

В.І. Бугро

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

## Стаціонарна медична допомога в розвинених системах охорони здоров'я

Проведено аналіз сучасного стану стаціонарної медичної допомоги в розвинених країнах, висвітлено основні питання організації її надання, сучасні тенденції розвитку та реформування. Представлено результати реформ та реструктуризацій у системах охорони здоров'я, зокрема в умовах запровадження страхової медицини.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, стаціонарна медична допомога, лікарняні заклади.

### Актуальність проблеми

Система охорони здоров'я (СОЗ) в цілому та, перш за все, її стаціонарний сектор, при оптимальному розподілі та інтенсифікації використання ресурсів відповідно до потреб населення, спроможна згладжувати негативні наслідки соціально-економічної кризи, зменшувати обсяги споживання стаціонарної медичної допомоги (СМД), позитивно впливаючи на популяційне здоров'я (Лехан В.М. та співавт., 2009).

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, СОЗ складаються з усіх організацій, інституцій та ресурсів, призначених для виконання дій, основною метою яких є поліпшення здоров'я населення (ВОЗ, 2009). Сучасні дослідження свідчать про існуючу нерівність населення за критерієм здоров'я, глобалізацію, активну міграцію та урбанізацію, постаріння людства, погіршення стану навколишнього середовища і клімату. Зазначені фактори призводять до зміни умов, способу життя та характеру захворюваності. Зокрема, у країнах Європи 86% летальних випадків зумовлені хронічними неінфекційними захворюваннями, такими як хвороби системи кровообігу, онкологічні захворювання, цукровий діабет, психічні розлади, хронічні захворювання дихальних шляхів. Існують ризики нових інфекційних захворювань і впливу на здоров'я надзвичайних ситуацій, що призводять до необхідності змінювати завдання, які постають перед СОЗ, та адаптації їх функцій до існуючих умов відносно різних груп населення (ВОЗ, 2012а).

### Результати огляду літератури

Нами проведено системний бібліосемантичний і контент-аналіз сучасних та закордонних джерел літератури щодо реалій та перспектив розвитку СМД.

Основні функції СОЗ — керівництво, надання послуг, фінансування, забезпечення ресурсами — мають бути спрямовані на досягнення всебічного охоплення населення необхідною медичною допомогою (МД): профілактичною, інформаційною, лікувальною та реабілітаційною (ВОЗ, 2012а).

Однією з найбільш пріоритетних цілей СОЗ будь-якої країни є підвищення якості МД завдяки ефективному використанню наявних ресурсів лікувально-профілактичних закла-

дів (ЛПЗ) (ВНО, 2010а; b; 2013). Численні роботи у зазначеному напрямку свідчать про активний пошук шляхів раціонального регулювання людських, матеріальних, фінансових та інформаційних ресурсів ЛПЗ для найбільш повного задоволення потреб споживачів та надавачів СМД (Ціборовський О.М. та співавт., 2011; Слабкий Г.А., Пархоменко Г.Я., 2012; Дуб Н.Є., 2014; Коробцова Н., 2014; Шевченко М.В., 2014).

Великого значення набуває запровадження якісно нових методів фінансування, моделей контролю якості та схем планування ресурсів, які використовують відповідно до основних стратегічних цілей та завдань ЛПЗ. Ефективність організації діяльності стаціонарів має суттєве значення, адже на фінансування лікарень спрямовується значна частка загального бюджету СОЗ будь-якої країни. Лікарні визначають політику доступу до спеціалізованої МД і мають у своєму штаті найбільш кваліфікованих медичних працівників, оскільки надають МД в найскладніших випадках і станах.

Доступність лікування забезпечується можливістю його отримання у стаціонарних умовах за потреби, використанню інтегрованих методів надання МД, заснованих на принципах доказової медицини. Значну роль відіграє забезпеченість лікарняними ліжками (ЛЛ) разом з іншими ресурсами СОЗ — кадровими, інформаційними, матеріально-технічними, фінансовими.

