

О.А. СЕМЕНЮК¹, Я.Л. ГРЖИБОВСЬКИЙ²

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВТРАТИ НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

²Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Мета: розробити концептуальну модель попередження смертності населення працездатного віку на регіональному рівні.

Матеріали і методи. У ході виконання роботи було використано методи структурно-логічного аналізу та концептуального моделювання. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати. Розроблено концептуальну модель попередження смертності населення працездатного віку на регіональному рівні. Модель є комплексною, міжсекторальною і ґрунтується на профілактичній спрямованості у діяльності всіх учасників процесу. Модель складається із двох фаз: концептуальної та фази реалізації. Перша спрямована і завершується формуванням загальної концепції дій, друга включає вибір оптимального варіанту з оцінкою ефективності обраної програми.

Висновки. Запропоновані елементи моделі за умов обмеженого бюджету свідчать про їх реальність, персоналізований характер, економічну доцільність.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: населення, працездатний вік, смертність, попередження.

Україна характеризується одним з найвищих рівнів смертності населення у Європейському регіоні [4;5] при високому рівні смертності населення працездатного віку [6]. Характерним для країни є надсмертність чоловіків працездатного віку [1;2]. При цьому міжнародні експерти відзначають, що ситуацію можна змінити шляхом організації ефективної діяльності системи охорони здоров'я та запровадження профілактичних програм на всіх рівнях надання медичної допомоги [3].

Мета роботи: розробити концептуальну модель попередження смертності населення працездатного віку на регіональному рівні.

Матеріали і методи. У ході виконання роботи було використано методи структурно-логічного аналізу та концептуального моделювання. Методичною основою дослідження став системний підхід.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами було розроблено концепцію попередження втрати працездатного населення регіону. Модель складається із двох фаз: концептуальної та фази реалізації. Перша спрямована і завершується формуванням загальної концепції дій, друга включає вибір оптимального варіанту з оцінкою ефективності обраної програми. Циклічний зв'язок між шістьма етапами забезпечений визначенням необхідних функцій у їх логічній послідовності (рис. 1). Крім того, він вказує на

неперервність і динамічність процесу при розв'язанні поставленої мети. Це є цілком виправданим з огляду на постійні зміни стану здоров'я населення, певних потреб в послугах, можливостей їх задоволення.

Як бачимо, на першому етапі реалізується основна умова – всебічне об'єктивне відображення стану проблеми. Поглиблене вивчення тенденцій смертності, диференційоване визначення її рівнів у різних віково-статевих, соціальних групах за місцем проживання, порівняння їх причин та встановлення ризиків летальних наслідків для населення конкретної території стали предметом вирішення на другому етапі. На основі перших двох етапів вдалося виявити подібність характеру змін в області та по Україні в цілому, типізувати основні територіальні параметри. Відповідно до методології системного аналізу, на наступному етапі ретельно розглядались проблемні питання, що були визначені та постали перед регіональним управлінням охорони здоров'я та органами місцевого самоврядування, була сформульована мета, складені задачі, а також потенційні підходи до їх вирішення. Збільшення обсягу заходів при зменшенні фінансових можливостей передбачено нівелювати за рахунок ефективнішого використання наявних ресурсів медичної допомоги та залучення зацікавлених, споріднених міжгалузевих служб, усіх структур влади, а також власних бізнесових структур. У результаті комплексної співпраці на



Рис. 1. Модель логічного порядку розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі попередження втрати працездатного населення регіону

четвертому етапі був обраний оптимальний, за існуючих умов, варіант програми дій, розроблена комплексна регіональна модель зі збереження здоров'я населення та запобігання його втрати. Далі, на п'ятому етапі, опрацьовувались якісні, кількісні співвідношення, залежність, зв'язки, визначався ступінь взаємодії між окремими закладами, установами, організаціями медичного, управлінського, соціального, суспільного профілю тощо. На кінцевому етапі здійснюється оцінка програми з точки зору її ефективності за об'єктивними критеріями результатів впровадження в розрізі окремих розділів програми. Отримані, таким чином, дані є самі по собі елементом контролю та доцільності програми, а також мотивацією щодо її удосконалення, у тому числі визначення потреби того чи іншого напрямку, згортання або розширення його повноважень.

