

## **ВІДГУК**

**офіційного опонента д.мед.н., професора Погоріляк Р.Ю. на дисертаційну роботу Риган М.М. „ Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи безпечного лікарняного середовища ”, яка подана на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина**

### **Актуальність теми дисертації.**

Тема забезпечення безпечних умов перебування пацієнтів в закладах охорони здоров'я та умов праці для медичних працівників є глобальною і актуальною як для провідних країн світу так і для України.

Дані ВООЗ з безпеки пацієнтів свідчать про те, що: проблема ненавмисної шкоди пацієнтам є глобальним викликом громадському здоров'ю і найбільшу актуальність вона має для країн з низьким і середнім рівнем доходів населення де кожний 8 зі 100 пацієнтів під час отримання лікарняної допомоги наражається на шкоду і кожний 20 набуває внутрішньо-лікарняну інфекцію. При цьому щороку реєструється 134 мільйони випадків шкоди пацієнтам, що відбувається через небезпечну допомогу в лікарнях, що призводить до 2,6 мільйона смертей.

Необхідно зазначити, що дослідження за підтримки Міжнародної організації економічного розвитку і співробітництва свідчать про те, що витрати на лікування інцидентів безпеки пацієнтів становлять близько 15% бюджетів лікарняних стаціонарів. Економічні втрати у сфері первинної та амбулаторної допомоги через помилки медичного персоналу значно вищі.

У численних оглядах і документах ВООЗ з безпеки пацієнтів, у резолюціях і деклараціях щорічних Всесвітніх міністерських самітів з безпеки пацієнтів вказується на неможливість забезпечити високу якість і безпеку медичної допомоги без створення належних умов праці медичного персоналу.

Зазначимо, що розробка таких стратегій сьогодні є поширеною практикою не лише в країнах загалом, але й в окремих закладах охорони здоров'я. При цьому в Україні комплексних наукових робіт із зазначеної проблеми не проводилося.

Актуальність безпеки лікарняного середовища для вітчизняної охорони здоров'я посилюється війною проти російської агресії та необхідністю забезпечення стійкості функціонування ЗОЗ в умовах надзвичайних ситуацій.

**Дисертаційна робота є фрагментом** науково-дослідних робіт «Дослідження причин, поширеності дефектів надання медичної допомоги та їх наслідків за рубежом і в Україні та методології з їх попередження» (рік виконання 2016, № держреєстрації 0116U004688) і «Наукове обґрунтування стратегії попередження дефектів надання медичної допомоги у вітчизняній системі охорони здоров'я» (роки виконання 2017–2019, № держреєстрації 0117U00054), «Наукове обґрунтування оптимальної системи управління ризиками для забезпечення безпечного лікарняного середовища» (роки виконання 2020–2021, № держреєстрації 0120U101432;). Дисертант був виконавцем окремих фрагментів науково-дослідної роботи.

**Мета дисертаційної роботи** відповідає її темі і полягає у формуванні для пацієнтів та медичних працівників безпечного лікарняного середовища шляхом наукового обґрунтування та розробки теоретико-методичного підґрунтя та розробки оптимізованої системи безпечного лікарняного середовища на засадах культури безпеки.

Необхідно зазначити, що поставлені дисертантом завдання дисертаційного дослідження є комплексними і скерованими на досягнення поставленої мети. Проведений аналіз дисертаційного дослідження дозволяє говорити про те, що в ході виконання дослідження були використані сучасні методи наукового дослідження в обсягах, що забезпечили достатньо повне розкриття об'єкту дослідження.

Характеризуючи **наукову новизну** дисертаційного дослідження необхідно відмітити, що вона представлена комплексно і відображає отримані результати дослідження. Наукова новизна роботи полягає в тому, що вперше в Україні:

– здійснено наукове обґрунтування та розробку: моделі культури безпеки в охороні здоров'я, якій властива обмежена прихильність управлінських структур до проблем безпеки в ЗОЗ, превалювання в медичній галузі культури реагування

на помилкові дії медичного персоналу, заснованої на принципі «спіймати та покарати» (близько 80% медичних працівників побоюються заявляти про несприятливі події та інциденти), внаслідок чого фактично реєструється менше ніж один із 160 дефектів надання медичної допомоги, а випадків виробничого травматизму – один із 22; структурної моделі безпекового лікарняного середовища, яка заснована на системному врахуванні всіх безпекових аспектів, пов'язаних з діяльністю ЗОЗ у повсякденних та надзвичайних ситуаціях, що створює передумови, за яких попереджувальні дії та ресурси, спрямовані на одну безпекову складову, покращують ситуацію за іншими складовими та досягається ефект синергізму;

