг, які будуть надаватись за програмою медичних гарантій у 2020 р. та 2021 р.;

– при розробці галузевих стандартів медичної допомоги у складі робочої групи МОЗ України за напрямом «Педіатрія та неонатологія» (уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий середній отит», уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тонзиліт»; уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку», клінічна настанова «Ведення найбільш поширених станів у дітей віком до 5-ти років у контексті інтегрованого ведення хвороб дитячого віку»);

– при розробці 1 методичних рекомендацій, затверджених МОЗ України;

в) регіональному рівні шляхом впровадження результатів дослідження в навчальний процес вищих навчальних закладів (12 актів впровадження) та шляхом впровадження окремих розробок у практику охорони здоров'я (1 акт впровадження).

Повнота представлення результатів у друкованих працях: за матеріалами дисертації опубліковано 46 наукових праць: праці, в яких опубліковано основні результати дослідження – 27, у тому числі 19 статей у фахових виданнях, регламентованих МОН України (з них – 11 одноосібні), 6 статей – в іноземних виданнях, 2 монографії (1 у зарубіжному виданні); 17 праць апробаційного характеру – тези у матеріалах конференцій, симпозіумів, конгресів, з'їздів, семінарів та 1 стаття у іноземному виданні та 1 методичні рекомендації, які додатково відображають результати дисертації.

Обсяг та структура дисертації. Робота викладена на 490 сторінках машинописного тексту, з них обсяг основного тексту – 288 сторінок. Складається з анотації, вступу, аналітичного огляду наукової літератури, програми, матеріалів, методів, обсягів дослідження, 6 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (372 джерела, з них латиною – 279). Містить 48 таблиць, 48 рисунків, 78 додатків.

Всі розділи дисертаційного дослідження викладені у чіткій послідовності до поставлених цілей та завдань, кожний наступний етап логічно впливає із попереднього.

Вступ написано відповідно діючим вимогам ДАК України. Автором обґрунтовано актуальність проведення дослідження, чітко сформовано мету, об'єкт, предмет, завдання та методи дослідження, наукову новизну, теоретичне і практичне значення отриманих результатів, представлено дані щодо впровадження та апробації результатів дисертаційного дослідження.

У вступі зазначено особистий внесок здобувача, який полягає в тому, що автором самостійно визначено напрям, мету та завдання дослідження, розроблено його програму; обрано методи дослідження для вирішення поставлених завдань; розраховано обсяги та здійснено збір і викопіювання первинної документації; розроблено анкети для проведення соціологічного дослідження та проведено анкетування респондентів, розроблено методологію та модель комплексної оцінки перинатальної допомоги, статистично опрацьовано та проаналізовано результати. Статистична обробка даних, отриманих у ході роботи, проводилась з використанням комп'ютерних ліцензованих програм Statistika 6.0, STATA 14 та засобами мови програмування Python з використанням бібліотек pandas, matplotlib, SciPy і методів біостатистики.

Таким чином, комплексне та самостійне використання сучасних методів наукового дослідження дозволило отримати репрезентативні результати, які було покладено в основу наукового обґрунтування інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям у віці до 5 років в Україні.

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

У першому розділі *«Дитяча смертність як інтегральний показник, що характеризує стан медико-соціальної допомоги дитячому населенню (аналітичний огляд наукової літератури)»* представлено аналіз зарубіжної та вітчизняної наукової літератури з проблеми, що досліджується.

Опрацьовано стан і тенденції показника дитячої смертності в світі та Україні, сучасні погляди на причини та зв'язки показника дитячої смертності з іншими медико-соціальними факторами, підходи до запобігання відворотних випадків смерті дітей, вивчено існуючі нормативно-правові акти та наукові дослідження щодо шляхів зниження смертності дітей в Україні та обґрунтовано необхідність подальших досліджень.

На основі огляду літератури доведено, що в Україні комплексні наукові роботи з системним підходом до вивчення проблеми дитячої смертності та її попередження на державному рівні до цього часу не проводились.