При розробці концептуальної фази моделі враховувався постулат – зниження смертності є одним із провідних медичних аспектів демографічної політики. Проте вирішення задачі виходить за рамки суто медичної проблеми. Вона стосується, передусім, соціально-економічних перетворень, насамперед з боку суспільних та державних установ з прийняттям на їх рівнях відповідних організаційних, управлінських рішень. Зазначений етап роботи завершився розробкою концептуальної функціонально-організаційної моделі попередження втрати працездатного населення регіону (рис. 2, 3).

Здійснення заходів на етапах передбачає, передусім, збереження функціонуючих структурних одиниць, підтримку існуючих управлінських та виконавчих структур. Основою їх є оптимізація накопиченого досвіду у зазначеній сфері діяльності, встановлення та удосконалення зв'язків між окремими зацікавленими партнерами, розширення функціональних обов'язків, за необхідності, кожного з них. Ключовим елементом запропонованої моделі є можливість поєднання потреби в медичному забезпеченні із наявними ресурсами, на що нижче звернемо увагу.

Необхідна умова ефективної дієвості моделі визначається управлінським апаратом. До його складу входять наступні структури: обласна державна адміністрація (ОДА), Департамент охорони здоров'я (ДОЗ), залучається науково-педагогічний потенціал (Національний медичний університет, медичні коледжі). Вони є засновниками міжсекторальної ради, до якої входять провідні фахівці організації охорони здоров'я (у т. ч. науковці), представники соціальних, громадських, благодійних, релігійних організацій, сфери бізнесу. Рада виконує управлінську, координуючу, контролюючу функції.

При створенні моделі вирішувались основні задачі: формування єдиної медичної, соціальної, економічної, демографічної, територіальної основи; розробка системи наукових принципів; удосконалення матеріально-технічної бази охорони здоров'я відповідно до програми його розвитку,



Рис. 2. Концептуальна функціонально-організаційна модель попередження втрати населення працездатного віку на регіональному рівні