Дані світової статистики охорони здоров'я свідчать, що ці характеристики відмінні у різних країнах. Так, забезпеченість стаціонарних закладів ЛЛ у країнах Європи за період 2005–2012 рр. становила 60,0 на 10 тис. населення, зокрема у Франції — 66,0; Швейцарії — 50,0; Фінляндії — 58,0; Великобританії та Північній Ірландії — 30,0; Словаччині — 64,0; Норвегії — 33,0; Польщі — 66,0; Бельгії — 65,0; Німеччині — 82,0; Іспанії — 32,0; Італії — 35,0. В Україні забезпеченість ЛЛ перевищувала середній показник по країнах Європи і становила 87,0 на 10 тис. населення (ВОЗ, 2014а).

ЛПЗ з функціонуючими ЛЛ за своєю чисельністю характеризувалися різним рівнем забезпечення населення залежно від країни: у Фінляндії їх кількість становить 1,38 на 100 тис. населення, зокрема провінційних — 0,87, спеціалізованих — 0,09; в Італії — 2,08; 1,83 та 0,14; Іспанії — 1,63; 0,3 та 0,16; Данії — 1,01; 0,41 та 0,09; Швей-

царії — 0,8; 0,48 та 0,16 відповідно. У Польщі загальна кількість стаціонарних закладів становить 0,94 на 100 тис. населення, спеціалізованих — 0,15 (ВОЗ, 2014а). В Україні на кінець 2012 р. кількість ЛПЗ становила 2042 одиниці, що в перерахунку на 45 553 000 осіб — 4,48 на 100 тис. населення (Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2013).

Важливим показником є тривалість перебування пацієнта на ЛЛ. У країнах Європейського Союзу, за показниками Європейської бази даних статистичної інформації «Здоров'я для всіх», вона становить у середньому 9,57 дня, на відміну від країн пострадянського простору, де цей показник — 11,39 дня (ВОЗ, 2012а). Скорочення терміну перебування на ЛЛ досягається переведенням пацієнтів із хронічними захворюваннями у лікарні довготривалого догляду, випускою на амбулаторне лікування під спільний нагляд зі службами соціальної опіки, одноденним перебуванням у лікарні.

Забезпеченість лікарнями за 2005–2012 рр., що у середньому становила 33,3 на 10 тис. населення, у країнах Європи також характеризується різноманітністю: у Франції — 33,8; Швейцарії — 40,8; Фінляндії — 29,1; Великобританії та Північній Ірландії — 27,7; Словаччині — 30,0; Норвегії — 41,6; Польщі — 20,7; Бельгії — 37,8; Німеччині — 36,9; Іспанії — 39,6; Італії — 38,0 на 10 тис. населення. В Україні забезпеченість лікарнями становить 35,2 на 10 тис. населення (ВОЗ, 2014а).

З наведених даних можна зробити висновки, що в розвинених СОЗ, незважаючи на високий рівень економічного розвитку, ЛПЗ як найбільш ресурсозатратні інституції, використовують не так широко, як в Україні та країнах Східної Європи, де залишається дієвою СОЗ за часів радянського укладу економіки. На сектор СМД в останніх виділено >70% загального бюджету СОЗ, тоді як у країнах Західної Європи — <50% (Норвегія — 44,7%, Португалія — 24,4%) (ВОЗ, 2012а).

Основні показники, що визначають витрати на СМД, — частота госпіталізацій (серед яких є необґрунтовані), тривалість перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні, а також потужність ЛПЗ. Так, у Канаді 24–90% госпіталізацій та 27–66 днів перебування у стаціонарі виявилися необґрунтованими, а неефективність

ЛПЗ базується на їх потужності, яка становить <200 або >600 ЛЛ (ВНО, 2010). Результати досліджень, проведених у 18 країнах, свідчать про використання в середньому лише 55% наявних ЛЛ, що значно нижче за рекомендований рівень — 80–90% загальної кількості (ВОЗ, 2012а).

Таким чином, у розвинених країнах Європи дотримуються основних положень політики «Здоров'я для всіх», які ще у 1984 р. заклали стратегію переходу від СОЗ, орієнтованих на СМД, до систем, орієнтованих на первинну медико-санітарну допомогу з вищим рівнем якості та ефективності МД (ВНО, 2010).

