

Голові спеціалізованої вченої ради
К 61.051.09 при Ужгородському
Національному університеті,
доктору медичних наук,
професору М. М. Оросу

ВІДГУК

офіційного опонента доктора медичних наук, професора
Голованової Ірини Анатоліївни
на дисертаційну роботу Скрипа Василя Васильовича
«Медико-соціальне обґрунтування моделі підготовки закладів
охорони здоров'я до автономізації», яка подана до спеціалізованої вченої
ради Ужгородського національного університету
на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за
спеціальністю 14.02.03 «соціальна медицина»

Актуальність теми дисертаційного дослідження пов'язана з реформою охорони здоров'я, яка проводиться в Україні. Дисертаційна робота присвячена вирішенню важливої науково-практичної задачі з підготовки закладів охорони здоров'я до зміни організаційно-правової форми із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства. Актуальність теми дисертаційного дослідження пов'язана з початком активного проходження закладами охорони здоров'я процесу автономізації, що зумовлено зміною їх системи фінансування у відповідності до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

При цьому в Україні комплексних наукових робіт з питань підготовки закладів охорони здоров'я до зміни їх юридичного статусу із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства не проводилося.

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., які 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.

Робота виконана на сучасному науковому рівні, що надало змогу зробити аргументовані висновки та запропонувати практичні рекомендації. Новизну, теоретичну та практичну значимість роботи обумовлює правильний методичний підхід, застосування сучасних методів обробки інформації. Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації та їх достовірність високі.

Інформаційною базою наукового дослідження стали: дані міжнародної та вітчизняної наукової літератури (146), в тому числі 24 закордонних; дані статистичної інформації: форма № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу»², 141 од.; статистичні збірники ОМІАЦ ДООЗ Закарпатської ОДА – 5, анкети опитувальників організаторів охорони здоров'я (127 од.), працівників економічних служб ЗООЗ (98 од.), керівників органів місцевого самоурядування (102 од.) Отриманий статистичний матеріал було опрацьовано за допомогою програм Statistica - 6 та MS Excel з використанням, при проведенні порівнянь, критерію хі-квадрат із поправкою Йейтса.

50 карт експертної оцінки незалежних експертів.

Базами наукового дослідження була мережа закладів охорони здоров'я Закарпатської області, які надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу (всього 47 одиниць). Дослідження охоплювало період 2015 – 2017 роки.

У дослідженні використані сучасні методи наукового дослідження.

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

- системно представлено проблеми зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства та шляхи їх ефективного вирішення;

- встановлено рівень ресурсного забезпечення ЗОЗ первинної та спеціалізованої медичної допомоги і показників використання ресурсів як фактора їх конкурентоспроможності в умовах впровадження ринку медичних послуг, який відрізняється в розрізі адміністративних територій регіону при неконкурентоздатності малопотужних закладів охорони здоров'я. Забезпеченість сімейних амбулаторій відповідно до потреби становить: автотранспортом 36,03 %, електрокардіографами 45,47 %, лабораторними аналізаторами 31,7 %, вагами для новонароджених 71,1 %, пульсоксиметрами 19,44 %, холодильниками для вакцин 61,0 % при 27,9 % їх комп'ютеризації. Будівлі ЗОЗ спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на 83,33 % відповідають СНіПам, на 60,0 % укомплектовані відповідно до галузевих стандартів із забезпеченістю лікарями від 4,47 до 11,18 на 10 тисяч населення при 26,44 % лікарів-пенсіонерів. В ЗОЗ спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги при відповідності будівель СНіПам на 74,39 %, укомплектовані відповідно до галузевих стандартів на 40,91 %, 23,2 % працюючих лікарів-пенсіонерів, рівні госпіталізації населення коливаються від 9,75 до 21,8 на 100 населення. Проведений аналіз вказує на достовірні відмінності щодо умов функціонування закладів охорони здоров'я первинної та спеціалізованої медичної допомоги в області і можливості

надання ними якісної медичної допомоги (медичних послуг) пацієнтам;