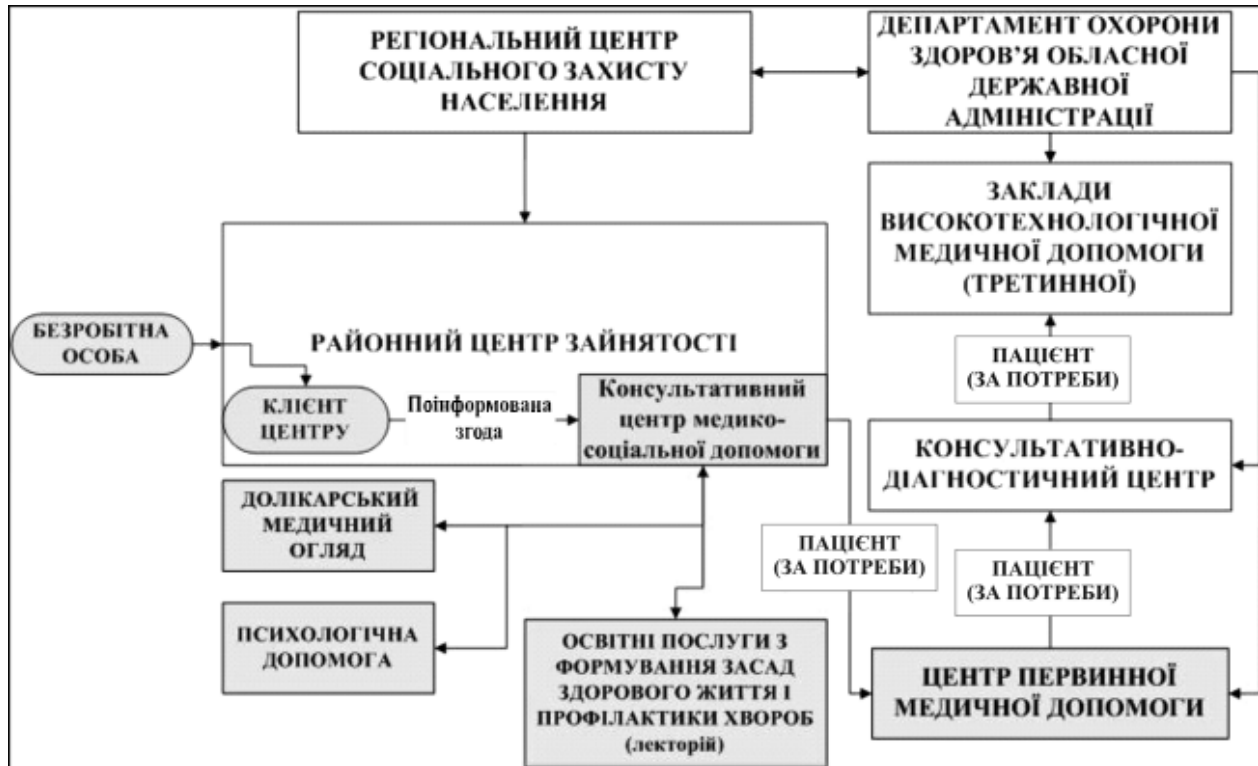


Рис. 3. Медико-соціальний маршрут пацієнта

спрямованої на поширення інституту сімейної медицини та профілактичної діяльності; удосконалення системи управління та фінансування шляхом стратегічного планування, постійного діалогу між органами державної і місцевої влади, представниками бізнесу та керівниками закладів охорони здоров'я, партнерства та співпраці з депутатським корпусом, науково-педагогічним складом ВНМЗ I–IV рівня акредитації, громадськими, релігійними організаціями, засобами масової інформації, міжнародними експертами і партнерами.

Далі зупинимось на основних напрямках програми. Підкреслимо, що вони вдало доповнюють один одного, створюючи єдину платформу у досягненні мети. **Першим** і визначальним у формуванні регіональної політики у сфері охорони здоров'я (ОЗ) напрямком є гарантована рівність забезпечення медичною допомогою усіх жителів регіону незалежно від місця проживання. Якість її досягається завдяки відповідності певним нормативним основам, динамічним стандартам, обсяг яких обумовлений потребами за видом, визначається розвитком науки та станом матеріальної бази. Дотримання обґрунтованого клінічного маршруту є запорукою позитивного кінцевого результату. Дане положення включає широке поняття, оскільки передбачається координація діяльності служб охорони здоров'я з іншими розділами соціально-економічної життєдіяльності. Важливим елементом в якості критерію виступає ступінь задоволеності ними.

Збільшення доступності медичних послуг за рахунок формування мережі лікувально-профілактичних підрозділів ПМД, наближення їх до місць проживання населення, а також створення ефективної системи екстреної медичної допомоги та сімейної медицини. Такий підхід стане запорукою не тільки раннього виявлення патології, своєчасного адекватного лікування та реабілітації, але й створить умови, що не менш важливо, для регулярного проходження медичних профілактичних оглядів громадянами, диспансеризації, проведення скринінгових програм. Серед стратегічних напрямів профілактичної медицини – орієнтація на власну здорову поведінку. Оскільки відомо, що значна частина факторів ризику виникнення захворювань є наслідками поведінки та способу життя людини. При здійсненні профілактики, яка переважно проводиться на рівні ПМСД лікарем загальної практики (сімейним), слід виділяти два напрями діяльності: профілактику пасивну, якою передбачається проведення відповідних заходів із запобігання виникненню хвороб та можливих їх ускладнень; та активно-конструктивну профілактику, суть якої полягає у формуванні або підсиленні вже існуючої активної саногенної життєвої позиції особистості з адекватним до цього способом життя та поведінкою, що, на нашу думку, є надзвичайно важливим з огляду на спрямованість роботи та потребує особливої уваги. Передбачається також розвиток адаптованих можливостей люди-