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

Другий розділ *«Програма, матеріали, методи й обсяги дослідження»* містить

програму, матеріали, методологічний апарат та дизайн дослідження. Детально описана послідовність досліджень на кожному з етапів, методи та джерела інформації.

Програма передбачала реалізацію дисертаційної роботи у 8 організаційних етапів з використанням адекватних методів на кожному з них та виконанням взаємопов'язаних завдань, що дало можливість реалізувати системний підхід у проведенні дослідження та отримати репрезентативні результати для оцінки його об'єкту.

У третьому розділі *«Тренди та кількісна й якісна структура показника смертності дітей віком до 5 років життя в Україні»* показано, що на тлі достовірної спадної динаміки рівня смертності дітей віком до 5 років протягом 2014-2018 рр., його за регіонами по-вікова, статева, причинна, структура залишаються майже незмінними, а сам показник смертності продовжує значно переважати аналогічний показник у розвинених країнах світу, зокрема рівень смертності в Україні більш ніж в 2 рази перевищує аналогічні показники референтних країн. Шанси хлопчиків померти у віці до 5 років залишаються вищими за шанси дівчат, переважна частка випадків смерті дітей до 5 років припадає на дітей віком до 1-го року життя (82,5% у 2014 р. та 82,3% у 2018 р.), шанси дитини померти упродовж першого року життя вищі ніж у віці 1-4 роки життя. Аналіз динаміки характеристик варіаційного ряду показника смертності дітей віком до 5 років за регіонами засвідчив наявність пролонгації суттєвих відмінностей у значеннях вказаного показника між окремими областями, і відповідно, в наданні медичної допомоги дитячому населенню, у чверті областей існують підвищені ризики виникнення смерті дітей, частина яких потенційно можуть бути відворотними. Доведено відсутність достовірного зниження смертності дітей до 1-го року життя в регіональному аспекті з наявністю диспропорцій у значеннях даного показника в окремих адміністративних територіях, у 19 областях України рівень малюкової смертності у сільській місцевості вищий, ніж у міській, у 11 областях перевищує загальноукраїнський показник малюкової смертності, зростання показника спостерігалось у 12 областях сільської місцевості України, показник малюкової смертності залишається одним з найвищих на європейському просторі, достовірно рівень ранньої неонатальної смертності в Україні в 13,4 рази вищий за рівень пізньої неонатальної смертності та в 67,9 рази вищий за рівень постнеонатальної смертності.

Показано високу сталу частку дітей 1-го року життя, які померли поза стаціонаром у загальній кількості померлих дітей відповідного віку, які перебували під наглядом дитячих поліклінічних закладів сфери управління МОЗ України (40,6% у 2009 р., 43,8% у 2018 р.) без тенденцій до її зменшення в жодній з областей, що свідчить про некерованість даного явища як з боку медичної галузі так і інших сфер державного впливу на нього.

Встановлено частку втрачених років життя вікової групи дітей до 5 років життя (обидві статі) у загальній віковій структурі DALYs України, яка склала 1,71%. Перші місця в структурі DALYs у дітей віком до 5-ти років життя займають розлади у матері, пов'язані з вагітністю, та неонатальні розлади (34,75%), інші неінфекційні хвороби (26,8%), ненавмисні травми (8,46%). При порівняльному аналізі цього показника з іншими країнами встановлено, що Україна є

однією з країн з найбільшим тягарем хвороб дітей у віці до 5 років життя.

Отримані дані свідчать про те, що проблема дитячої смертності та її попередження має вирішуватись системно на державному рівні.

У четвертому розділі *«Захворюваність дітей віком до 5 років життя в Україні та її зв'язки зі смертністю»* дисертантом показано достовірне зниження рівня захворюваності та поширеності захворювань серед дітей віком 0-6 років за 2013-2017 рр., при незмінному медіанному значенні даного показника в регіональному аспекті та його зростанні за класом «симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при клінічних та лабораторних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках», що ймовірно пов'язано з недостатніми можливостями лікарів щодо встановлення точного діагнозу. Доведено, що рівень захворюваності дітей в Україні є нижчим в порівнянні з іншими розвиненими країнами світу, що пов'язано з низьким виявленням хвороб і відсутністю коректних статистичних даних.