- обчислено потребу у видатках на комп'ютеризацію закладів первинної медичної допомоги, забезпечення їх автотранспортом та базовим обладнанням у відповідності до нормативів на рівні регіону та адміністративних територій, який на рівні області складася для забезпечення сімейних амбулаторій комп'ютерною технікою становить 17986,0 тис. грн., автотранспортом 49694,4 тис. грн., базовим медичним обладнанням для надання медичних послуг в обсягах та якості, які гарантовані державою 17057,784 тис. грн.;

- досліджено рівень готовності та спроможності системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я. До комплексної роботи з автономізації ЗОЗ готові менше 10 % організаторів охорони здоров'я області, а підтримують проведення автономізації закладів охорони здоров'я $16,5 \pm 1,9$ % респондентів. При цьому $80,3 \pm 2,1$ % є готовими самостійно приймати управлінські рішення щодо формування штатного розпису лікарні, $74,0 \pm 2,2$ % впровадження системи оплати праці медичним працівникам лікарні в залежності від обсягу та якості наданої медичної допомоги та $92,1 \pm 0,7$ % самостійно розпоряджатися коштами. Готовність працівників фінансово-економічних служб закладів охорони здоров'я до проведення заходів з автономізації ЗОЗ є нижчою ніж організаторів охорони здоров'я;

- встановлено рівень інформованості представників органів місцевого самоурядування щодо законодавства України з питань реформування системи охорони здоров'я і автономізації ЗОЗ та підтримки ними даного процесу. Так, $56,9 \pm 2,5$ % із них ознайомлені із загальним законодавством, $31,4 \pm 2,4$ %, із законодавством з питань реформування системи охорони здоров'я, $65,7 \pm 2,4$ % готові ознайомитися з чинним законодавством з питань реформування охорони здоров'я, а $31,4 \pm 2,3$ % готові підтримати автономізацію територіального ЗОЗ;

- науково обґрунтовано функціонально-організаційну модель та алгоритм підготовки ЗОЗ до автономізації і проведено їх експертну оцінку. Обґрунтована модель відрізняється від раніше існуючих пропозицій тим, що вона включає попередній комплексний аналіз медико-демографічної ситуації, відповідності будівель і споруд ДБН та СНіПам, оснащення ЗОЗ галузевим стандартам, їх конкурентоздатності в умовах ринку медичних послуг, раціональності використання ресурсів та прогноз реальної потреби населення в різних видах медичної допомоги, розробкою і узгодженням з власником потреб автономізованого ЗОЗ з надання населенню медичної допомоги в обсягах державних гарантій із забезпеченням його конкурентоспроможності. Принципово новим в моделі є комунікаційна її складова. Алгоритм підготовки ЗОЗ до автономізації розроблено вперше. Він включає 6 етапів напрямків підготовки: аналітичного, комунікаційного, нормотворчого, організаційного, управлінських рішень власника ЗОЗ.

Удосконалено:

- підготовку організаторів охорони здоров'я та працівників економічних служб ЗОЗ до зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства, яка полягає в проведенні циклу тематичного удосконалення за 72 годинною програмою із яких 66 академічних годин становлять практичні заняття з підготовкою та аналізом проєктів нормативних документів, які необхідні для проведення автономізації ЗОЗ. До цього часу питання автономізації ЗОЗ вибіркового розглядалися на передатестаційних циклах.

Теоретичне значення: одержаних результатів полягає у доповненні теорії соціальної медицини в частині управління охороною здоров'я, зокрема щодо обґрунтування моделі підготовки закладу охорони здоров'я до автономізації.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони стали підставою для:

- стратегії і тактики підготовки закладів охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації;
- розробки програми циклу тематичного удосконалення для організаторів охорони здоров'я та охоплення навчанням організаторів охорони здоров'я і працівників економічних служб ЗОЗ регіону з питань підготовки ЗОЗ до автономізації.