- парадигми безпечного лікарняного середовища як середовища високої організаційної культури та культури безпеки, що забезпечує безпеку медичного персоналу, пацієнтів, членів їх сімей та навколишнього середовища в повсякденних умовах і надзвичайних ситуаціях на рівні прийняттого ризику; функціонально-організаційної моделі оптимізованої системи забезпечення безпечного лікарняного середовища, суть якої полягає в формуванні лідерства перших осіб у питаннях безпеки, зацікавленості співробітників у безпечних моделях поведінки та відкритих дискусіях за безпековою тематикою, об'єднанні наявних сил і засобів безпекової сфери та спрямуванні їх функціонування за єдиною програмою, створенні належного інформаційного та нормативно-правового підґрунтя для запровадження ризик-орієнтованого підходу, інших сучасних інструментів ефективного управління безпекою і загалом формування позитивної культури безпеки; Концепції стратегії попередження дефектів надання медичної допомоги у вітчизняній системі охорони здоров'я;

- встановлено в період 2010–2019 років тенденції до зростання госпітальної ( $p=0,005$ ) та післяопераційної ( $p=0,02$ ) летальності при сильному лінійному зв'язку між цими показниками ( $r=0,935$ ,  $p=0,002$ ), а також зростання у окремих регіонах частоти розбіжностей між клінічним і патологоанатомічним діагнозами ( $p=0,01$ ); – показано, що у вітчизняних стаціонарах щороку з причин, яким можна запобігти, помирає більше 16 тис. пацієнтів, при цьому щорічні витрати лише

бюджетів вітчизняних ЗОЗ на лікування інцидентів безпеки пацієнтів становлять близько 6 млрд гривень (за курсом валют 2019 року);

– визначено детальну структуру причин виробничого травматизму в охороні здоров'я, найбільш травмонебезпечні пори року, місяці, дні тижня і періоди доби, а також продемонстровано високу залежність безпеки пацієнтів від умов праці медичного персоналу.

*Удосконалено* інформаційно-комунікативне, нормативне та методичне підґрунтя формування позитивної культури безпеки, попередження дефектів надання медичної допомоги та випадків виробничого травматизму.

*Набули подальшого розвитку* науково-методологічні підходи до: дослідження стану культури безпеки, безпеки пацієнтів і безпеки та умов праці медичного персоналу в умовах дефіциту тематичних даних; стратегування у формуванні безпечного лікарняного середовища на різних рівнях організації надання медичної допомоги.

**Теоретичне значення** отриманих результатів дисертаційного дослідження полягає в доповненні та розвитку теорії соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я в частині розробки теоретико-методичних підходів та впровадження концепції системи безпечного лікарняного середовища на засадах культури безпеки.

За результатами проведеного аналізу можна говорити про те, що **практичне значення** отриманих в ході проведення дисертаційного дослідження результатів полягає в тому, що автором розроблено модель культури безпеки у системі охорони здоров'я; функціонально-організаційної моделі системи безпечного лікарняного середовища; організаційно-методичних документів та інформаційних матеріалів для медичного персоналу і керівного складу закладів охорони здоров'я.

Важливо звернути увагу на рівень впровадження результатів дисертаційного дослідження. Впровадження результатів дослідження в практику охорони здоров'я відбувалося на етапах його виконання на державному, галузевому та базовому рівнях. Звертає увагу комплексність впровадження отриманих результатів, яке має науковий та організаційний характер. Велику увагу

дисертант приділив комунікаційно-інформаційній складовій впровадження результатів дослідження.

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

Детально проведений аналіз дисертаційної роботи вказує на високий ступінь обґрунтованості та достовірності наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації що підтверджується використанням таких сучасних методів дослідження як системного підходу та аналізу, бібліографічний, епідеміологічний, медико-статистичний, концептуального, описового та функціонально-структурного моделювання, соціологічний і тріангуляційний, експертних оцінок при достатньому за обсягом первинному матеріалі, що підтверджено відповідними розрахунками.

При обґрунтуванні актуальності теми дослідження дисертантом вивчено та проаналізовано 444 наукових інформаційних джерел, з яких 245 є іншомовними. В ході проведеного аналізу дисертантом виявлено низку проблем організаційного та управлінського характеру які є перешкодою до забезпечення безпечного лікарняного середовища в системі охорони здоров'я України.

