

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 Любінця Олега Володимировича на дисертаційну роботу «Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України» Можарівської Антоніни Анатоліївни, яка представлена на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 - соціальна медицина до спеціалізованої вченої ради К 61.051.09 при Ужгородському національному університеті

Актуальність теми.

Дисертаційна робота присвячена рішення актуальної науково-практичної задачі – обґрунтуванню та розробці концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України.

Актуальність проблеми обумовлена статистично достовірними відмінностями у показниках здоров'я та смертності чоловіків і жінок. Необхідність розробки вказаної моделі визначена значним поширенням, в останні роки, безпліддя у мужчин при відсутності в Україні, на відміну від інших країн Європи, медичних кадрів та спеціалізованих служб із забезпечення репродуктивного здоров'я у чоловічого населення. Рішення вказаних проблем і стало темою дисертаційного дослідження Можарівської А.А.

Дослідження узгоджується з напрямками Європейської політики – «Декларація щодо рівності жінок та чоловіків» (1988 р.), «Стратегія включення гендерного аналізу і дій в роботу ВООЗ» (ВООЗ, 2007 р.), Декларація Тисячоліття ООН (2000 р.) і відповідає стратегічним документам державного рівня, насамперед, Конституції України та Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я».

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

Згідно з вимогами МОН України дисертаційна робота стала фрагментом комплексних науково-дослідних робіт: «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України», № державної реєстрації 0112U002809, термін виконання 2012-2014 рр.; «Науковий супровід, моніторинг та оцінка моделей розвитку сфери

охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні» № державної реєстрації 0115U002852, термін виконання 2015-2017 рр., які виконувалися в ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Дисертант є виконавцем фрагментів НДР.

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

Дисертаційна робота Можарівської А.А. на тему «Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України» є комплексним медико-соціальним дослідженням, виконаним на належному методичному рівні.

На користь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, які сформульовані у дисертації, свідчить застосування автором адекватних та сучасних методів дослідження: системного підходу, бібліосемантичного, соціологічного, медико-статистичного, концептуального та описового моделювання, контент-аналізу, організаційного експерименту, експертних оцінок.

Дисертантом чітко окреслено мету та визначено завдання дослідження, обґрунтованість підходів щодо їх виконання. Вони включали аналіз науково-інформаційних джерел за обраною тематикою, аналіз динаміки показників стану здоров'я та демографічних показників населення України (смертності, захворюваності та поширеності хвороб) за статтю, аналіз міжнародних та вітчизняних нормативно-правових та методичних документів з питань забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я в т.ч. з організації послуг із репродуктивного здоров'я, вивчення ставлення пацієнтів до проблем гендерної рівності в охороні здоров'я та оцінку лікарями і спеціалістами з організації та управління охороною здоров'я забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я, обґрунтування та розробку концептуальної моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я та проведення її експертної оцінки. Усі завдання, пошукувачем вирішено повністю.

Основні положення роботи, що сформульовані автором дисертації, викладено на підставі аналізу літературних джерел та результатів власних досліджень.

Достовірність отриманих результатів.

Достовірність приведених у роботі наукових положень, висновків і рекомендацій, підтверджується використанням широкої інформаційної бази за темою дисертаційного дослідження.

Інформаційну базу дослідження було сформовано з 220 джерел наукової літератури, з яких 63 – латиною, 21 – стратегічних документів державного і галузевого рівнів, нормативно-правових актів, документів ВООЗ, у т.ч. ЄРБ

ВООЗ, 10 статистичних довідників за 2008-2017 рр., даних ЦМС МОЗ України. Соціологічні дослідження охоплювали 428 пацієнтів закладів охорони здоров'я, 151 організатора охорони здоров'я та 412 лікарів.

Інформаційна база дослідження достатня за обсягом, репрезентативна, що було забезпечено типологічними властивостями вибірок та розрахунком необхідного обсягу спостережень.

Результати власних досліджень, отримані автором на репрезентативній вибірці, статистично адекватно оброблені та проаналізовані з використанням відповідних сучасних методів системного підходу. Статистична обробка результатів дослідження проводилася за допомогою програмного продукту MedStat v.5.2. та MS Excel і включала адекватні методи математико-статистичного аналізу.