Впровадження результатів дослідження проводилося на етапах його виконання:

а) на галузевому рівні:

Розроблено галузеві нововведення, які затверджено проблемною комісією МОЗ та НАМН України з соціальної медицини та організації охорони здоров'я:

1. Методичні підходи до проведення автономізації ЗОЗ в Україні // Реєстр галузевих нововведень. Реєстр. № 338/2/15. Вип. 2, том 1. -2016.
2. Методологія оцінки стану здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я в регіональному аспекті // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (*випуск 3*). Реєстр. № 251/3/16.
3. Оперативні політики як перешкода до зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я та проведення їх автономізації // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (*випуск 3*). Реєстр. № 253/3/16.

Розроблено методичні рекомендації, які затверджено МОЗ України:

1. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я : метод. рекомендації / уклад. : І. В. Чопей, І. М. Рогач, Г. О. Скрип; Ужгородський національний університет – Ужгород, 2014. – 45 с.

б) на регіональному рівні модель впроваджено в КНП «Центр ПМСД м. Мукачєво» (акт впровадження від 4 квітня 2018 року); КНП «Міжгірський

Центр ПМСД» (акт впровадження від 10 травня 2018 року); Ужгородський міський Центр ПМСД (акт впровадження від 11 квітня 2018 року); Закарпатська обласна стоматологічна клінічна поліклініка (акт впровадження від 16 квітня 2018 року); КУЛОР «Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр» (акт впровадження від 13 квітня 2018 року); ОКТМО «Фтизіатрія» (акт впровадження від 10 липня 2018 року), КП ВОНД «Соціотерапія» Вінницької області (акт впровадження від 05 червня 2018 року).

За результатами дослідження видано накази департаменту охорони здоров'я Закарпатської ОДА: від 10.07.2015 року № 359-0 «Про проведення аудиту роботи стаціонарних ліжок у лікувально-профілактичних закладах області»; від 15.06.2016 року № 296-0 «Про створення постійно діючої комісії департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації з питань створення госпітальних округів».

Результати дослідження впроваджені в навчальний процес в УжНУ. Розроблено навчальний план ТУ з підготовки ЗОЗ до автономізації, який затверджено вченою радою факультету післядипломної освіти та до університетської підготовки УжНУ від 31.05. 2018 року, протокол № 8.

Повнота викладення матеріалів в опублікованих працях.

Матеріали дисертації знайшли відображення у 25 наукових роботах, в тому числі в 9 статтях у наукових фахових виданнях (у одноосібному авторстві – 6, за кордоном – 3, журналах, які внесені до наукометричних баз – 1), 1 – розділ монографії, 11 – в матеріалах науково-практичних конференцій (за кордоном – 3), 1 – методичних рекомендаціях та 3 – галузевих нововведеннях.

Оцінка змісту та оформлення дисертації.

Дисертацію викладено на 216 сторінках, у тому числі 114 сторінках власного друкованого тексту, складається із вступу, програми дослідження, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій; ілюстрована 49 таблицями, 8 рисунками, має 20 додатків. Список використаної літератури

містить 146 наукових джерел, у тому числі 24 – іноземних авторів.

Послідовність викладення власних досліджень є чіткою і відповідає поставленим цілям і завданням.

У **вступі** дисертант розкриває суть проблеми дослідження, яка і визначила його актуальність, мету, завдання, наукову новизну, теоретичне та практичне значення, рівень впровадження та апробації результатів дослідження.

Також представлено особистий внесок здобувача який полягає в тому, що ним самостійно визначено напрям, мету та завдання дослідження; розроблено його програму; обрано методи для вирішення поставлених завдань; розраховано обсяг вибіркової сукупності дослідження, здійснено збір та викопіювання первинної документації; розроблено анкети для проведення соціологічного дослідження, проведено дослідження та статистично опрацьовані і проаналізовані результати; сформовано бази даних статистичної обробки результатів дослідження на основі пакету статистичного аналізу Microsoft Excel, отримані дані оброблені на персональному комп'ютері за допомогою ліцензованої програми Statistika 6.0, проведена систематизація та наукова інтерпретація отриманих результатів, виявлено перешкоди до зміни юридичного статусу закладів охорони здоров'я та проведення їх автономізації, науково обґрунтовано та розроблено модель підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації, проведена оцінка її ефективності, сформовані висновки, розроблені практичні рекомендації, що знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Наукові здобутки та ідеї співавторів не було використано.