В ході проведення дисертаційного дослідження дисертантом використано наступні джерела отримання первинної інформації: статистичний, медико-соціологічний та експертних оцінок.

Щорічні звіти ЗОЗ за формою № 20 мед – 36, щорічні звіти центрів медичної статистики департаментів охорони здоров'я КМДА і КОДА з 2010 по 2019 роки – 20, щорічні звіти ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» «Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні» з 2002 по 2021 роки – 18, статистичний збірник «Праця України» Держстату України з 2003 по 2013 роки – 11, Національні рахунки охорони здоров'я з 2003 по 2017 роки – 15, результати міжнародного ТЛД-аудиту (МАГАТЕ/ВООЗ) якості дозиметрії під час проведення процедур на кобальтових телегаммаапаратах в Україні (1998–2014 рр.) – 16, накази МОЗ України «Про підсумки роботи з питань охорони праці, безпеки руху автотранспорту та протипожежного захисту об'єктів

в системі» з 2004 по 2009 роки – 6, база даних з виробничого травматизму Держпраці України з 2006 по 2018 роки – 12, статистичний бюлетень «Травматизм на виробництві» Держстату України з 2010 по 2016 роки – 7, статистичний збірник «Праця України» Держстату України з 2003 по 2013 роки – 11,

Соціологічні дослідження. Усього було опитано 163 медичних працівники, з них 76 – працівники відомчого ЛПЗ, 55 – МКЛ та 32 – ЦРЛ і окремо 36 лікарів-патологоанатомів патологоанатомічних бюро (центрів).

З метою визначення прийнятності запропонованої системи була проведена її експертна оцінка з залученням 25 незалежних експертів із них 11 докторів медичних наук, 9 кандидатів медичних наук, 5 організаторів охорони здоров'я вищої кваліфікаційної категорії.

Наукові положення, висновки і рекомендації достатньо обґрунтовані, ілюстровані рисунками та таблицями, підтверджені адекватними статистичними розрахунками. Статистична обробка даних, отриманих в ході роботи, проводилась з використанням комп'ютерної програм Statistical software EZR v. 1.54 та MS Excel.

Результати дисертаційного дослідження були апробовані шляхом доповідей на наукових конференціях та публікації у наукових фахових виданнях, використанням в роботі низки закладів охорони здоров'я та у навчальному процесі трьох вищих медичних навчальних закладів.

Достовірність наукових результатів, отриманих автором у результаті дослідження і викладених у матеріалах роботи, підтверджено актом перевірки первинних матеріалів дисертації та актами впровадження окремих дисертаційних розробок у практику та навчальний процес.

Проведений аналіз дозволяє стверджувати, що дисертаційна робота є завершеною самостійною науковою працею, в якій за результатами комплексного наукового дослідження обґрунтовано парадигму безпечного лікарняного середовища та модель культури безпеки у системі охорони здоров'я.

Автором особисто одержано та проаналізовано усі результати дослідження.

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

За результатами проведеного аналізу можна говорити про те, що рукопис дисертаційної роботи має класичну структуру, що відповідає вимогам ДАК України. Дисертацію викладено на 452 сторінках друкованого тексту із яких 278 сторінок складає основний текст. Дана дисертаційна робота складається із анотацій, вступу, аналітичного огляду наукових інформаційних джерел, програми дослідження, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку наукових інформаційних джерел (усього 444 джерел, із них 245 джерел іноземних авторів). Дисертація ілюстрована 49 таблицями, 75 рисунками, має 4 додатки.

У **вступі** дисертантом обґрунтовано актуальність теми дослідження, представлено його мету, об'єкт та предмет, представлено сформульовані завдання, охарактеризовано методи дослідження, розкрито суть наукової новизни, теоретичне та практичне значення результатів дослідження та впровадження і апробації результатів дисертаційної роботи, зазначено особистий внесок авторки та висвітлено дані про публікацію отриманих результатів.

Проведений аналіз **першого** розділу *«Аналіз поширеності дефектів лікарської діяльності за рубежем і заходи з їх попередження та мінімізації»* показав, що дисертантом з використанням бібліосемантичного методу проведено глибокий аналіз вітчизняних та зарубіжних інформаційних наукових джерел з питань безпеки лікарняного середовища для пацієнтів закладів охорони здоров'я та умов праці для медичних працівників. За аналізом вітчизняних наукових інформаційних джерел дисертантом показано проблеми української системи охорони здоров'я в питаннях організації надання безпечної медичної допомоги населенню. При цьому автором підкреслено, що дана проблема в своєму рішенні в Україні посилюється проведенням реформи охорони здоров'я і безпосередньо впровадженням вимог до закладів охорони здоров'я до ефективної діяльності в умовах надзвичайних ситуацій.