Залишається актуальним пошук способів вирішення проблеми максимально ефективного використання ресурсів із мінімізацією витрат, переходом на нові, ефективніші фінансові інструменти, оптимізації матеріально-технічної та кадрової бази відповідно до параметрів, що характеризують якість СМД. Вітчизняними фахівцями організації охорони здоров'я визнано, що в наш час працівники державних комунальних ЛПЗ немотивовані щодо підвищення якості та обсягів своєї діяльності, забезпечення належного контролю витрат і ефективного використання наявних ресурсів. Це пояснюється неефективністю чинного адміністративно-командного підходу до забезпечення якості з нагальною потребою його заміни іншим, що базується на принципах управління процесом (Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2014).

Висока ефективність стратегії надання СМД має важливе значення для вирішення ключових проблем у здоров'ї населення, зумовлених змінами його цисельності та структури, тягаря хвороб, можливостей застосування нових медичних технологій, а також управління ЛПЗ, механізмів фінансування, суспільних і політичних очікувань. Новітні методи лікування потребують нових форм навчання персоналу і нових методів роботи. Саме тому необхідно розглядати роль лікарень у контексті тісної взаємодії з первинною медико-санітарною допомогою та з альтернативними формами організації МД (ВНО, 2012). Підвищення доступності до первинної та СМД у комплексі з заходами вторинної профілактики зумовлює значний вплив на збільшення тривалості життя до 75 років.

На сьогодні у країнах Європи лікарні залишаються важливим інструментом надання комплексної інтенсивної спеціалізованої МД, застосування складних методів діагностики та лікування, а сучасні підходи до реформування сектору СМД в розвинених СОЗ засновані на подальшому вдосконаленні управління лікарнями та ефективній інтеграції між ЛПЗ та сектором первинної МД (ВОЗ, 2009). Втілення у практику зазначені підходи отримали у багатьох країнах Європи, зокрема Швеції, Словенії, Нідерландах, Великобританії, Угорщині, Данії, Норвегії, Франції, Естонії. В них відбулося створення інтегрованих мереж різних постачальників медичних послуг на рівні регіональних систем (Швеція, Словенія, Нідерланди, Великобританія, Угорщина), розвиток регіональних лікарняних систем (Данія, Франція, Естонія), об'єднання лікарень (Великобританія, Нор-

вегія, Франція), що привело до скорочення ліжкового фонду і тривалості перебування пацієнта на стаціонарному ліжку. Визнано, що лікарні є повноцінною частиною інтегрованої СОЗ населення (ВНО, 2012).

У більшості розвинених країн Європи з метою координації діяльності різних постачальників медичних послуг, усунення фрагментації МД запроваджено програми ведення хвороб. Іншими стратегічними інструментами є підвищення ролі медичних сестер у наданні послуг і їх участь в управлінні процесом надання МД, створення мереж первинного сестринського догляду (Великобританія, Данія, Нідерланди, Швеція) та мереж здоров'я (Франція). Амбулаторні кабінети, підпорядковані медичним сестрам, відіграють основну роль у веденні пацієнтів із цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією та іншими хронічними захворюваннями.

Зокрема, бюджетна СОЗ *Швеції* побудована за адміністративно-територіальним принципом. В її структурі виділяють три рівні: центральний, регіональний і місцевий. Характерна особливість шведської СОЗ — її децентралізація, яка полягає у тому, що МД є функцією регіональних органів управління — ландстингів і муніципалітетів. Вони відповідають за доступність і якість МД, є власниками й координаторами діяльності лікарняних і амбулаторних ЛПЗ, розміщених у межах підпорядкованих їм районів, у кожному з яких є одна лікарня та декілька закладів первинної МД. 80% податків, що надходять у ландстинг, спрямовують на фінансування охорони здоров'я.