У **першому розділі** *«Місце автономізації закладів охорони здоров'я на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я»* приведений системний огляд наукової літератури за темою дослідження. Результати аналізу виявили фрагментарність національного досвіду та поодинокі наукові

дослідження за темою дисертаційного дослідження. Вказане обумовило актуальність теми дисертаційного дослідження, дозволило обрати напрям роботи, сформулювати мету і завдання та розробити дизайн дослідження.

У другому розділі *«Програма, матеріали, методи та обсяги дослідження»* представлено програму в шести організаційних етапів і інформаційну базу дисертаційного дослідження, його методологічний апарат та дизайн. Послідовність досліджень на кожному з етапів, методи та джерела інформації детально описані в цьому розділі.

У третьому розділі *«Характеристика населення Закарпатської області і основних показників його здоров'я»* показано, що в області, станом на 2017 рік, проживало 1255944 осіб, із яких 603475 (48,04 %) це були чоловіки та 652469 (51,96 %) жінки. Працездатне населення складало 706594 (56,29 %) осіб, а дитяче населення 292011 (23,25 %) осіб. В сільській місцевості проживало 795552 (63,3 %) особи.

Проведений дисертантом аналіз захворюваності дорослого населення показав тенденцію до підвищення показника з його найвищим значенням в 2016 році – 512,1 на 1 тис. Підвищення показника зареєстровано в 9 (64,3 %) адміністративних територіях, а його зменшення в 5 (35,7 %) адміністративних територіях. Гранична різниця показника в розрізі адміністративних територій відрізняється в 2,1 разу. В структурі захворюваності дорослого населення провідні місця займають наступні класи хвороб: хвороби органів дихання (35,3 %), хвороби системи кровообігу (12,5 %), хвороби органів травлення (7,3 %).

Проведений дисертантом аналіз поширеності хвороб серед дорослого населення показав зменшення показника на 1,5 % з рівнем в 2017 році 162785,6 на 100 тис дорослого населення. Гранична різниця показника в розрізі адміністративних територій відрізняється в 1,3 разу. В структурі поширеності хвороб провідні місця займають: хвороби системи кровообігу

(40,2 %), хвороби органів дихання (14,0 %), хвороби органів травлення (10,8 %).

Аналіз захворюваності дитячого населення, який провів дисертант базуючись на статистичних даних, показав тенденцію до зниження показника. Зареєстровано зниження показника в 10 (71,4 %), а його збільшення в 4 (28,6 %) адміністративних територіях. Гранична різниця показника у розрізі адміністративних територій відрізняється в 2,8 раза. В структурі захворюваності дитячого населення провідні місця займають хвороби органів дихання (60,4 %), хвороби органів травлення (6,6 %), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (6,0 %).

Аналіз поширеності хвороб серед дитячого населення показав зменшення показника на 6,6 % з рівнем в 2017 році 1265,11 в розрахунку на тисячу дітей. За період дослідження зниження показника поширеності хвороб серед дитячого населення зареєстровано в 11 (78,6 %), а його підвищення в 3 (21,4 %) адміністративних територіях. Гранична різниця показника відрізняється у розрізі адміністративних територій в 2,2 рази. В структурі поширеності хвороб провідні місця займають хвороби органів дихання (46,5 %), хвороби ендокринної системи розлади харчування, порушення обміну речовини (7,6 %), хвороби органів травлення (7,1 %), хвороби ока та додаткового апарату (5,7 %).

Отримані під час виконання даного етапу дослідження дані стають основою для прогнозування потреби населення в окремих видах медичної допомоги, що є важливим при розробці структури та потужності автономізованого закладу охорони здоров'я.

