

УДК 338.46:61

С.В. Дубінський

ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ПОСЛУГ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

У статті розглянуто особливості проведення реформ у медичній галузі України. Визначні переваги та недоліки від проведених реформ та наведено рекомендації щодо вдосконалення медичної галузі за сучасних умов. Досліджено стан надання якості медичних послуг населенню та проаналізовано фактори, які принципово перешкоджають підвищенню рівня медичних послуг та розглянуто стратегії їх розвитку.

Ключові слова: медична галузь, якість, якість медичних послуг, реформи.

I. Вступ. За всіх часів становлення та розвитку української держави безліч разів декларувалося важливість людського чинника у стабільному та успішному розвитку як окремих суб'єктів господарювання, так і держави взагалі. Найчастіше мова йшла про інвестиції у персонал, створення ефективних мотиваційних систем, але вкрай рідко, за залишковим принципом розглядалися питання збереження стану здоров'я робітників, їхньої реабілітації, особливо на шкідливих виробництвах. Хоча саме стан здоров'я людини є найважливішою складовою трудового потенціалу як окремого працівника, так і більш вищих рівнів – підприємств, галузей тощо. Особливої уваги при вирішенні завдання збереження відповідного рівня здоров'я працівників потребує медична галузь України та її окремі заклади, бо саме від рівня обслуговування, своєчасності надання відповідних лікувальних та реабілітаційних послуг залежить швидкість та успішність відтворення рівня здоров'я працівників та збереження трудового потенціалу.

Слід зазначити, що за роки незалежності медична галузь України пройшла досить негативний шлях. Скорочення лікувальних закладів, зниження рівня матеріальної бази, погіршення, особливо у сільській місцевості, забезпечення досвідченими фахівцями призвели до тотального зниження рівня якості надання медичних послуг та практично відсутності програм реабілітації працівників після перенесених захворювань. Досвід провідних країн свідчить, що саме реабілітація є ключовим елементом у одужанні хворого, а іноді й запобігає розвитку хвороби, що, в підсумку, значно знижує витрати як для самого працівника, так і для підприємства і відповідальних державних установ.

Можна відзначити певні реформи у медичній галузі. Зокрема впроваджено реформу 2010 р., коли у чотирьох областях України було розпочато пілотний проект, який передбачав суттєву зміну структури надання медичних послуг, пріоритет сімейної медицини, підвищення якості надання послуг. Безумовно жвавий інтерес викликає новий етап реформ, який почався у 2014 р., зі зміною влади в країні.

У той же час слід зазначити, що модернізація охорони здоров'я неможлива без її інноваційного забезпечення. Незважаючи на те, що в питаннях ін-

новаційної діяльності у сфері надання медичних послуг є дослідження і наукові розробки, проблеми наукового обґрунтування і розробки методичних підходів до управління інноваційним забезпеченням поліпшення якості медичних послуг, підвищення ефективності діяльності і конкурентоспроможності медичних установ розглянуто поки недостатньо, що обґрунтовує актуальність, важливість, теоретичну і практичну значущість дослідження.

Методологічні і теоретичні питання економіки соціальної сфери, стану системи соціального захисту населення, людського капіталу, економіки охорони здоров'я, правового регулювання діяльності медичних установ, проблем забезпечення якості медичної допомоги висвітлюються в численних працях як вітчизняних, так і зарубіжних фахівців: Л. Абалкин, О. Аристов, Л. Басовський, А. Асаула, Г. Дзяк, Ю. Лісицина, Л. Туроу, Ф. Хайека та ін. [1–4].

Разом з тим кількість праць, присвячених забезпеченням підвищення якості і доступності медичних послуг, проведенню модернізації системи охорони здоров'я на інноваційній основі, підвищенню конкурентоспроможності установ охорони здоров'я, поки обмежений [5–8].

Саме послідовність реформ, які здійснюються у медичній галузі, об'єктивні та суб'єктивні перешкоди, що супроводжують ці процеси, особливості менталітету усіх зацікавлених сторін – від представників держави на рівні Міністерства, обласних відділів з охорони здоров'я, лікарень та споживачів медичних послуг – обґрунтовують необхідність ретельних досліджень та розробки реальних рекомендацій для скорішого впровадження у практику.