Встановлено нелінійне зниження протягом 2014-2018 рр. загального рівня захворюваності дітей до 1-року життя (на 2,8%) та зростання рівнів захворюваності дітей до 1 року життя на хвороби органів травлення, хвороби органів дихання, деякі інфекційні та паразитарні хвороби при сталій структурі захворюваності дітей у віці до 1-го року життя за класами хвороб. Доведено зростання протягом 2014-2018 рр. рівня народження хворими і захворілими новонароджених доношених і недоношених з масою тіла 500 г і більше на 10,5%, рівня народження хворими і захворілими доношених новонароджених на 8,5%, рівня народження хворими і захворілими недоношених новонароджених на 6,4%, при цьому показник народжених хворими і захворілими недоношених новонароджених у 2014 р. був у 5,1 рази вищим за аналогічний показник у доношених, а у 2018 р. – у 6,3 рази, що може сприяти зростанню хронічного перебігу патології у дітей, призведе до порушень здоров'я з обмеженням життєдіяльності, настанням інвалідності, смертності.

Все вищеперераховане також актуалізує необхідність розробки інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя.

У п'ятому розділі *«Організація медичної допомоги дитячому населенню та її зв'язки зі смертністю дітей віком 0-5 років життя»* автором вивчено ситуацію з інфраструктурним та кадровим забезпеченням педіатричних підрозділів закладів охорони здоров'я та їх зв'язки з летальністю. Аналізом показано скорочення закладів та структурних підрозділів, що надають медичну допомогу дітям протягом 2013-2018 рр., що пояснюється процесами скорочення чисельності дитячого населення в країні та триваючою трансформацією медичної галузі, зростанням самостійних ЦПМСД (на 36,7%), у т.ч. у сільських адміністративних районах, лікарських амбулаторій у структурі самостійних ЦПМСД і фельдшерсько-акушерських пунктів. Констатовано достовірне зниження рівня забезпеченості дитячого населення ліжками денного стаціонару на 15,5% в Україні, при незначному зростанні рівня пролікованих дітей на 1000 захворювань (на 1,73%), а також показника пролікованих дітей на одному ліжку денного стаціонару (на 0,66%), доведено наявність регіональної диспропорції в рівнях забезпеченості

дитячого населення ліжками денного стаціонару, а також виявлено достовірний зв'язок між смертністю дітей віком до 5 років та кількістю пролікованих дітей з розрахунку на 1000 захворювань (Coef. 0,0092, $p < 0,001$) та кількістю пролікованих дітей з розрахунку на одне ліжко денного стаціонару (Coef. 0,0012, $p = 0,038$). Аналізом спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги дитячому населенню показано скорочення ліжкового фонду, досліджено забезпеченість дитячого населення ліжками цілодобового перебування як в цілому так і за напрямками надання медичної допомоги (в тому числі і забезпеченість ліжками новонароджених), показники роботи ліжок, середньої тривалості перебування дитини на ліжку, обігу ліжка, доведено наявність регіональних диспропорцій та необхідність подальшої оптимізації ліжкового фонду. Також дисертантом доведено проблемні питання кадрового забезпечення України, що також полягають і у регіональній нерівномірності розподілу лікарів та медичних сестер.

У шостому розділі *«Готовність батьків та лікарів загальної практики-сімейних лікарів до запобігання дитячої смертності та збереження здоров'я дітей (за результатами соціологічного дослідження)»* показано результати соціологічного опитування лікарів загальної практики-сімейних лікарів та батьків у яких є діти у віці до 5 років життя, щодо їх готовності до збереження здоров'я дітей та запобігання їх передчасної смерті. Встановлено, що здоровою або практично здоровою свою дитину вважає лише 23% респондентів, високий рівень інформованості батьків щодо загрозливих для життя дітей станів і тактиці дій при них спостерігаються тільки при трьох можливих станах у дитини (висока температура ($95,5 \pm 1,0\%$), гострий біль у животі ($77,25 \pm 2,1\%$), блювота ($65,5 \pm 2,4\%$)), при цьому у батьків є бажання отримувати інформацію з питань збереження здоров'я дітей, попередження їх передчасної смерті та тактики дій при станах, які загрожують життю саме від медичних працівників та з офіційних ресурсів закладів охорони здоров'я.