ни. Її втілення потребує, безумовно, певних зусиль з боку особистості, підтримки медичних працівників, передусім сімейного лікаря. Адже його діяльність орієнтована на сім'ю і дозволяє не тільки безперервно досліджувати стан здоров'я, вивчати ступінь впливу на нього соціально-економічних, екологічних, спадкових та інших чинників. Одним із важливіших завдань при цьому є систематична робота саме з формування потреби дотримання активної позиції щодо збереження власного здоров'я. Санітарно-просвітницька діяльність, яка повинна бути широко-масштабною, починається в сім'ї і набуває поширення як на всіх рівнях медичної допомоги, так і в засобах масової інформації за участю фахівців, з максимальним використанням її можливостей. Пропаганда здорового способу життя стосується усіх ланок суспільства. Комплексний системний підхід до такого складного соціального явища, яким є спосіб життя, в аспекті його впливу на відтворення народонаселення, рівень та структуру здоров'я, потребує уваги представників усіх гілок влади. Фізичне виховання, формування гармонійної особистості є важливою складовою їхньої діяльності. Тільки за підтримки управлінців, громадських організацій стане можливим донести здоров'язберігаючі технології до широких мас населення. Актуальним на сьогодні є розробка нових технологій соціальної спрямованості із забезпечення покращення якості життя працюючих та їхніх сімей, створення програм підтримки здоров'я на робочому місці. Облаштування місць для фізичної підготовки шляхом створення тренажерних комплексів, не тільки спеціалізованих, але й на майданчиках відпочинку, що досить доступні для населення. Слід ще раз підкреслити, що напрямок наближення ПМД до всіх верств населення слід вважати найголовнішим при вирішенні поставленого завдання. Тому положення про відновлення, створення медико-санітарних частин, пунктів тимчасового базування на підприємствах, установах або організаціях знайшло відображення в позиціях модернізації мережі закладів. Ініціаторами їх відкриття є органи місцевого самоврядування, керівництво установ, де передбачається такий пункт за погодженням з головним лікарем.

Таким чином, вище прокоментовано принципи основи регіональної політики у сфері ОЗ, що спрямовані на збереження здоров'я населення, насамперед працездатного. Вони стосувались удосконалення структурних змін, проте більшою мірою функціональних обов'язків. Реалізація їх не потребує великих капіталовкладень і може бути забезпечена не з обмеженого бюджетного фінансування, а за рахунок благодійних, спонсорських та ін. коштів. Тим більше, що на сьогодні розроблені і діють пропозиції щодо правового

врегулювання питань фінансування ОЗ на обласному, регіональному рівнях.