У багатьох країнах світу з метою підвищення безпеки медичної допомоги, зниження видатків на її надання та підвищення задоволеності населення медичними послугами активно розробляються і втілюються в практичну діяльність питання управління якістю медичної допомоги.

У Люблінській хартії з реформування системи охорони здоров'я (1996), яка схвалена міністрами охорони здоров'я або їх представниками усіх європейських країн, у розділі основних принципів вказано, що будь-яка реформа охорони здоров'я повинна спрямовуватись на безперервне покращання якості медичної допомоги, а також на підвищення її ефективності, включаючи чітко розроблену стратегію досягнення цієї мети

Важливими є методологічні аспекти організації системи управління якістю та підвищення ефективності медичної допомоги у зв'язку з вимогами спільноти щодо розподілу медичних послуг, забезпечення доступності безоплатної медичної допомоги та змін в системі її фінансування. Таким змінам, спрямованим на поліпшення якості медичного обслуговування, в Україні необхідно приділяти значну увагу.

Метою статті є аналіз стану установ медичної галузі України під впливом здійснюваних реформ, критичний аналіз та впровадження рекомендацій, які дозволять не тільки стабілізувати стан, а й значно покращати рівень якості послуг медичними закладами України.

Постановка завдання. Незважаючи на проголошені Конституцією України принципи, система охорони здоров'я не забезпечує рівного безкоштовного доступу населення до якісних медичних послуг. Це виявляється в такому:

– низька якість медичних послуг. Очікувана тривалість життя населення України складає 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вища, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів вищий;

– нерівний доступ до послуг охорони здоров'я. Бідні верстви населення страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги. Відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення мети рівного доступу. Існують диспропорції у доступі до медичних послуг міських і сільських мешканців. Високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. Згідно з офіційною статистикою, витрати населення перевищують третину загального обсягу фінансування галузі (40% у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг [6].

Причинами виникнення зазначених проблем є:

– відсутність зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на її фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці;

– низький рівень профілактики й частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг;

– неефективне використання бюджетних коштів на охорону здоров'я. На 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень, тоді як у країнах ЄС цей показник – 2,6; кількість ліжок-місць в Україні – 868 на 100 тис. населення, а в ЄС-10 – 644; кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні – 302, у ЄС-10 – 261. 86% бюджетних коштів, що виділяється на охорону здоров'я, йде на утримання медичних закладів та оплату праці лікарів;

– дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг;

– низька самостійність медичних закладів при використанні фінансових ресурсів [6].

Тому вдосконалення та забезпечення високого рівня якості медичних послуг в медичній галузі України потребує негайного вирішення з використанням найсучасніших управлінських та організаційно-економічних заходів, що дозволить в повному обсязі реалізувати мету, поставлену у статті.

Але перш ніж розглядати можливість впровадження сучасних управлінських інструментів як ефективного інструменту організаційних змін на базовому підприємстві, слід розглянути основні аспекти та напрями впровадження змін. Зокрема мова йде про специфіку діяльності медичної галузі України та наслідки від вже впроваджених реформ в медичних установах галузі.

Результати дослідження. Тривалий час управління вітчизняною охороною здоров'я ґрунтувалося на прямому адмініструванні, а роль економічних методів була незначна, що не сприяло підвищенню якості медичних послуг. Фінансування галузі традиційно базувалося на показниках ресурсного забезпечення (ліжковий фонд, число медичних працівників та ін.), а не кінцевих результатах роботи медиків.

Екстенсивний шлях розвитку системи охорони здоров'я, спрямованість на кількісні показники, спроби здешевлення медичної допомоги призвели

до появи серйозних проблем, серед яких зниження якості медичної допомоги, брак устаткування, діагностичної апаратури, інструментарію і лікарських засобів. Наслідком недостатності економічних стимулів стали низька ефективність використання ресурсів, недостатній професіоналізм медиків, неувага до пацієнтів і побори з них та ін.

Серед причин, що зумовили непослідовність реформи, слід назвати недостатнє наукове опрацювання питань управління і фінансування галузі.