У четвертому розділі *«Характеристика системи надання медичної допомоги населенню та основних показників діяльності»* показано, що в області функціонує розгалужена мережа закладів охорони здоров'я та їх відокремлених структурних підрозділів з надання первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню. Найбільшу частку із

них складають заклади, що надають первинну медико-санітарну допомогу (АЗПСМ – 44,7 %) та долікарську допомогу (ФАПи - 43,4 %). Заклади охорони здоров'я, які надають спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу, функціонують в межах кожної адміністративної території. Діяльність ЗОЗ за адміністративними територіями є не рівномірною та не завжди раціональною. В області функціонує 25 закладів охорони здоров'я високоспеціалізованої медичної допомоги.

Первинна медична допомога населенню області надається в 14 Центрах ПМСД, АЗПСМ у складі Центрів ПМСД (231), АЗПСМ самостійних (61) із яких 40 (13,7 %) АЗПСМ розташовані у містах та 252 (86,3 %) у сільській місцевості. Для надання ПМСД в області введено 949,25 посад ЛЗП-СЛ та 2059,25 сімейних медичних сестер з достовірною різницею рівнів укомплектування штатних посад фізичними особами в розрізі адміністративних територій. Дефіцит ЛЗП-СЛ становить 63, а сімейних медичних сестер 51 - фізичних осіб.

Дисертант відмічає, що рівень укомплектованості сімейних амбулаторій комп'ютерною технікою та доступом до мережі Інтернет є критичним і не дозволяє забезпечити виконання Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII та підключення закладу до електронної системи охорони здоров'я. При цьому для комп'ютеризації первинної ланки в області необхідні видатки у сумі 17986000,00 грн. Також встановлено незадовільний рівень забезпечення сімейних амбулаторій оснащенням. Забезпеченість сімейних амбулаторій відповідно до потреби становить: автотранспортом 36,03 % (на дооснащення необхідно 49694400,0 грн.), електрокардіографами 45,47 % (4891985,0 грн.), лабораторними аналізаторами 31,7 % (3397324,0 грн.), вагами для новонароджених 71,1 % (344267,0 грн.), вагами для дорослих 54,75 % (623610,0 грн.),

пульсоксиметрами 19,44 % (4814010,0 грн.), холодильниками для вакцин 61,0 % (2986588,0 грн.).

Як встановив автор достовірно відрізняється в розрізі адміністративних територій і забезпеченість закладами/підрозділами, в яких надається населенню спеціалізована амбулаторно-поліклінічна допомога. При цьому рівень звернення населення за амбулаторно-поліклінічною допомогою в розрізі адміністративних територій в перерахунку на одного жителя коливається від 6,8 у Свалявському до 11,1 у Міжгірському районі. Різниця становить 1,6 разу.

Дисертантом встановлено достовірну різницю у забезпеченні населення в розрізі адміністративних територій спеціалізованою стаціонарною медичною допомогою та різний рівень ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я і їх можливості в наданні якісної медичної допомоги. Забезпеченість населення госпітальними ліжками коливається в 1,5 разу: від 36,10 в Мукачівському районі до 54,93 в м. Ужгород на 10 тис населення. При цьому 25,61 % будівель та споруд, в яких розташовані стаціонарні відділення не відповідають СНІПам, а 50 % ЗОЗ не мають необхідного оснащення. Найнижчі рівні укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами зареєстровані в Березівському (53,73 %), В. Березнянському (56,47 %), Перечинському (57,78 %) районах. В системі надання спеціалізованої стаціонарної допомоги працює 23,22 % лікарів пенсійного віку з їх найбільшою часткою в Іршавському (42,25 %), Свалявському (38,89 %) та Перечинському (38,46 %) районах. Дефіцитними для надання стаціонарної спеціалізованої допомоги є наступні лікарські спеціальності: педіатрія, анестезіологія, ендоскопія, лабораторна діагностика, функціональна діагностика, хірургія, інфекційні хвороби. В більшості закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги госпітальні ліжка працювали не на повну потужність і простоювали. В першу чергу це стосується Ужгородського (273,82 днів на рік), Свалявського (275,92),

Тячівського (287,10). Гранична різниця середнього числа днів зайнятості ліжка у 2017 році між закладами охорони здоров'я адміністративних територій становить 68,68 днів.