Проведений аналіз дозволив дисертанту визначити напрямок дослідження, сформулювати його мету та завдання та програму.

При позитивній оцінці представлено в розділі аналітичного матеріалу в цілому необхідно звернути увагу на високий рівень деталізації в представленні певних матеріалів проведеного аналізу.

Проведений аналіз **другого** розділу «Програма, матеріали і методи дослідження» показав, що автором в ньому детально представлено програму дисертаційного дослідження. Дисертаційне дослідження проводилося у сім взаємопов'язаних організаційних етапів. При цьому під час виконання кожного організаційного етапу дослідження автором використовувалися адекватні методи в обсягах, які дозволили досягти поставленої мети.

Необхідно зазначити, що використана дисертантом багаторівнева структуризація етапів дослідження забезпечувала системність та послідовність виконання поставлених завдань, оскільки результати, отримані на кожному попередньому етапі, логічно ставали основою не тільки для наступних етапів, а й для узагальнення отриманих даних та наукового обґрунтування парадигми безпечного лікарняного середовища та модель культури безпеки у системі охорони здоров'я, що забезпечило досягнення мети дослідження.

В даному розділі автором детально представлено методологію виконання та інформаційну базу кожного організаційного етапу дослідження. Як позитив можна відмітити термін дослідження, який охоплював період 2003-2021 років.

Важливим є те, що отриманий первинний матеріал статистично опрацьовувався з використанням сучасних методів біостатистики, що забезпечило достатній науковий рівень отриманих результатів дослідження.

Таким чином можна констатувати, що представлена програма дисертаційного дослідження, обраний автором методичний інструментарій і обсяги дослідження з використання сучасних методів статистичної обробки отриманих результатів дозволили дисертанту отримати достовірні результати, які в комплексі стали основою для обґрунтування парадигми безпечного лікарняного середовища та модель культури безпеки у системі охорони здоров'я.

Проведений аналіз **третього** розділу *«Нормативно-правові та освітянські аспекти проблеми безпеки пацієнтів в Україні»* в якому дисертант наводить отримані в ході дослідження дані. Розділ складається із 2 підрозділів в яких представлено результати поглибленого наукового аналізу питань безпеки пацієнтів у законодавчій базі та практиці охорони здоров'я, а також підготовки медичних фахівців з питань безпеки пацієнтів у вітчизняних закладах освіти.

Вивчення вітчизняної нормативної бази і практики за напрямом дослідження засвідчило недооцінку в Україні проблеми безпеки пацієнтів починаючи від законодавчого органу, профільного міністерства і до окремих ЗОЗ, що відображається у відсутності необхідної нормативно-методичної бази, втраті традицій і підходів до попередження помилок медичного персоналу, переважанні формального, спрощеного підходу реагування на дефекти медичної допомоги, неналежній їх реєстрації та аналізі для навчання на помилках, неврахуванні сучасних підходів з попередження ненавмисної шкоди пацієнтам.

Проведений аналіз **четвертого** розділу *«Стан безпеки пацієнтів у вітчизняних закладах охорони здоров'я»* показав, що в розділі показано зростання в період з 2003 по 2013 роки стаціонарної летальності як показника безпеки пацієнтів, незважаючи на поступове збільшення в цей період обсягів бюджетного фінансування системи охорони здоров'я, поліпшення благополуччя населення, зменшення смертності від травматизму в побуті та на виробництві, зниження коефіцієнта смертності населення в Україні та значної активності МОЗ України з покращення якості медичної допомоги. Дисертантом з використанням показників діяльності охорони здоров'я в Україні та існуючих методичних підходів до оцінки ненавмисної шкоди пацієнтам у лікарняних закладах встановлено, що на фоні реформування охорони здоров'я понад ту кількість хворих, які помирали в дореформений період (до 2012 року), померло з 2012 по 2019 роки 267 963 особи, а кількість пацієнтів, які померли в лікувальних закладах з причин, яким можна було запобігти, перевищує 16 000 осіб. Продемонстрована стійка тенденція до зростання післяопераційної летальності та її тісний зв'язок зі стаціонарною летальністю. В ході дослідження було виявлено

значні (у десятки разів) відмінності в післяопераційній летальності в однакових за параметрами лікувально-діагностичної діяльності закладах охорони здоров'я, що обслуговують подібні за віковою структурою та чисельністю громади, і в подібних за демографічними показниками населення різних регіонах. Що може свідчити про неналежну реєстрацію дефектів хірургічної діяльності.