До другого напрямку належить необхідність удосконалення організації та управління ОЗ. Наведене вище положення щодо фінансування споріднене з ним. Власне ті права, які зараз надаються органам місцевого самоврядування, дозволяють і сприяють раціональному програмно-цільовому плануванню розвитку ОЗ на основі міжсекторальної та міжгалузевої взаємодії. На даному етапі опрацьовані принципи багатоканального фінансування повинні максимально бути задіяні і спрямовані на збереження трудового потенціалу. Кадрове та матеріально-технічне забезпечення служби належить до однієї із прерогатив управління на всіх рівнях. Тому відповідність його нормативам потреби та узгодженість із сучасними медичними технологіями, оснащеністю, що гарантує якість медичної допомоги, повинна постійно знаходитись під контролем органів управління. Поліпшення системи моніторингу і контролю за результатами діяльності ПМД, підвищення її якості, належать до завдань місцевих органів влади. Оскільки загальні положення модернізації мережі закладів ПМСД обумовлюють її етапність, вони несуть відповідальність за їх дотримання. Аналіз демографічних показників, причин втрати населення за місцем поселення, віком, статтю, соціальними ознаками належить до базових знань при прийнятті відповідних заходів. Звідси логічно випливає необхідність моніторингу медико-демографічної ситуації за широким колом параметрів, який здійснюється, аналізується управлінням ОЗ за допомогою існуючої медичної наукової бази, а її результати систематично доводяться до місцевих органів влади. Окремо зупинимось на ролі медичної науково-педагогічної бази, потенціал фахівців якої безпосередньо бере участь у розробці комплексної програми із запобігання смертності, відповідає за науковий супровід, координацію дій та виконує контролюючу функцію. Крім відміченого вище моніторингу, здійснення консультативної, лікувально-діагностичної допомоги, на неї покладається відповідальна, з огляду на її значення, просвітницька діяльність. Остання близька за метою до такого напрямку програми, як інформаційна підтримка. Адже тільки за умов співпраці між усіма можливими засобами масової інформації та медичними працівниками, особливо представниками науки, управліннями ОЗ різного рівня, відомості, що подаються, будуть достовірними та інформативними. Населення повинно бути обізнане з принципами здорового способу життя і негативними наслідками шкідливих звичок, самолікування тощо. Треба формувати активну позицію щодо власного здоров'я, що стане запорукою ранньої

діагностики, своєчасного адекватного лікування, тобто забезпечить поширення активно-конструктивної профілактики. Важливим в ракурсі даної теми є проведення роз'яснювальної роботи з населенням, доведення суті, змістовності заходів, що плануються, і їх кінцевої мети. Оприлюднення проектів, прийнятих рішень органами місцевої ради з різних питань щодо виконання комплексної програми є однією із форм роботи. У контексті роботи варто прокоментувати такий аспект, як підготовка кадрів. Він достатньо висвітлений в силу своєї значущості. В усіх офіційних і неофіційних документах наголошується на необхідності безперервної підготовки медичних працівників, обговорюються різні методи, форми, варіанти підтримки професійної кваліфікації лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу. Відображений він і в методичних документах, що регламентують модернізацію мережі ПМСД. І цілком виправдано, оскільки, як доведено багатьма дослідниками, вона є, в ряді випадків, вирішальною складовою позитивних кінцевих результатів. Водночас критично сприймаємо позицію щодо створення обласного тренінгового або навчально-практичного центру з метою професійної підготовки лікарів та медичних сестер первинної ланки відповідно до визначених для них проблемних питань та компетенцій. На нашу думку, підготовка лікарів має здійснюватись у існуючих висококваліфікованих медичних установах, які призначені і відповідальні за післядипломну освіту, де є спеціально підготовлені бази, відповідні фахівці, у тому числі кафедри сімейної медицини. Підготовку середніх і молодших медичних працівників раціонально проводити на базі медичних коледжів. Там же доцільно організувати короткотривалі практичні заняття (тренінги) з визначених проблемних питань. У рамках даної роботи пропонуємо присвятити їх основам екстреної допомоги. Більше того, пропонуємо медичним коледжам очолити роботу з навчання робітників транспорту, торгівлі та інших установ, де передбачається скупчення людей, елементам надання первинної екстреної допомоги. Така робота може проводитись на підставі укладання відповідних договорів і здійснюватись не тільки педагогічним складом, але й, більшою мірою, під їх керівництвом студентами коледжу.