У *Словенії* лікарні надають близько 75% послуг вторинної МД. Громадська мережа включає 26 загальних та 12 спеціалізованих лікарень. Лікарняна система знала фундаментальних змін внаслідок низки реформ із децентралізації. Запропоновано концепцію стаціонарів денного перебування, значну частку ресурсів перерозподілено на підтримку амбулаторного лікування, що зумовило зменшення кількості ЛЛ для пацієнтів із гострими захворюваннями. Однак, незважаючи на самоврядування існуючих державних лікарень в останні роки, вони й досі потребують достатнього фінансово-ресурсного забезпечення.

У *Нідерландах* досить успішно діє система сімейної медицини, основними напрямками функціонування якої є стійка національна система освіти, наявність стандартних планів до- та післядипломної освіти, активний розвиток сімейної медицини як основної ланки МД, розроблення нормативної бази та посилення ролі недержавних організацій у пропаганді й розповсюдженні сімейної медицини (Дуб Н.Є., 2014). Це зумовило достатньо швидкі темпи скорочення кількості лікарень у країні з 200 (1950 р.) до 95 (2009 р.) за рахунок об'єднання існуючих малопотужних лікарень на регіональному рівні, з метою підвищення якості МД. Завдяки консолідації середня кількість місць у лікарні загальною профілю достовірно збільшилася з 349 (1980 р.) до 498 (2008 р.) Станом на 2008 р. найменші лікарні мали у своєму складі 138 ЛЛ, а найбільші — 1368. При цьому в підпорядкуванні кожної лікарні

було амбулаторне відділення (Saltman R.B. et al. (Eds.), 2011).

СОЗ Нідерландів побудована за моделлю страхової медицини, медичне страхування обов'язкове і формується з декількох складових. Із 2006 р. лікарні фінансуються за системою так званих клініко-споріднених груп, адаптованої до умов планування та надання МД у цій країні. Надавачам довгострокової МД оплата здійснюється залежно від обсягу послуг, розрахованого окремо щодо кожного пацієнта. Метод оплати стаціонарних послуг і послуг довгострокової допомоги базується на принципі «гроші йдуть за пацієнтом». Інноваційний підхід стосовно реформування охорони здоров'я в Нідерландах полягає у територіальній децентралізації лікарень, перенесенні основного акценту в організації надання МД з національного на місцевий рівень та закріпленні у 2007 р. законодавчим актом «Про соціальну підтримку» (ВОЗ, 2014а).

Реформаторські зміни, що відбулися за останній час у СОЗ *Великобританії*, відображають її масштабну реструктуризацію, закріплену законодавчим актом з питань охорони здоров'я та соціальної підтримки, прийнятому урядом країни у березні 2012 р., згідно з яким створено Національні ради здоров'я та благополуччя, основне завдання яких — забезпечити комплексне, добре скоординоване і спільно заплановане надання МД на місцевому рівні (ВОЗ, 2014б). Реформування СОЗ відбувалося, зокрема, шляхом закриття лікарень, їх злиття чи скорочення ліжок, призначених для лікування при гострих випадках соматичних і психічних захворювань, тоді як кількість ліжок у будинках утримання осіб похилого віку різко збільшилася. У фондах первинної МД введено посади кейс-менеджерів для координації послуг, які надають людям із хронічними захворюваннями або комплексними медичними і соціальними потребами. До функцій кейс-менеджера віднесено аналіз реєстрів пацієнтів для оцінки потреб населення у різних видах МД, розроблення планів обслуговування, практична організація послуг, а також моніторинг якості надання МД (ВОЗ, 2009).

У *Угорщині* лікарні для надання невідкладної СМД, а також реабілітаційні центри перебувають у власності національного уряду. Функціонують вузькоспеціалізовані національні клініки та інституції, а районні лікарні надають вторинну допомогу населенню незалежно від місця проживання. Муніципалітети є надавачами частини вторинної та спеціалізованої МД через поліклініки, диспансери та невеликі лікарні. Третинну допомогу надають у диспансерах та хоспісах, а також в університетських лікарнях. Відповідальність за надання МД покладено на регіональні та місцеві органи влади. Оплата за медичні послуги відбувається з рахунків Фонду медичного страхування. Постачальниками медичних послуг є органи влади на місцях, які контролюють більшість лікарень, поліклінік і пунктів надання первинної МД.