Проведений аналіз **п'ятого** розділу *«Виробничий травматизм в охороні здоров'я в Україні»* дав можливість зробити висновок про комплексний підхід при представленні результатів даного розділу дослідження.

В розділі аргументовано вказано на відсутність в охороні здоров'я системи управління безпекою та гігієною праці, що, на відміну від інших сфер економічної діяльності, негативно відбивається на тенденції виробничого травматизму серед працівників медичної галузі. Проведений дисертантом аналіз наявних баз даних з виробничого травматизму дозволив йому установити найбільш травмонебезпечні для медичних працівників місяці року, дні тижня та періоди доби. В розділі ґрунтовно представлено структуру виробничого травматизму працівників охорони здоров'я. Показано, що серед причин виробничого травматизму в охороні здоров'я з важкими наслідками переважають ті, що мають організаційний характер, а серед нещасних випадків зі смертельними наслідками – причини психофізіологічного характеру. В розділі показано, що значна частка випадків смертельного травматизму в медичній галузі стається через протиправні дії третіх осіб стосовно медичних працівників.

Проведений аналіз **шостого** розділу *«Рівень культури безпеки пацієнтів у вітчизняних закладах охорони здоров'я за тріангуляційним підходом»* вказує на те, що культура безпеки у вітчизняній охороні здоров'я спрямована не на попередження несприятливих подій, а лише на реагування на них, тобто є реактивною.

Дисертант показує, що під час вивчення варіантів реагування керівників закладів охорони здоров'я на інциденти безпеки пацієнтів установлено переважно звинувачувальну культуру, яка не заохочує медичний персонал до звітування про помилки під час надання медичної допомоги, що підтверджено результатами

оцінювання культури безпеки. Так, лише від 15 до 28 % опитуваного медичного персоналу окремих закладів охорони здоров'я м. Києва та Київської області відповіли, що їх помилки та звіти про інциденти не мають негативного впливу на їхню професійну репутацію та кар'єру. В іншому проведеному дисертантом опитуванні щодо причин проблеми безпеки пацієнтів було становлено, що респонденти на друге місце після недостатньої поінформованості медичних працівників про цю проблему поставили звинувачувальну культуру реагування керівників закладів охорони здоров'я на помилки, а лише на четверте місце – низьку заробітну плату медичних працівників.

Проведений аналіз **сьомого** розділу *«Обґрунтування концепції стратегії розбудови безпечного лікарняного середовища»* в якому представлено науково обґрунтовано парадигму безпечного лікарняного середовища, яка заснована на системному баченні всіх аспектів безпеки, пов'язаних з діяльністю ЗОЗ у повсякденних умовах і умовах надзвичайних ситуацій, та враховує, що:

- охорона праці, безпека пацієнтів, екологічна безпека мають єдину пряму або опосередковану мету – захист людей, суспільства й навколишнього середовища від негативного впливу, а також спираються практично на єдині принципи забезпечення такого захисту;

- багато складових або дій мають на меті сприяти вдосконаленню одночасно різних складових безпеки ЗОЗ;

- заходи за одним напрямом підсилюють інші й спостерігається ефект синергізму;

- недоліки та дефекти в одному елементі системи безпеки відбиваються на інших і на всій системі в цілому;

- скоординована увага до всіх аспектів безпеки суб'єктів і об'єктів лікувально-діагностичного процесу забезпечує формування та підтримання високої культури безпеки як запоруки постійного покращення безпеки.