Таким чином, можна констатувати, обраний дисертантом дизайн, програма та методичний апарат дослідження дозволили забезпечити репрезентативність даних, вирішити поставлені завдання, отримати достовірні результати, які були покладені в основу обґрунтування і розробки концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України.

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

1. Системно представлено проблеми забезпечення гендерної рівності в галузі охорони здоров'я України на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування системи надання медичної допомоги населенню та шляхи їх вирішення з метою забезпечення рівної доступності чоловіків і жінок до медичних послуг.

2. Встановлено десятирічні гендерні особливості показників захворюваності та поширеності хвороб серед дорослого населення України, які характеризуються їх зниженням у населення обох статей (чоловіків 17,08% і 7,52%, жінок 12,75% та 3,35% відповідно) з переважанням показників поширеності серед жінок хвороб сечостатевої системи в 2,87 ($p < 0,001$), а захворюваності в 4,51 ($p < 0,001$) рази; хвороб крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму в 3,11 ($p < 0,001$) та 2,6 ($p < 0,001$) рази; хвороб ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин в 2,37 ($p < 0,001$) та 2,25 ($p < 0,001$) рази; новоутворень в 1,8 ($p < 0,001$) та 1,6 ($p < 0,001$) рази; хвороб системи кровообігу в 1,3 ($p < 0,001$) та 1,17 ($p < 0,001$) рази; хвороб кістково-м'язевої системи та сполучної тканини в 1,32 ($p < 0,001$) та 1,04 ($p < 0,001$) рази; хвороб нервової системи в 1,27 ($p < 0,001$) та 1,24 ($p < 0,001$) рази; хвороб ока й придаткового апарату в 1,23 ($p < 0,001$) та 1,18 ($p < 0,001$) рази відповідно.

3. Встановлено восьмирічну, в гендерному аспекті, динаміку показників

смертності населення України, яка характеризується зниженням коефіцієнтів смертності чоловіків на 18,9% та жінок на 10,7%; які у чоловіків вищі, ніж у жінок в 1,2 рази ($p=0,004$), в тому числі внаслідок зовнішніх причин смерті в 4,3 рази ($p<0,001$), деяких інфекційних та паразитарних хвороб в 3,3 рази ($p<0,001$); хвороб системи дихання в 3,1 рази ($p<0,001$); хвороб органів травлення в 2,0 рази ($p<0,001$), новоутворень в 1,5 рази ($p<0,001$) з максимальними індексами надсмертності чоловіків (3,1 рази, $p<0,001$) у віці 20-54 років.

4. Досліджено ставлення пацієнтів, як отримувачів послуг охорони здоров'я, щодо забезпечення принципу гендерної рівності при отриманні медичних послуг, із яких $16,4\pm2,7\%$ чоловіків та $13,5\pm2,2\%$ жінок вказали на не рівні можливості для обох статей.

5. Встановлено рівень оцінки організаторами охорони здоров'я та лікарями, як надавачами послуг в охороні здоров'я, забезпечення гендерної рівності в системі охорони здоров'я при наданні медичних послуг населенню.

5.1. Із числа опитаних лікарів 2,7% жінок та 5,2% чоловіків, а із числа опитаних організаторів охорони здоров'я 8,3% жінок та 7,6% чоловіків вказали на наявність проблем в питаннях забезпечення гендерної рівності при наданні населенню медичної допомоги;

5.2. На наявність недоліків при наданні репродуктивних послуг чоловікам вказало $75,8\pm3,5\%$ чоловіків та $71,4\pm2,8\%$ жінок із числа опитаних лікарів та $86,1\pm3,9\%$ чоловіків і $72,2\pm5,3\%$ жінок із числа опитаних організаторів охорони здоров'я, причиною чого є відсутність посад лікарів-андрологів у закладах охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги;

5.3. Із числа опитаних лікарів $73,4\pm5,0\%$ чоловіків та $70,8\pm5,4\%$ жінок вказали на необхідність підвищені рівня знань з гендерних питань в охороні здоров'я в тому числі $75,9\pm4,8\%$ та $75,0\pm5,1\%$ відповідно з питань нормативно - правового забезпечення гендерної рівності при наданні медичної допомоги, $65,8\pm5,4\%$ та $73,6\pm5,2\%$ відповідно з особливостей клінічного перебігу захворювань в залежності від статі пацієнтів, $69,4\pm5,4\%$ і $69,6\pm5,2\%$ відповідно з особливостей фармакотерапії та принципів лікування в залежності від статі пацієнтів.