Повний перехід системи охорони здоров'я на ринкові відносини соціально вкрай ризикований. Запропонована як зразок грузинська модель реформування навряд чи має 100% застосування та відповідає реаліям нашої країни. Один з перших чинників – різниця в кількості населення: 4 490,5 тис. чол. в Грузії, та 45 426,2 тис. чол. в Україні відповідно [9]. Окрім цього, впровадження реформ потребує значної зміни законодавчої бази. Згідно з Конституцією України кожний громадянин нашої країни має право на безкоштовне лікування. І не можна впевнено стверджувати, що спроби швидко внести зміни до Конституції в аспектах медицини не викличуть активний супротив, особливо серед старшого покоління.

Не слід забувати, що й задекларований перехід до обов'язкового медичного страхування, також не доки не передбачений законом, а окрім того, має досить проблемне економічне підґрунтя. І мова не тільки в кризовому стані України в умовах конфлікту на сході, а й постійне погіршення соціально-економічного стану.

Медична галузь має певні особливості, які, безумовно, потрібно враховувати при спробах її комерціалізувати, зокрема:

а) частина медичних послуг має властивості «суспільних товарів», вони є об'єктом колективного споживання. Наприклад, санітарно-гігієнічні заходи, пов'язані із запобіганням інфекційним захворюванням;

б) недостатня інформованість споживача щодо ціни, обсягу і якості набутих благ, з одного боку, з іншого – незалежність дій виробників і споживачів. На відміну від звичайних ринків, в охороні здоров'я виробник, а не споживач, визначає обсяг благ, що надаються. Це містить в собі значний потенціал структурних диспропорцій і зловживань в охороні здоров'я. З цього можна зробити про необхідність цілеспрямованого управління обсягами і структурою надання медичної допомоги;

в) особлива роль принципу рівності в отриманні медичної допомоги.

Обсяг споживання медичних послуг не може визначатися тільки рівнем платоспроможності людини. Це особливо очевидно в тих випадках, коли для зменшення страждань і врятування життя людини потрібна екстрена медична допомога. Забезпечення рівних можливостей в споживанні медичних послуг диктує необхідність перерозподілу бюджету охорони здоров'я на користь найменш захищених верств населення – бідняків, дітей, осіб з низьким доходом, хронічних хворих тощо. Основою розвитку галузі стає принцип суспільної солідарності. Реалізація цього принципу потребує активного втручання держави. Зазначені чинники обмежують можливості розвитку ринкових відносин в медичній галузі. Звідси виникає необхідність у використанні складніших механізмів управління порівняно з іншими галузями ринкової економіки.

На цей час відсутнє єдине узгоджене визначення поняття якості медичної допомоги. Аналіз існуючих підходів до визначення якості медичних послуг дозволив виділити основні характеристики [2; 7]:

- відповідність медичної допомоги сучасному рівню розвитку науки, встановленим вимогам, стандартам;
- оптимальне (ефективне) використання ресурсів;
- задоволення потреб пацієнтів.

Якість медичної допомоги населенню дозволяє оцінити ступінь дотримання заявлених державою (медичною установою) гарантії відповідно до встановлених критеріїв і показників якості з урахуванням задоволеності населення в отриманні медичної допомоги.

Деякі з характеристик якості медичних послуг погано піддаються оцінці і до цих пір сприймаються неоднозначно. Це, в першу чергу, стосується задоволеності пацієнтів медичною допомогою. Є відмінність між об'єктивними потребами, які можуть бути не до кінця зрозумілі самому пацієнтові, і його суб'єктивними очікуваннями. Проте орієнтація на споживача є ключовим принципом системи управління якістю, хоча задоволеність очікувань пацієнтів не може служити єдиним або основним показником якості медичної допомоги, оскільки складається під впливом безлічі чинників: ефективності лікування, ставлення персоналу, умови надання допомоги, особисті переваги і очікування пацієнтів тощо.

Контроль якості медичної допомоги в нашій країні здійснюється на різних рівнях: медичними установами, органами охорони здоров'я, страховими медичними організаціями. Але враховуючи що медичне страхування у нашій країні не набуло широкого розповсюдження, система контролю за якістю медичних послуг зберігається тотальною командній економіці.