В даному розділі представлено варіант запровадження нової парадигми в ЗОЗ шляхом незначних структурних змін без збільшення штатної чисельності фахівців і ресурсів, які виділяються на забезпечення безпеки, і як наслідок –

поліпшення якості та оптимізації потоків безпекової інформації та загалом створення умов для запровадження ризик-орієнтованого підходу, інших сучасних інструментів ефективного управління безпекою в лікарняних закладах. Показано, що експертами відзначено сильний ( $31 \pm 1,6$  %) та дуже сильний ( $67 \pm 3,4$  %) позитивний вплив запропонованої проактивної моделі на покращення безпеки в закладах охорони здоров'я за всіма її складовими. Автором на підставі узагальнення результатів досліджень і розробок запропоновано концептуальні підходи до формування Стратегії попередження дефектів надання медичної допомоги у вітчизняній системі охорони здоров'я, в якій усі заходи розподілені на ті, що делегуються на політичний рівень і на рівень ЗОЗ. Основою національної стратегії безпеки пацієнтів на найближчі 3–4 роки дисертант пропонує розробку та реалізацію Плану дій (стратегії) у галузі охорони здоров'я щодо безпеки пацієнтів і реалізацію найбільш невідкладних заходів у сфері на засадах культури безпеки.

**Повнота викладу основних результатів дисертації в наукових і фахових виданнях.** Результати дисертаційного дослідження відображені у 50 наукових працях, з яких 26 представляють основні наукові результати: у наукових періодичних виданнях Scopus/WoS - 8, вітчизняних наукових періодичних фахових виданнях, рекомендованих МОН України - 17, розділ монографії -1; 18 наукових статей і тез – в інших виданнях, а також 6 інформаційних листів та методичних документів. Кількість та якісний склад публікацій відповідають вимогам до дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора наук.

**Висновки та практичні рекомендації** є логічним завершенням проведених досліджень, відображають їх суть і є достатньо обґрунтованими.

Дисертація відповідає профілю спеціалізованої вченої ради.

Тема дисертаційної роботи не повторює тему дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук.

Ознак плагіату під час опоненції роботи не виявлено.

**Реферат** за змістом повністю відповідає основним положенням дисертації, відображає її зміст, оформлений у відповідності до вимог.

За результатами аналізу дисертаційної роботи принципів зауважень не виникло.

Оцінюючи загалом роботу позитивно, слід звернути увагу здобувача на деякі **дискусійні питання:**

1. Чим Ви можете пояснити низький рівень культури безпеки медичних працівників України?

2. Які необхідно прийняти управлінські рішення та запровадити організаційні заходи на всіх рівнях управління для запровадження в закладах охорони здоров'я України запропонованої Вами інновацій? І як Ви вважаєте, скільки для цього необхідно часу?

3. Як Ви вважаєте, чи потрібно розробити керівництво для керівників закладів охорони здоров'я України всіх форм власності по забезпеченню безпечного лікарняного середовища і якщо так, то хто його має розробити?

4. Як Ви вважаєте, чи потрібно в програми підготовки інтернів за всіма спеціальностями, чи можливо за окремими, включити питання забезпечення безпечного лікарняного середовища і якщо потрібно, то які і хто має здійснити для цього заходи?

Вказані запитання не мають принципового характеру та не знижують загальної позитивної оцінки дисертаційної роботи.

## **ВИСНОВОК**

Дисертаційна робота Риган Михайла Михайловича на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи безпечного лікарняного середовища», яка представлена на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність 14.02.03 - соціальна медицина) є завершеною, самостійною науковою роботою, в якій вирішено актуальну науково - прикладну проблему – забезпечення безпечного лікарняного середовища в закладах охорони здоров'я України.

Враховуючи сучасний науково-методичний рівень дослідження, його наукову новизну, практичне і теоретичне значення отриманих результатів та рівень їх впровадження дисертаційне дослідження Риган Михайла Михайловича на тему: «Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи безпечного лікарняного середовища», відповідає паспорту наукової спеціальності 14.02.03 «Соціальна медицина», принципам академічної доброчесності та етичним нормам і принципам проведення наукових досліджень, вимогам пп. 7-9 Порядку присудження та позбавлення наукового ступеня доктора наук, затвердженого постановою КМУ 17 листопада 2021 р. № 1197, та вимогам до оформлення дисертації, затвердженими наказом МОН України від 12.01.2017 № 40, а її автор – Риган Михайло Михайлович заслуговує на присудження наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 – соціальна медицина.

**Офіційний опонент**  
завідувачка кафедри громадського здоров'я  
і гуманітарних дисциплін  
д.мед.н., професор



**Рената ПОГОРІЛЯК**

Підпис	<i>професора</i>
<i>Погоріляк Р.</i>	засвідчую
Начальник юридичного відділу ДВНЗ «УжНУ»	
<i>Тимчак</i>	проф. Василь ТИМЧАК

*Відгук до спеціалізованої вченої ради  
в 63.052.09. нагородженов 24 січня 2024р.*

*Вчений секретар [підпис] / Кереман А.О./*