Наступною частиною програми є соціальна складова. Одне із її положень вже висвітлено вище. Щоб завершити запропоновані заходи зі зменшення втрати населення внаслідок зовнішніх причин (часто це дорожньо-транспортні пригоди, коли виникає потреба у наданні швидкої допомоги), передбачається спільна робота із службою дорожньої автоінспекції. Вона стосується не тільки контролю професійної підготовки водіїв,

відповідності транспортних засобів технічним вимогам, але й володіння водіїв навиками надання невідкладної допомоги. Підтвердженням чого мають бути посвідчення про проходження короткотривалих курсів з даного питання. Вони можуть бути організовані на базах ДАУ, автопарків, обласної лікарні, медичного коледжу тощо. Як свідчать дані літератури та отримані під час виконання роботи відомості, до найбільш вразливої категорії належать безробітні. У даному випадку вступає в дію ряд відомих негативних чинників. Тому програмою передбачена тісна співпраця зі службою зайнятості. Підкреслимо, що саме вона може виступати завершальним етапом клінічного маршруту пацієнта. Ланцюг його включає: лікаря загальної практики (сімейного), заклад охорони здоров'я відповідного рівня, соціальну службу (за необхідності), а окремі випадки повинні обговорюватись в управлінні ОЗ із зверненням до служби зайнятості. Також є місце релігійним, благодійним організаціям з підтримки населення. Треба наголосити на значенні персоніфікованого підходу при вирішенні кожної ситуації, використання усіх важелів медичної, соціальної допомоги із залученням органів місцевої влади та управління зацікавлених служб.

Перспективним напрямом діяльності соціальної сфери, яке потребує поширення, слід вважати соціальне підприємництво. Такий проект («Наше майбутнє») є складовою загальної комплексної регіональної програми зі збереження здоров'я населення та запобігання смертності, особливо осіб працездатного віку. Реалізується він, з одного боку, за підтримки, а з іншого – при співпраці з представниками бізнесу. На відміну від традиційного, соціальне підприємництво реінвестує прибуток у розвиток охорони здоров'я, охорону оточуючого середовища тощо. Сприяння розвитку такого напрямку є одним з оптимальних заходів. За рахунок розвитку економічної активності у запитуваних секторах ринку створюються робочі місця і, як наслідок, збільшується зайнятість населення. На відміну від прямого інвестування в соціальну структуру території, соціальне підприємництво вважається менш витратним та більш результативним. З позицій дотримання принципів здорового способу життя до перспективних підприємств відносяться: виробництво екологічно чистих продуктів харчування, організація підприємств загального харчування на основі здорового, раціонального складу продуктів; створення економічно доступних для населення активних форм відпочинку, розширення можливостей для занять фізичною культурою і спортом; створення і підтримка медичних центрів допомоги боротьби із шкідливими звичками. На початковому етапі

побудови нових стосунків взаємодії медицини та бізнесу з питань покращення здоров'я, збереження життя працюючого населення завданням органів охорони здоров'я, наукових центрів, громадських та державних організацій є створення медичної бази та активна участь у їх впровадженні.

Контроль виконання, координацію дій програми з попередження втрати населення працездатного віку, яка є довготривалою, здійснюється систематично і, водночас, динамічно із щорічним підсумком і вивченням результативності, повноти втілення, ефективності за окремими заходами. Таку роботу очолює сформована міжсекторальна рада, куди спрямовується інформація для проведення аналізу відповідними фахівцями. Остаточний висновок обговорюється на спільних засіданнях ОДА і УОЗ.

Висновки

Запропонована концептуальна функціонально-організаційна модель попередження втрати працездатного населення в регіоні ґрунтується на існуючій нормативно-правовій базі, результатах наукових досліджень останніх років, спрямованих на вирішення проблеми подовження життя,

збереження трудових ресурсів України, а також враховує інформаційно-методичні матеріали щодо роз'яснень, уточнень законодавчих актів відносно положень стратегії розвитку системи охорони здоров'я, модернізації мережі закладів, що надають медичну допомогу на різних її рівнях, і кумулює накопичений досвід.

Разом з тим, при виконанні роботи стало можливим уточнити, розкрити, оптимізувати роботу окремих ланок існуючої структури служби ОЗ та науково-педагогічної бази в аспекті її функціональної діяльності і конкордатної співпраці із місцевими органами самоврядування на окремій території, а також запропонувати нові форми залучення, взаємозв'язку із представниками бізнесу та іншими зацікавленими установами у вирішенні актуальних задач.