У *Норвегії* об'єднання лікарень та розширення обсягів амбулаторного лікування стали основним підходом до зменшення

кількості ЛПЗ більше ніж удвічі. Це супроводжувалося як конфігураційними змінами, так і внесенням поправок щодо структури управління лікарнями, таких як участь лікарів та медсестер на різних рівнях управління поряд з інвестиціями щодо підготовки менеджерів лікарень (ВОЗ, 2012б).

**Норвегія, Фінляндія, Швеція, Данія та Ісландія** представляють так звану північноєвропейську модель СОЗ, особливістю якої є фінансування з податкових джерел, державне право власності й управління лікарнями, всебічний доступ до СМД населення та охоплення послугами за місцем проживання (Magnussen J. et al. (Eds.), 2009).

Реформування СОЗ у **Франції** почалося у 1996 р. шляхом створення різних типів об'єднань надавачів медичних послуг на місцевому рівні, завдяки чому випробовувалися нові форми узгодженої взаємодії амбулаторного обслуговування, а також наступності між амбулаторною та СМД. Із ліжкового фонду Франції  $\frac{1}{2}$  перебуває у державній власності,  $\frac{1}{2}$  — у приватній. Державні шпитали мають юридичний статус і самостійно розпоряджаються своїми коштами. Лікарні загальної профілю призначені для надання цілодобової комплексної висококваліфікованої МД усім прошаркам населення. Більш спеціалізовані регіональні лікарні зазвичай розміщені при науково-дослідних установах та слугують навчальними базами підготовки лікарів. Місцеві лікарні надають СМД населенню свого району. Окремо функціонують психіатричні лікарні. Оплата за послуги забезпечується страховими касами та визначається актом про виконані маніпуляції чи процедури або тривалістю перебування на стаціонарному лікуванні. У загальній структурі витрат на МД витрати на стаціонарне лікування становлять 48,8%. Реформування ЛПЗ, як і у Великобританії, здійснювалося за рахунок злиття незалежних лікарень у лікарняні трасти.

В **Естонії** більшість лікарень підпорядковано муніципальній владі, що є наслідком загальної реструктуризації радянської СОЗ, в якій реформа лікарняного сектору була важливою та невід'ємною частиною. В основу стратегії реформи охорони здоров'я покладено завдання реорганізації, спрямованої на укрупнення лікарень, децентралізацію лікарняної мережі, об'єднання деяких лікарень та концентрацію наявних ресурсів. Основним принципом реформування залишалося забезпечення доступності спеціалізованої СМД населенню. З цієї метою збережено невеликі лікарні потужністю 50–200 ЛЛ для надання СМД при найбільш поширених захворюваннях, що розміщені в місцях, географічно наближених до проживання населення (в кожному окрузі і в разі, якщо відстань до центральної чи обласної лікарні >70 км). Усі лікарні Естонії юридично й матеріально-фінансово автономні, самостійно здійснюють закупівлю обладнання та лікарських засобів, будівництво додаткових лікувально-діагностичних корпусів, визначають рівень заробітної плати співробітників та відповідають за охорону здоров'я перед органами місцевого самоврядування (Saltman R.B. et al. (Eds.), 2011; Шевченко М.В., 2014).

Результати аналізу стану реформ вітчизняної СОЗ свідчать, що зміни, які відбува-

лись у секторі СМД на національному та регіональному рівнях, здебільшого зорієнтовані на структурні перетворення, зменшення витрат при одночасному покращенні якості МД (Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2013; 2014). Водночас реформи охорони здоров'я слід проводити з метою підвищення якості МД в поєднанні з інтенсифікацією використання наявних ресурсів та матеріально-технічної бази.

## Висновки

Основні напрямки реформування лікарняного сектору в країнах Європи, яке розпочалося з кінця минулого століття, свідчать про їх різноманітність і врахування національних особливостей. Спільними рисами, реалізованими більшою чи меншою мірою, залишились від країни, є: зміна правового статусу лікарень шляхом їх децентралізації; зменшення кількості лікарень внаслідок їх об'єднання (злиття); заміщення частини стаціонарних послуг амбулаторними; збереження/виокремлення різних типів лікарень (вторинної, третинної МД, спеціалізованих лікарень); зміни підходів до управління лікарнями (більш широке залучення лікарів та середнього медичного персоналу до управління лікарнями, орієнтація на пацієнта, спрямування на надання якісної МД).