У вітчизняній охороні здоров'я з метою оцінки діяльності медичних установ традиційно використовуються показники державної статистичної звітності, такі як задіяність ліжка, лікарняна летальність, частота збігів або розбіжностей клінічних і патолого-анатомічних діагнозів та ін. Ці показники відображають ступінь дотримання організаційних принципів надання медичної допомоги. При цьому оцінка якості медичної допомоги і її ефективності часто не проводиться, тоді як сучасні управлінські технології повинні реалізовувати комплексний підхід до оцінки якості, оцінювати як процес надання медичної допомоги, так і досягнення результату.

Одним з механізмів підвищення якості медичної допомоги є матеріальне стимулювання персоналу, що забезпечує зв'язок оплати праці з її обсягом і, головне, з її якістю. Як і раніше, переважає валовий принцип, враховуються відвідини, ліжко-дні, випадки поліклінічного обслуговування або стаціонарного лікування тощо, але тільки не збереження здоров'я населення.

Сьогодні на перший план виходять завдання з вдосконалення способів оплати праці медичних працівників і всього механізму фінансування медичних установ. Необхідно створити економічну зацікавленість в якісній і ефективній медичній допомозі всіх її учасників: медичних працівників, адміністраторів і пацієнтів. Створення гнучких стимулюючих систем оплати праці, що дозволяють вище оплачувати кращу працю, утримувати хороших фахівців і стимулювати досягнення певних результатів, стало реальним із змі-

ною системи фінансування: з введенням медичного страхування, платних медичних послуг.

Первинний розвиток платних послуг в охороні здоров'я України розглядався як чинник розширення прав споживача на вибір постачальника медичної послуги. За цих умов вкрай важливо, щоб якість послуг, що надаються, відповідала існуючим стандартам.

Незважаючи на наявну тенденцію до збільшення державного обсягу фінансування системи охорони здоров'я, позиція постійного дефіциту засобів, ліків, устаткування закріплена в свідомості і медичних працівників, і пацієнтів, що приводить до стимулювання розвитку платних медичних послуг.

З початку 90-х років минулого сторіччя простежувалися досить складні відносини між держаними медичними установами та приватними. На першому етапі особливі побоювання виникали саме щодо відповідності якості послуг у приватних структурах. Хоча досить часто це негативне ставлення визначалося суто суб'єктивними чинниками, зокрема небажанням керівників державного сектора медицини взагалі конкурувати з активним та мобільними приватними медичними структурами.

Контроль якості як управлінський інструмент в установах медичної галузі передбачає послідовне виконання таких дій:

- встановлення критеріїв (стандартів) якості;
- оцінка відповідності об'єкта контролю прийнятим вимогам і критеріям;
- система дій у разі невідповідності прийнятим стандартам;
- планування вдосконалення вимог стандартів [8].

Методологія управління якістю в медичній галузі базується на забезпеченні працівника адекватними умовами, науково-обґрунтованими технологіями, в той же час має на увазі особисту відповідальність за результати. У цілому такий підхід декларується міжнародною системою управління якістю ISO 9000.

Для ефективного підвищення якості та безпеки медичної допомоги в Україні необхідна розробка та послідовна реалізація державної стратегії якості медичного обслуговування.

Як правило, система управління якістю будь-якого бізнес-процесу містить формування еталонів структури (наявність умов для надання медичної допомоги), послідовність і обсяг діагностичних та лікувальних процесів, що забезпечують якісну медичну допомогу, аналіз повноти їх виконання з подальшим визначенням необхідності внесення корективів [5, с. 158].

ВООЗ у своєму методичному документі «Керівництво з розробки стратегій забезпечення якості та безпеки з позиції систем охорони здоров'я» (2008 р.), спрямованому на просування нещодавно прийнятої стратегії щодо зміцнення систем охорони здоров'я, виділяє п'ять типів державних стратегій забезпечення якості і безпеки [4, с. 24]:

- стратегії, спрямовані на працівників системи медико-санітарної допомоги;
- стратегії, спрямовані на організації медико-санітарної допомоги;
- стратегії, спрямовані на медичні препарати і технології;
- стратегії, спрямовані на пацієнтів;

– стратегії, спрямовані на організацію фінансового забезпечення.