6. Комплексно досліджено стратегії ВООЗ, міжнародну нормативно-правову та вітчизняну законодавчу базу з питань реалізації принципу гендерної рівності в системі охорони здоров'я України та виявлено недосконалість національної законодавчої бази, основні завдання та заходи якої спрямовані на забезпечення гендерної рівності в політичній, економічній, соціальній сферах та в галузі освіти при відсутності цільових програм та заходів в системі охорони здоров'я країни. При цьому національні нормативно-правові документи з охорони репродуктивного здоров'я розглядаються через призму

потреб жіночої статі, не враховуючи проблеми чоловіків, як рівноправних учасників репродуктивного процесу.

7. Обґрунтовано концептуальні підходи та розроблено модель гендерної рівності в охороні здоров'я України структурними компонентами якої є п'ять взаємопов'язаних блоків: правового, організаційної структури охорони здоров'я, наукового, освітнього, зацікавленості населення з проведенням моніторингу і оцінки забезпечення гендерної рівності з її відповідністю міжнародним підходам при позитивній оцінці експертами ($9,3 \pm 1,0$ балів), запровадження якої, на відміну від існуючої ситуації, дає змогу усунути наявні недоліки із забезпечення рівних прав та можливостей чоловіків і жінок в отриманні послуг з охорони здоров'я.

Набули подальшого розвитку дані про динаміку рівнів смертності чоловіків та жінок в Україні.

Удосконалено методичні підходи до забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я з метою покращення ефективності медичних послуг чоловікам та жінкам з урахуванням їх особливих потреб.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині організації медичної допомоги чоловікам і жінкам та забезпеченні гендерної рівності в охороні здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів полягає в обґрунтуванні стратегії і тактики забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я та є підґрунтям для удосконалення організації медичної допомоги чоловікам і жінкам.

Відповідність дисертації профілю спеціалізованої вченої ради.

Дисертаційна робота Можарівської А.А. за змістом відповідає профілю спеціалізованої вченої ради К 61.051.09 при Ужгородському національному університеті за спеціальністю 14.02.03 - соціальна медицина.

Характеристика розділів та оцінка змісту дисертації.

Дисертація є завершеною науковою працею, має класичну структуру, яка відповідає існуючим вимогам. Дисертацію викладено на 231 сторінці друкованого тексту. Робота складається із вступу, огляду наукової літератури, програми дослідження та 6 розділів власних досліджень, висновків; ілюстрована 31 таблицею, 44 рисунками, має 9 додатків. Список використаної літератури містить 220 наукових джерел, у тому числі 63 іноземних авторів.

Подання результатів дослідження за розділами є логічним і відповідає етапам та поставленим завданням.

У **вступі** розкрито актуальність теми дисертаційної роботи, представлено її мету та завдання, визначено об'єкт, предмет і методи дослідження, викладено наукову новизну, теоретичне та практичне значення отриманих результатів,

наведено інформацію про їх апробацію та впровадження, висвітлено особистий внесок автора у виконання роботи, наведено дані про кількість публікацій за темою роботи.

Перший розділ дисертації *«Аналіз гендерних проблем в охороні здоров'я»*: на підставі бібліосемантичного аналізу наукових джерел узагальнено міжнародний досвід з питань гендерної політики в охороні здоров'я та виявлено наявність невирішених питань щодо забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я населення. За результатами аналізу наукових джерел визначено актуальність дослідження, встановлено низку невирішених питань, обрано актуальні напрями дослідження, сформульовано його мету.

У **другому розділі** *«Програма, обсяги та методи дослідження»* представлено програму, яку побудовано на принципах логічної етапності з використанням методу системного підходу та інших інформативних методів. Програма включає вісім організаційних етапів. Автором дано характеристику методології дослідження, інструментарію, який включав дані галузевої статистичної звітності та спеціально розроблені анкети соціологічного дослідження серед лікарів, організаторів охорони здоров'я, чоловіків та жінок, а також карти експертних оцінок. У розділі представлено обсяг виконаних досліджень за кожним завданням.