Запропоновані елементи моделі за умов обмеженого бюджету свідчать про їх реальність, персоніфікований характер, економічну доцільність, сприяють розвитку благодійності, активно-конструктивної профілактики.

Перспективи подальших досліджень сформульовані на вивчення ефективності запропонованих інновацій.

Список літератури

1. *Аналіз надсмертності чоловіків південного регіону України за причинами смерті* / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, О. М. Орда, М. В. Шевченко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 5–9.
2. *Орлова Н. М.* Смертність населення працездатного віку як глобальна проблема України / Н. М. Орлова // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 1 (25). – С. 232–233.
3. *Основні причини високого рівня смертності в Україні* : звіт. – К. : ВЕРСО-04, 2010. – 60 с.
4. *Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України* : монографія / Г. О. Слабкий, О. М. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. – К., 2010. – 179 с.
5. *Ціборовський О. М.* Динаміка демографічної ситуації у зв'язку з соціально-економічними умовами в Україні : історико-медичне дослідження (1991–2008 рр.) / О. М. Ціборовський. – К., 2010. – 50 с.
6. *Чепелевська Л. А.* Тенденції смертності працездатного населення в Україні / Л. А. Чепелевська // Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф., 22 жовт. 2010 р. / МОЗ України, ДУС, ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2010. – С. 152–154.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ПРЕДУПРЕЖДЕННЯ ПОТЕРЬ НАСЕЛЕННЯ РАБОТОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА НА РЕГІОНАЛЬНОМУ УРОВНІ

А.А. Семенюк¹, Л.Я. Гржибовський²

¹ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев

²Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Украина

Цель: разработать концептуальную модель предупреждения смертности населения трудоспособного возраста на региональном уровне.

Материалы и методы. В ходе работы были использованы методы структурно-логического анализа и концептуального моделирования. Методической основой исследования стал системный подход.

Результаты. Разработана концептуальная модель предупреждения смертности населения трудоспособного возраста на региональном уровне. Модель является комплексной, межсекторальной и основывается на профилактической направленности деятельности всех участников процесса. Модель состоит из двух фаз: концептуальной и фазы реализации. Первая направлена и заканчивается формированием общей концепции действий, вторая включает выбор оптимального варианта с оценкой эффективности выбранной программы.

Выводы. Предложенные элементы модели при условии ограниченного бюджета свидетельствуют об их реальности, персонализованном характере, экономической целесообразности.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: население, трудоспособный возраст, смертность, предупреждение.

THE CHARACTERISTIC OF CONCEPTUAL MODEL OF LOSS PREVENTION OF WORKING-AGE POPULATION AT THE REGIONAL LEVEL

O.A. Semeniuk¹, Ya.L. Hrzhybovskiy²

¹PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches MHC of Ukraine", Kyiv

²Lviv National Medical University named after Danylo Galytskyi, Ukraine

Purpose: to develop conceptual model of mortality prevention of working age population at the regional level.

Materials and methods. During performance of work methods of structural and logical analysis and conceptual modeling have been used. Methodical basis of study was system approach.

Results. The conceptual model of mortality prevention of working age population at regional level has been developed. The model is comprehensive, intersectoral and based on preventive activities of all participants of process. The model consists of two phases: conceptual and implementation phase. The first is directed and comes to the end with formation of the general concept of actions, the second includes a choice of an optimal option of assessing the effectiveness of chosen program.

Conclusions. The proposed model elements in conditions of the limited budget testify of their reality, personified character, economic feasibility.

KEY WORDS: population, working age, mortality, prevention.

Рукопис надійшов до редакції 06.10.2014 року

Відомості про авторів

Семенюк Олександр Андрійович – лікар-стоматолог-терапевт, Інститут стоматології НАПО ім. П.Л. Шупика, пошукач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; тел.: +38 (044) 576-41-19.

Гржибовський Ярослав Леонідович – асистент кафедри організації і управління охороною здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; тел.: +38 (032) 275-76-32.