Проведений дисертантом аналіз вказує на достовірні відмінності щодо умов функціонування ЗОЗ первинної та спеціалізованої медичної допомоги в області і можливості надання ними якісної медичної допомоги (медичних послуг) пацієнтам. З одного боку це ставить населення різних адміністративних територій в нерівні умови щодо отримання необхідної первинної та спеціалізованої допомоги. З іншого боку, враховуючи чинні законодавчі акти, є чинником, коли не всі ЗОЗ зможуть укласти договори з Національною службою здоров'я України на надання медичної допомоги в рамках державних гарантій та отримання відповідного фінансування. Тому дисертант пропонує, враховуючи дію Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР (ст. 32. Пункт б, 2), на етапі автономізації ЗОЗ передбачити заходи з формування конкурентоздатності ЗОЗ за рахунок місцевої фінансової підтримки.

У розділі *«Результати соціологічного дослідження серед різних категорій населення з питань автономізації закладів охорони здоров'я»* показано, що у ході соціологічного дослідження серед організаторів охорони здоров'я встановлено низький рівень їх ознайомлення із нормативно-правовими документами з питань автономізації ЗОЗ та основними методами організаційної роботи з підготовки ЗОЗ до зміни правового статусу ЗОЗ на комунальне некомерційне неприбуткове підприємство, а також з принципами роботи в нових господарських умовах. До комплексної роботи з автономізації готовою була частка респондентів, яка складала менше 10 %, а підтримувало проведення автономізації ЗОЗ $16,5 \pm 1,9$ % респондентів. При цьому організатори охорони здоров'я в своїй більшості мали бажання самостійно приймати управлінські рішення щодо формування штатного розпису лікарні ($80,3 \pm 2,1$ %), впровадження системи оплати праці медичним

працівникам ЗОЗ залежно від обсягу і якості наданої медичної допомоги ($74,0 \pm 2,2$ %) та самостійно розпоряджатися коштами ($92,1 \pm 0,7$ %).

В ході соціологічного дослідження серед працівників економічних служб системи охорони здоров'я встановлено низький та достовірно нижчий рівень, ніж організаторів охорони здоров'я до автономізації ЗОЗ. Вказане пов'язано із зміною умов праці працівників економічних служб після автономізації ЗОЗ.

Серед представників органів місцевого самоврядування дисертантом було встановлено, що $31,4 \pm 2,3$ % із опитаних готові підтримати автономізацію територіального ЗОЗ.

Отримані дані стали підставою для розробки програми циклу тематичного удосконалення з метою їх теоретичної підготовки та формування прихильності в організаторів охорони здоров'я до автономізації ЗОЗ.

У **п'ятому розділі** *«Обґрунтування та характеристика функціонально-організаційної моделі підготовки та проведення зміни організаційно-правової форми (автономізації) закладів охорони здоров'я із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства»* експертним шляхом дисертантом встановлені переваги, ризики та перепони до перетворення комунальної установи в комунальне некомерційне підприємство. Отримані на цьому етапі результати були використані під час розробки моделі підготовки ЗОЗ до зміни юридичного статусу з бюджетної установи на комунальне некомерційне підприємство.

За даними дисертанта центральним елементом моделі виступають ЗОЗ, які проходять автономізацію.

Стратегічним напрямком моделі є забезпечення ефективної діяльності автономізованого закладу охорони здоров'я в умовах впровадження якісно нової системи фінансування закладів охорони здоров'я, коли «гроші ідуть за пацієнтом» при впровадженні Закону України «Про державні фінансові

гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII.

Тактичним напрямком моделі є комплексна підготовка та ефективне проведення автономізації ЗОЗ з затвердженням програми місцевої фінансової підтримки закладу охорони здоров'я по забезпеченню його конкурентоздатності в умовах формування ринку медичних послуг.

Складовими моделі є наступні напрямки діяльності: аналітичний, комунікаційний, нормотворчий, організаційний, управлінських рішень власника ЗОЗ.

Дисертантом детально представлено зміст та складові кожного напрямку підготовчої діяльності.