У **третьому розділі** *«Характеристика особливостей захворюваності та поширеності хвороб серед населення України в гендерному аспекті»* показано, що в структурі населення України переважають жінки і складають 53,9%.

В розділі описано, що гендерна структура показників захворюваності мала наступні особливості: першу та третю позицію у обох статей займали хвороби органів дихання (34,1% у чоловіків і 30,2% у жінок) та хвороби системи кровообігу (10,8% у чоловіків і 10,0% у жінок) відповідно, а другу – у чоловіків посідали травми, отруєння та ін. (11,2%), а у жінок – хвороби сечостатевої системи (12,8%). Провідні позиції структури показників поширеності хвороб для досліджуваних груп однаково формували хвороби системи кровообігу, систем дихання та травлення.

Показано, що рівні захворюваності та поширеності хвороб серед дорослих жінок вищі, ніж серед дорослих чоловіків як в цілому (1,2-1,3 разу; $p=0,05$), так і за більшістю класів хвороб, за винятком травм, отруєнь та ін. і розладів психіки й поведінки.

В розділі показано, що рівні поширеності серед жінок хвороб сечостатевої системи вищі ніж серед чоловіків в 2,87 рази ($p<0,001$), а захворюваності – в 4,51 рази ($p<0,001$), хвороб крові і кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму – в 3,11 рази ($p<0,001$) та в 2,6 рази ($p<0,001$), хвороб ендокринної системи, розладів харчування та

порушення обміну речовин в 2,37 рази ($p < 0,001$) та в 2,25 рази ($p < 0,001$); новоутворення в 1,8 рази ($p < 0,001$) та в 1,6 рази ($p < 0,001$); хвороб системи кровообігу в 1,3 рази ($p < 0,001$) та в 1,17 рази ($p < 0,001$); хвороб кістково-м'язевої системи та сполучної тканини в 1,32 рази ($p < 0,001$) та в 1,04 рази ($p < 0,001$); хвороб нервової системи в 1,27 рази ($p < 0,001$) та в 1,24 рази ($p < 0,001$); деяких інфекційними та паразитарними хвороби в 1,09 рази ($p < 0,001$) та в 1,32 рази ($p < 0,001$) відповідно.

Враховуючи, що облік показників захворюваності та поширеності хвороб ведеться за звертанням за медичною допомогою можна допустити, що жінки більш відповідально відносяться до особистого здоров'я і більш часто, ніж чоловіки звертаються за медичною допомогою.

У **четвертому розділі** «Сучасні тенденції смертності населення України в гендерному аспекті» показано, що рівень смертності чоловіків вищий, ніж смертності жінок (1476,0 проти 1322,9 на 100 тис. відповідного населення; $p = 0,004$). Дисертант зазначає, що надсмертність чоловіків спостерігалась практично у всіх вікових групах, починаючи з народження і до 90 років життя. Максимальні індекси надсмертності чоловіків (3-3,1 рази) реєструвались у віці 20-54 років, що свідчить про втрати найбільш працездатної частини чоловічого населення.

Сучасна структура смертності населення України має комбінований характер: поєднуються високі рівні смертності внаслідок ендогенних та екзогенних причин. Провідною причиною смерті у віці 18-24 років чоловіків (73,0%) та жінок (46,3%) були зовнішні причини, тоді як у віці 25-64 років (40,8% і 38,4% відповідно) та 65 років і старше (75,6% та 83,9%) – хвороби системи кровообігу.

Смертність внаслідок зовнішніх причин смерті в 4,3 рази ($p < 0,001$) вища серед чоловіків, ніж серед жінок; внаслідок деяких інфекційних та паразитарних хвороб – у 3,3 рази ($p < 0,001$); внаслідок хвороб системи дихання – в 3,1 рази ($p < 0,001$); внаслідок хвороб органів травлення – в 2,0 рази ($p < 0,001$) та внаслідок новоутворень – у 1,5 рази ($p < 0,001$).

У **п'ятому розділі** «Міжнародні та національні механізми формування політики гендерної рівності в суспільстві та галузі охорони здоров'я» дисертантом показано, що вітчизняне законодавство ґрунтується на положеннях міжнародних нормативно-правових документів ратифікованих державою. Автор вказує, що в галузі охорони здоров'я ключовим документом, що визначив актуальність інтеграції гендерної складової стала «Стратегія включення гендерного аналізу і дій в роботу ВООЗ» (ВООЗ, 2007 р.). Пріоритетними завданнями якої визнано врахування гендерних питань в системі управління та при розробці національних програм і стратегій,

покращення обізнаності фахівці з цієї тематики, заохочення наукових досліджень з включенням гендерного аспекту, тощо.