Основними принципами стратегії визначено ефективність, раціональність використання ресурсів, доступність, прийнятність/першочергову орієнтацію на пацієнта, справедливість та безпеку.

Реалізація вказаних напрямів неможлива без ефективної взаємодії між органами управління охороною здоров'я на всіх рівнях, фондами обов'язкового медичного страхування, організаціями і установами охорони здоров'я. Низька ефективність профілактичної роботи первинної ланки медичної допомоги, відсутність системи амбулаторного долікування і патронажу, а також недосконалість організації роботи швидкої медичної допомоги привели до того, що стаціонарна допомога виступає як основний рівень в системі охорони здоров'я населення. При цьому, по суті, стаціонарна медична допомога необхідна лише при захворюваннях, що потребують комплексного підходу до діагностики і лікування, застосування складних методів обстеження і лікування з використанням сучасної медичної техніки, оперативних втручань, постійного цілодобового лікарського спостереження і інтенсивного відходу.

З метою підвищення якості діяльності всієї системи охорони здоров'я і медичних установ необхідно продовжити вдосконалення системи оцінки якості медичних послуг, активніше використовувати зарубіжний досвід. Так, до розробки стандартів якості медичних послуг, що надаються, доцільно привертати фахівців-професіоналів, об'єднаних в медичні асоціації, як це здійснюється в країнах Західної Європи. Контроль дотримання норм, стандартів, регламентів слід здійснювати страховим компаніям.

В той же час необхідний мати на увазі, що при наданні медичних послуг оцінка їх якості особлива роль має відводитися пацієнту-споживачу цих послуг. При його індивідуальній оцінці якості медичних послуг, як правило, враховується не тільки професіоналізм медичного персоналу, використовувані медичні технології й інші об'єктивні характеристики та обставини, але й індивідуальні особливості пацієнта, його суб'єктивне сприйняття наданих медичних послуг, увага медичного персоналу, турбота і індивідуальний підхід до пацієнта і багато іншого. Тому думка пацієнтів в оцінці якості медичних послуг може і повинна враховуватися при вирішенні багатьох питань, спрямованих на поліпшення і підвищення ефективності діяльності всієї системи охорони здоров'я.

Медичні послуги особливе благо, корисність якого виявляється в процесі його споживання і в подальший період, і воно спрямоване на відновлення втраченого здоров'я, лікування або істотне ослаблення захворювання. При виборі матеріально-речового блага (продукту) у споживача є значно більше варіантів попередньої оцінки його споживних характеристик; індивідуальної, прогнозованої оцінки його потреб для придбання цього блага.

При отриманні медичної послуги така можливість значно скорочується. Людина прикріплена до поліклініки, ділянки, лікаря і отримує ту послугу, яку їй надають. Вона абсолютно не захищена від лікарської помилки, грубої поведінки медперсоналу (хоча це може бути і винятком), якості медичної допомоги, ефективності лікарських препаратів тощо. Конституційне право державної гарантії на якісну медичну послугу пацієнту залежить

від багатьох об'єктивних і суб'єктивних обставин. Тому пацієнт має бути активно залучений до оцінки якості медичних послуг. З цією метою може бути використаний механізм анонімної відповіді всього на декілька питань, що стосуються якості, доступності, своєчасності, здорового способу життя та ін. [8, с. 15].

Це дасть можливість для керуючих органів при грамотній обробці і узагальненні даних отримати не вибірккову, дуже нечисленну, а значно повнішу, достовірнішу інформацію про роботу медичних установ, якість послуг і на цій основі виявити проблеми, причини, що їх породжують, і впровадити заходи з поліпшення якості роботи всієї системи охорони здоров'я.

Висновки. Таким чином, за результатами дослідження визначено пріоритетні напрями вдосконалення медицини на сучасному етапі. Зокрема встановлено необхідність подальшої тісної співпраці між державними установами медичної галузі та чисельним приватними закладами, що не тільки підвищує рівень конкурентоспроможності усіх суб'єктів, а й вирішує основне завдання – підвищення якості медичних послуг. Також слід зазначити, що якість медичних послуг, доступність, надійність, своєчасність надання медичної допомоги, професіоналізм медичного персоналу, його турбота про здоров'я людини, матеріально-технічна база установ охорони здоров'я, використовувані медичні технології та інші чинники суттєво залежать від обґрунтованого швидкого впровадження зарубіжного досвіду, зокрема використання стандартів якості при наданні медичних послуг, орієнтація на споживача, що, в підсумку, дасть змогу підняти рівень медичних установ до європейських стандартів. Проведене у статті дослідження визначило необхідність подальшої уваги питанням якості як окремої категорії саме в медичній галузі.