В Україні, за зразком країн Європи, проводиться реформування галузі охорони здоров'я, яке стосується і СМД. Разом із тим часті зміни правлячих партій, нестабільність суспільно-політичної ситуації, воєнний конфлікт стали причинами повільного запровадження реформ і негативно вплинули на їх результативність, що потребує подальшого продовження наукових досліджень щодо удосконалення СМД у вітчизняній галузі.

## Список використаної літератури

- ВОЗ (2009) Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: «Системы здравоохранения — здоровье — благосостояние». Таллин, 47 с.
- ВОЗ (2012а) Место здравоохранения в повестке дня в области развития на период после 2015 г. Дискуссионный документ ВОЗ ([http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/post2015/WHOdiscussionpaper\\_October2012\\_ru.pdf?ua=1](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012_ru.pdf?ua=1)).
- ВОЗ (2012б) Укрепление услуг и потенциала общественного здравоохранения: план действий для Европы. Женева, 50 с.
- ВОЗ (2014а) Мировая статистика здравоохранения, 2013. Копенгаген, 170 с. ([http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/ru/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/ru/)).
- ВОЗ (2014б) Осуществление концептуального видения политики Здоровье-2020: стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке. Копенгаген, 52 с.
- Дуб Н.Є. (2014) Засоби реформування системи охорони здоров'я України на основі зарубіжного досвіду. Молодий вчений, 1(3): 210–214.
- Коробцова Н. (2014) Заклади охорони здоров'я як учасники відносин із захисту персональних даних. Мед. право, 1(13): 26–32.
- Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. (2009) Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ, 50 с.
- Слабкий Г.А., Пархоменко Г.Я. (2012) К вопросу о реформировании системы здравоохранения: международный опыт. Укр. мед. часопис, 3(89): 26–29 (<http://www.umj.com.ua/article/34316>).

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України (2013) Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік. Київ, 464 с.

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України (2014) Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. Київ, 438 с.

Ціборовський О.М., Істомін С.В., Сорока В.М. (2011) Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я. Київ, 72 с.

Шевченко М.В. (2014) Медицина пострадянського простору. Медична газета України «Ваше здоров'я» (<http://www.vz.kiev.ua/medicina-postradynanskogo-prostoru/>).

Magnussen J., Vrangbæk K., Saltman R.B. (Eds.) (2009) Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Open University Press, 337 p.

Saltman R.B., Durán A., Dubois H. (Eds.) (2011) Governing public hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy. Observatory studies series, Copenhagen, 278 p.

WHO (2010a) Health systems financing: the path to universal coverage (world health report 2010). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 67 p.

WHO (2010b) The European health report 2009: health and health systems. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 165 p.

WHO (2012) Modern health care delivery systems, care coordination and the WHO (2013) The world health report 2013: research for universal health coverage. Copenhagen, 168 p.

## Стационарная медицинская помощь в развитых системах здравоохранения

В.И. Бугро

**Резюме.** Проведен анализ современного состояния стационарной медицинской помощи в развитых странах, освещены основные вопросы организации ее оказания, современные тенденции развития и реформирования. Представлены результаты реформ и реструктуризаций в системах здравоохранения, в том числе в условиях введения страховой медицины.

**Ключевые слова:** здравоохранение, стационарная медицинская помощь, лечебные учреждения.

## Inpatient care in developed health care systems

V.I. Bugro

**Summary.** The current state of hospital care in developed countries, the key issues of its organizing and development were analyzed. The results of reforms and restructuring of health systems, including the insurance medicine introduction, were shown.

**Key words:** health care, inpatient care, hospitals.

### Адреса для листування:

Бугро Валерій Іванович  
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9  
Національна медична академія  
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
кафедра управління охороною здоров'я  
E-mail: valeriybugro@ukr.net

Одержано 17.09.2015