Реалізація цих задач має сприяти ефективнішому виявленню потреб кожної із статей щодо послуг охорони здоров'я та покращення їх стану здоров'я.

В розділі показано, що у вітчизняному законодавстві рівність прав і можливостей чоловіків та жінок гарантується Конституцією України (стаття 24), а в охороні здоров'я безпосередньо – Основами законодавства про охорону здоров'я. При цьому в Україні пріоритетність з інтеграції принципу гендерної рівності належала політичній, соціальній та освітній сферам. Тоді як в охороні здоров'я ці питання залишаються не вирішеними. Водночас більшість заходів, що були реалізовані, направлені на покращення становища жінок без врахування потреб чоловіків в охороні здоров'я.

У шостому розділі *«Гендерні підходи у питаннях збереження репродуктивного здоров'я»* представлено аналіз міжнародних та вітчизняних документів з питань забезпечення та реалізації репродуктивних прав жінок та чоловіків. Дисертантом показано, що при наявності значної кількості міжнародних документів остання в Україні Національна програма «Репродуктивне здоров'я» закінчилася у 2015 році.

Однак, визначені завдання були присвячені реалізації репродуктивних прав жінок та в них не розглядалися питання організації послуг із забезпечення репродуктивного здоров'я чоловіків. В країні відсутні спеціальні служби по забезпеченню репродуктивного здоров'я чоловіків.

Важливість збереження репродуктивного здоров'я підтверджуються високими рівнями як у жінок так і у чоловіків безпліддя, інфекцій, що передаються статевим шляхом, які є індикаторами стану репродуктивного здоров'я та доступності і якості надання спеціалізованих медичних послуг.

У сьомому розділі *«Результати соціологічного дослідження серед пацієнтів, лікарів та спеціалістів з організації та управління охороною здоров'я щодо оцінки забезпечення рівних прав і можливостей для чоловіків та жінок в охороні здоров'я України»* показано, що сучасна система охорони здоров'я України цілком не забезпечує рівність прав та можливостей для жінок та чоловіків при отриманні необхідних медичних послуг. На це вказали 13,5% жінок та 16,4% чоловіків із числа опитаних пацієнтів, 2,7% жінок та 5,2 % чоловіків із числа опитаних лікарів та 8,3% жінок і 7,6% чоловіків із числа опитаних організаторів охорони здоров'я відповідно. Тоді як значна частина лікарів ($75,8 \pm 3,5\%$ чоловіків і $71,4 \pm 2,8\%$ жінок) та організаторів охорони здоров'я ($86,1 \pm 3,9\%$ і $72,2 \pm 5,3\%$ відповідно) зазначали, що недостатня увага приділяється репродуктивному здоров'ю чоловіків.

В даному розділі представлено, що більшість опитаних медичних працівників обізнані щодо загальних гендерних понять («гендер», «гендерна рівність», «гендерна медицина»), проте вони мають потребу в додатковій інформації, а саме: з гендерних питань особливостей клінічного перебігу захворювань ($73,6 \pm 5,2\%$ жінок та $65,8 \pm 5,4\%$ чоловіків); фармакотерапії та принципів лікування ($69,4 \pm 5,4\%$ і $69,6 \pm 5,2\%$) та законодавчої бази ($75,0 \pm 5,1\%$ і $75,9 \pm 4,8\%$ відповідно).

У восьмому розділі *«Обґрунтування моделі забезпечення гендерної рівності в охороні здоров'я України»* представлено розроблену концептуальну модель гендерної рівності в охороні здоров'я України.

Дисертант доводить, що стратегічним напрямком моделі є забезпечення рівних можливостей для чоловіків та жінок при отриманні послуг в охороні здоров'я залежно від їх потреб. Тактичним напрямком моделі є інтеграція механізмів гендерного підходу в систему охорони здоров'я та оптимізація її діяльності при наданні послуг в галузі охорони здоров'я. В основу моделі покладено п'ять взаємопов'язаних блоків: правової складової, організаційної структури охорони здоров'я, наукової, освітньої складових, зацікавленості населення та проведення моніторингу і оцінки забезпечення гендерної рівності за визначеними індикаторами. На відміну від існуючої ситуації, запровадження запропонованої моделі дає змогу усунути існуючі недоліки при наданні послуг охорони здоров'я чоловікам та жінкам.