Доведено необхідність удосконалення програм підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів з надання медичної допомоги дітям до 5 років життя, яка підтверджується результатами самооцінки лікарів загальної практики-сімейних лікарів як недостатня та вкрай недостатня ($67,75 \pm 2,3\%$ та $70,25 \pm 2,3\%$ відповідно) щодо загальної підготовки та рівня особистих знань з теоретичної підготовки та практичних навичок з попередження передчасної смерті дітей, бажанням лікарів отримувати сучасну інформацію та навчатись у цьому напрямі, при цьому основні знання щодо попередження передчасної смерті дітей до п'яти років лікарі отримують переважно в процесі проходження спеціалізації. Аналізом встановлено, що лікарі загальної практики-сімейні лікарі ведуть недостатню роз'яснювальну роботу серед батьків з питань збереження здоров'я дітей та навчання батьків тактиці при загрозливих життю дітей станах, що пояснюється перш за все недостатнім рівнем знань самих лікарів для проведення такої роботи.

Отримані під час соціологічного дослідження результати використано дисертантом при обґрунтуванні інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя.

У сьомому розділі «Обґрунтування, розроблення та апробація комплексної оцінки стану перинатальної допомоги в Україні» обґрунтовано та розроблено методологію та модель комплексної оцінки стану перинатальної допомоги, яка дозволяє проводити її на державному і регіональному рівнях, а саме: комплексну оцінку діяльності структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають догоспітальну перинатальну допомогу, та оцінку діяльності структурних підрозділів закладів охорони здоров'я або закладів перинатальної допомоги, що надають перинатальну допомогу за кожним з її рівнів. Запропоновані моделі комплексної оцінки можуть використовуватись для оцінки регіоналізації перинатальної допомоги та розглядатися в якості однієї зі складових процесу управління якістю і ефективністю перинатальної допомоги для покращення показників діяльності закладів та удосконалення регіональних схем руху (маршруту) вагітних, породіль, роділь і новонароджених із ризиком материнської та перинатальної патології і смертності у закладах перинатальної допомоги відповідного рівня.

Проведено розрахунки комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги на національному рівні за 2017 рік та 2018 рр. та на регіональному рівні за 2017 р. За даними оцінки на національному рівні у 2017 році сумарна оцінка фактичних показників складала 92,84 при оцінці нормативу їх в балах – 120, коефіцієнт комплексної оцінки (інтегральна оцінка діяльності – коефіцієнт досягнення нормативного значення) – 0,77, а у 2018 р. – 111,3 (при оцінці нормативу їх в балах – 130) і 0,86 відповідно. Аналіз в розрізі регіонів України за 2017 р. дозволив визначити 3 групи адміністративних територій з диференційованими заходами впливу: I група областей, у яких діяльність закладів перинатальної допомоги з високим рівнем коефіцієнта досягнення результатів (коефіцієнт комплексної оцінки, ККО $\geq 0,80$), що свідчить про достатньо ефективну діяльність перинатальної служби, II група – із вище середнього рівнем (ККО 0,7-0,79), що потребує посилення окремих компонентів діяльності закладів і установ перинатальної служби і III група – проблемних регіонів з середнім рівнем (ККО 0,6-0,69), що потребують прийняття управлінських рішень з метою забезпечення більш ефективної діяльності закладів перинатальної служби. Розроблена модель комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної служби є пілотною, позитивним моментом якої є її динамічність, що дозволяє надалі у мірі досягнення нормативних значень показників комплексної оцінки проводити їх перегляд.