Застосування автором системного підходу до обґрунтування моделі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації дозволило сформулювати суб'єкт управління процесом, об'єкт впливу, блок наукового регулювання.

Суб'єктом управління в запропонованій моделі є департамент охорони здоров'я ОДА, який забезпечує виконання чинного законодавства України в регіоні та виступає на рівні регіону головним комунікатором з даного питання і при необхідності проводить адвокацію з прийняття управлінських рішень на рівні адміністративних територій, у тому числі серед представників органів місцевого самоврядування.

Об'єктом комунікаційного та управлінського впливу в даній моделі виступають власники та керівники ЗОЗ, які створюють комплексну робочу групу з підготовки ЗОЗ до автономізації.

Блок наукового регулювання діяльності моделі включає законодавчу базу України, міжнародний та національний досвід діяльності ЗОЗ в якості неприбуткових підприємств та їх підготовки до зміни організаційно-правової форми із бюджетних установ на неприбуткові комунальні підприємства.

Важливою складовою моделі є підготовка організаторів охорони здоров'я, працівників кадрових та економічних служб ЗОЗ до роботи в нових організаційно-правових та господарських умовах в результаті перетворення ЗОЗ установи в ЗОЗ неприбуткове підприємство. Дисертантом розроблено та впроваджено в навчальний процес програму тематичного удосконалення організаторів охорони здоров'я, працівників кадрових та економічних служб ЗОЗ до роботи в нових організаційно-правових і господарських умовах.

Обґрунтована та запропонована дисертантом модель підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації позитивно оцінена незалежними експертами та впровадженні в систему охорони здоров'я країни.

Висновки та практичні рекомендації. Отримані в ході дисертаційного дослідження результати дозволили зробити аргументовані висновки та запропонувати практичні рекомендації.

Автореферат за змістом повністю відповідає основним положенням дисертації, представлений у відповідності вимог ДАК.

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

При опоненції дисертаційної роботи ознак плагіату не виявлено.

Принципових зауважень до дисертаційної роботи не має.

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

1. В запропонованій Вами моделі, на відміну від методичних рекомендацій МОЗ України, пропонується вивчення рівня конкурентноспроможності ЗОЗ та розробка плану забезпечення конкурентноздатності ЗОЗ. В дисертації дані поняття Ви детально не розкриваєте. Поясність більш детально необхідність введення та наповнення питань конкретності між комунальними та державними закладами охорони здоров'я.

2. В нормотворчому напрямку підготовки закладу охорони здоров'я до автономізації в запропонованій Вами моделі включено такий пункт як підготовка проекту посадових інструкцій для працівників закладу. Поясніть, чим на Ваш погляд, буде відрізнятися посадова інструкція медичних працівників до та після автономізації ЗОЗ.

3. В запропонованій Вами моделі значну увагу приділяєте комунікаціям. Це надзвичайно важливо. Серед цільових груп комунікаційного впливу Ви виділили медичних працівників, депутатський корпус, як осіб, які приймають управлінські рішення, населення в цілому та працівників ЗМІ. Поясніть, чому, серед інших (непрямих учасників процесу) Ви виділили тільки працівників ЗМІ і яку роль в даному процесі Ви їм відводите.

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

Висновок

Дисертація Скрипа Василя Васильовича «Медико-соціальне обґрунтування моделі підготовки закладів охорони здоров'я до автономізації», яка представлена на здобуття наукового ступеня кандидата медичних є самостійною, завершеною науковою працею, в якій на основі проведених комплексних досліджень сформульовані та обґрунтовані наукові положення, сукупність яких можна кваліфікувати як нове вирішення актуальної задачі соціальної медицини щодо наукового обґрунтування моделі підготовки закладів охорони здоров'я до зміни юридичного статусу із бюджетних установ в комунальні некомерційні підприємства та має практичну та теоретичну значущість і за актуальністю напрямку та обсягом і результатами наукових досліджень відповідає вимогам «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого пунктом 11 Постанов

Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 р. № 567 та від 19.08.2015р. №656, а її автор Скрип Василь Васильович заслуговує присудження наукового 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, д. мед. н., професор



І. А. Голованова