На користь доцільності широкого впровадження запропонованих автором інновацій вказують результати експертної оцінки незалежним професійним середовищем запропонованої моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України. Так, запропонована концептуальна модель позитивно оцінена незалежними експертами ($9,3 \pm 1,0$ балів) та рекомендується для впровадження в систему охорони здоров'я України в процесі реформування галузі.

Висновки є обґрунтованими і відображають суть дослідження.

У роботі приділено належну увагу впровадженню отриманих результатів у практику шляхом видання двох інформаційних листів про галузеві нововведення, які затверджені проблемною комісією МОЗ та НАМН України за спеціальністю «Соціальна медицина» та двох галузевих нововведень. В достатньому обсязі проведено апробацію дисертаційних матеріалів в доповідях на 13 наукових форумах різних рівнів, у т. ч. 9 міжнародних.

Повнота представлення результатів у друкованих працях.

Основні наукові результати дисертаційної роботи опубліковано у 32 наукових працях, з яких 7 – у фахових виданнях, рекомендованих ДАК України (в одноосібному авторстві – 5 статей), 2 – у виданнях іноземних держав, 1 розділ монографії в іноземному виданні; 4 розділи монографій, 13 публікацій –

у матеріалах з'їздів, конференцій, форумів та в інших виданнях, 2 інформаційних листи про нововведення в системі охорони здоров'я та 2 галузевих нововведеннях.

Оцінка ідентичності змісту автореферату і основних положень дисертації.

Автореферат дисертаційного дослідження Можарівської А.А. 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.

Оцінюючи загалом роботу позитивно, слід звернути увагу здобувача на деякі зауваження та запитання.

Зауваження

1. В дисертаційній роботі представлено широку палітру існуючих проблем із забезпечення гендерної рівності в національній охороні здоров'я України. Доцільним було б представити свої пропозиції до Національної служби здоров'я України для їх врахування при розрахунках гарантованого обсягу медичних послуг.

2. Зважаючи на розвиток багатоукладності в охороні здоров'я, бажано було б проаналізувати досліджувані характеристики у приватному секторі охорони здоров'я.

Запитання

1. Вами обґрунтовано концептуальну модель гендерної рівності в охороні здоров'я України. Поясніть, яке місце в ній має займати служба громадського здоров'я, яка наразі формується в Україні?

2. У запропонованій Вами освітній складовій Концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України зазначено про підготовку фахівців із гендерних питань в охороні здоров'я. Прошу пояснити більш детально як має вона здійснюватися, на якому етапі навчання, в якій формі і з яким результатом.

3. Яким чином Ви плануєте надалі впроваджувати запропоновані Вами інновації в систему охорони здоров'я?

Вказані зауваження і запитання не мають принципового характеру та не впливають на загальну позитивну оцінку дисертаційної роботи.

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК

Дисертація Можарівської Антоніни Анатоліївни «Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я

України» є самостійною, завершеною науково-дослідною роботою, виконаною на сучасному науково-методичному рівні, яка має нове вирішення наукової задачі: наукове обґрунтування концептуальної моделі гендерної рівності в охороні здоров'я України, що має важливе значення для соціальної медицини та практичної медицини. За актуальністю, методичними підходами та методичним рівнем, науковою новизною та практичним значенням отриманих результатів, обґрунтованістю наукових положень і висновків, повнотою викладу матеріалів в опублікованих наукових працях і рівнем впровадження дисертаційна робота відповідає вимогам, зазначеним у пп. 9, 11 «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 р. № 567 (із змінами, внесеними згідно із Постановами Кабінету Міністрів України від 19.08.2015 № 656 та від 30.12.2015 № 1159), а її автор – Можарівська А.А. заслуговує присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина.

**Офіційний опонент,
завідувач кафедри громадського здоров'я
Львівського національного медичного
університету ім. Данила Галицького,
д.мед.н. , професор**

О.В.Любінець