У восьмому розділі «Наукове обґрунтування інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні» з використанням поетапної методології обґрунтовано та розроблено інноваційну систему медико-соціальної допомоги дітям до 5 років в Україні, скеровану на зниження смертності та сприяння збереженню здоров'я дітей віком до 5 років життя, з доведенням ефективності запровадження окремих її інноваційних елементів на національному рівні. Теоретичним підґрунтям запропонованої системи стали глобальні (ВООЗ, ООН), європейські (ЄС, Рада Європи, Європейська комісія), міжнародні і

вітчизняні рекомендації та ініціативи, позитивний закордонний досвід упровадження глобальних ініціатив ВООЗ щодо підвищення ефективності надання медичної допомоги дитячому населенню, запобігання відворотних випадків смерті дітей у повсякденну медичну практику.

Науковим підґрунтям запропонованої системи виступили результати проведеного дослідження на підставі яких визначено комплекс проблем в організації медичної допомоги дитячому населенню України, пов'язаних із негативною динамікою здоров'я дитячого населення, кадровим забезпеченням системи охорони здоров'я, існуючих прихованих ризиків організації надання медичної допомоги дітям, недостатньою раціональністю використання ресурсів у системі надання медичної допомоги дітям у період трансформації медичної галузі, із низьким рівнем поінформованості батьків дітей з питань збереження їх здоров'я, із особливостями вікової, статевої, причинної та регіональної структури показника смертності в Україні, з недосконалою на даний час законодавчою базою в питаннях збереження здоров'я та життя дітей, з невиконанням або частковим виконанням у системі охорони здоров'я дітей сучасних організаційних та клінічних технологій з доведеною ефективністю, які рекомендовані ВООЗ та використовуються у провідних країнах світу, із відсутністю зосередженості системи громадського здоров'я на забезпеченні збереження здоров'я та життя дітей. Концептуальні підходи при розробці системи базувались на усуненні встановлених проблем, були комплексними та мали міжсекторальний характер. Запропонована система базується на існуючій системі медичного забезпечення дитячого населення, яка удосконалена за рахунок функціонально-організаційної оптимізації.

Розробці інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років передувала розробка організаційної моделі зниження смертності дітей до 5 років життя в Україні, яка визначає учасників процесу та моделі зниження смертності дітей до 5 років життя в Україні, та включає складові: структури, процесу, результату і мають бути інтегровані в запропоновану систему. На всіх рівнях надання медичної допомоги внесено пропозиції щодо її удосконалення: на первинному рівні – забезпечення умов для інтенсивної терапії починаючи з фельдшерсько-акушерських пунктів, на спеціалізованому (вторинному) та високоспеціалізованому (третинному) рівні вдосконалення ефективності надання невідкладної та реанімаційної допомоги, запровадження неонатальних бригад на базі закладів охорони здоров'я високоспеціалізованої медичної допомоги, у службі екстреної невідкладної допомоги – гарантоване забезпечення надання допомоги (евакуації) при типових загрозливих станах і синдромах дитини та транспортування у найближчі відділення (лікарні).

Автором визначено основні нові елементи системи: вдосконалена система фінансування галузі охорони здоров'я із спільним фінансуванням окремих послуг разом з Міністерством соціальної політики України; відповідальність обласних адміністрацій, об'єднаних територіальних громад за міжбюджетне фінансування закладів охорони здоров'я;

впровадження інтегрованого управління якістю надання медичних послуг на національному рівні; запровадження електронної системи охорони здоров'я з веденням реєстрів дітей з відповідними захворюваннями, у т.ч. новонароджених, які народились передчасно та/або хворими; проведення клінічного аудиту та аналізу; прийняття на державному рівні Державної багатосекторальної програми з охорони матері та дитини з імплементацією заходів глобальної ініціативи ВООЗ «Кожна жінка, кожна дитина», із наступним затвердженням відповідних регіональних комплексних цільових програм з охорони дитинства, створення обласних міжсекторальних координаційних рад з ініціалізації та імплементації скоординованих та узгоджених заходів; впровадження інтегрованої міжсекторальної послуги, що включає катамнестичне спостереження, послуги з реабілітації, паліативної допомоги та раннього втручання; дотримання прав людини та вимог законодавства у сфері протидії насильству.