Список використаних джерел

1. Абалкин Л. Стратегия: выбор курса / Л. Абалкин – М.: ИЭ РАН, 2002. – 210 с.
2. Аристов О. Управление качеством: [навч. пос.] / О. Аристов – М.: Инфра-М, 2008. – 361 с.
3. Басовський Л. Управление качеством: учеб. пособ. / Л. Басовский. – М.: ИНФРА, 2007. – 341 с.
4. Дзяк Г. Підходи до управління якістю медичного обслуговування в Україні / Г. Дзяк, В. Лехан, Я. Березницький // Здоров'я України. – 2010. – № 8 (237). – С. 24–25.
5. Ільєнкова С. Управление качеством: учебник для вузов / С. Ільєнкова, Н. Ільєнкова, В. Мхитарян и др. – М.: ЮНИТИ, 2006. – 368 с.
6. Проект програми економічних реформ в Україні на 2010-2014 рр., реформа медичного обслуговування [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/128/2013>
7. Фатхутдинов Р. Управление конкурентоспособностью организации: учебник / Р. Фатхундинов. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2005. – 544 с.
8. Ястребова М. Управление инновационным обеспечением повышения качества медицинских услуг и эффективности деятельности системы здра-

воохранения: автореф. дис. ... канд. экон. наук. – СПб.: Санкт-Петербургская академии управления и экономики 2011. –32 с.

9. Статистичний щорічник [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.ukrstat.gov.ua

References

1. Abalkin, L. *Strategiya vybora kursa* [The strategy of selecting a course], М., IE RAN, 2002, 210 p.

2. Aristov, O. *Upravlinnya ykisty* [Quality Management], М., INFRA-M, 2008, 361 p.

3. Basovskiy, L. *Upravlenie kachestvom* [Quality Management], М., INFRA, 2007, 341 p.

4. Dzyak, G., Lehan, V., Bereznichkiy, Y. *Pidhodu do upravlinnya yakistu meduchnogo obslugovuvannya v Ukrayuni* [Zdorovya Ukrayuny], no 8 (237), 2010, pp. 24–25.

5. Ilenkova S., Ilenkova N., Mhitaryan V., *Upravlenye kachestvom: Uchebnik dlya vuzov* [Quality Management], М., UNITY, 2006, 368 p.

6. *Proekt programu ekonomichnuh reform v Ukraine na 2010-2014., reforma meduchnogo obslugovuvannya*. Available at: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/128/2013>

7. Fathutdinov R. *Upravlenie konkurentosposobnostu organizaciyu* [Management of organization competitiveness], М., Eksmo, 2005, 544 p.

8. Yastrebova, M. (2011). Management of innovative software to improve the quality of medical services and health system performance., Thesis abstract for Cand. Sc. (Economics) Spb., Spb. akademy management and economics, 2011, 32 p.

9. *Statustuchnyi shorichnik*. Available at: www.ukrstat.gov.ua

В статье рассмотрены особенности проведения реформ в медицинской отрасли Украины. Определены преимущества и недостатки проведенных реформ и предложены рекомендации по усовершенствованию медицинской отрасли в современных условиях. Исследовано состояние предоставления качества медицинских услуг населению и проанализированы факторы, которые принципиально мешают повышению уровня медицинских услуг рассмотрены стратегии их развития.

Ключевые слова: *медицинская отрасль, качество, качество медицинских услуг, реформы.*

The peculiarities of reforms providing in the Ukrainian medical branch have been considered in the article. Advantages and disadvantages of provided reforms have been defined, and recommendations to improve healthcare industry under modern conditions have been made. The condition of medical services quality to population has been researched, factors hindering rising of health services level have been analyzed. Strategic development of health services has been considered.

Key words: *Medical branch, the quality, the quality of medical services, reforms.*

Одержано 21.02.2016.