Автором також запропоновано матрицю інтегрованого управління якістю надання медичної допомоги на національному рівні з визначенням ризиків щодо проведення такого оцінювання (ризиків інфраструктурного, ресурсного, процесного характеру, ризику, що пов'язані з наслідками) та доведено ефективність запровадження інноваційних елементів електронної системи охорони здоров'я із ідентифікацією прихованого ризику збільшення смертності у значній частці дітей, переведених з одного закладу в інший, достовірною асоціацією кількості пологів менше за 300 на рік з несприятливими акушерськими та неонатальними наслідками, які можуть призводити до летальних випадків, потреби в оптимізації кількості закладів із обов'язковим урахуванням доступності перинатальної допомоги для підвищення якості надання медичної допомоги.

В цілому, інноваційна система медико-соціальної допомоги дітям до 5 років в Україні отримала високу позитивну оцінку незалежних експертів (98%), впровадження якої матиме медичний, соціальний та економічний ефекти.

Висновки дисертаційної роботи складаються з 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 методичних рекомендаціях, а також на підставі отриманих результатів наукового дослідження.

Оцінка ідентичності змісту автореферату і основних положень дисертації.

Автореферат дисертаційного дослідження Дудник Світлани Валеріївни 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 напрям дослідження, які проводилися під час виконання кандидатської дисертації.

Ознак плагіату під час проведення опоненції дисертації не виявлено.

Зауваження та питання.

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

Зауваження:

У дисертаційній роботі представлено широку палітру існуючих проблем із забезпечення здоров'я дитячого населення України. Зважаючи на розвиток багатоукладності в охороні здоров'я, бажано було б проаналізувати місце приватного сектору охорони здоров'я в реалізації запропонованої Вами Моделі зниження смертності дітей до 5 років життя в Україні.

Питання:

1. В організаційній моделі зниження смертності дітей до 5 років життя в Україні передбачені Служби праці та соціального захисту. Які площини такої співпраці є важливими для реалізації розробленої Вами моделі?

2. Які першочергові кроки, на Вашу думку, треба здійснити на етапі впровадження запропонованої Вами нової системи фінансування охорони здоров'я в Україні? Які її складові треба запровадити найближчим часом, а які – можуть бути відтерміновані?

3. Хотілося б почути думку дисертанта з такого питання. У розділі «Практичні рекомендації» пропонується об'єднаним територіальним громадам запровадити формування здорового способу життя та стереотипу сім'ї, спрямованого на збереження здоров'я дітей і підвищення медичної активності, сприяння найкращому розвитку та зростанню дитини. Які ж конкретно дії можуть бути реалізовані об'єднаними територіальними громадам щодо спонукання населення до здорового способу життя та які адміністративні заходи впливу можуть цьому сприяти? Як узгоджується це зі зростанням ролі місцевого самоврядування?

ВИСНОВОК

Дисертаційна робота Дудник Світлани Валеріївни «Обґрунтування інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років в Україні», 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 науково-прикладної проблеми – збереження здоров'я дитячого населення та сприяння зниженню смертності дітей віком до 5 років життя шляхом обґрунтування та розробки інноваційної системи медико-соціальної

допомоги дітям до 5 років життя. Представлена дисертаційна робота за своєю актуальністю, науковою новизною та практичним значенням, рівнем висвітлення результатів та їх впровадження відповідає вимогам до дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня доктора наук пп. 9, 10 «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого Постановами Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 р. №567 та від 19.08.2015 р. №656, а її автор – Дудник Світлана Валеріївна – заслуговує на присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина.

Офіційний опонент:

завідувач кафедри громадського здоров'я

факультету післядипломної освіти

Львівського національного медичного

університету імені Данила Галицького,

д. мед. н., професор

Любінець О.В.

