

Коров'як О.Я.

Львівський державний університет внутрішніх справ

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ПОСЛУГ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

У статті розглянуто особливості проведення реформ у медичній галузі України. Зазначено, що модернізація охорони здоров'я неможлива без її інноваційного забезпечення. Незважаючи на те, що в питаннях інноваційної 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. Визначено 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 розвитку.

Ключові слова: проблеми, система, охорона здоров'я, якість, якість медичних послуг, реформи.

Постановка проблеми. Сьогодні в Україні спостерігається розвиток і вдосконалення суспільних відносин у національній системі охорони здоров'я.

Насамперед це стосується медичної сфери – надання медичних послуг у межах чинного законодавчо-нормативного поля. Обґрунтоване застосування цих актів (документів, положень) у сучасній практиці потребує чіткого й однозначного категоріального апарату як основи, що дасть змогу визначати принципи взаємодій суб'єктів лікувально-профілактичного процесу та побудувати систему взаємовідносин для координації і регулювання медичної установи у ринковому середовищі. Особливий інтерес для фахівців і практиків медичної сфери становить суб'єктивний складник системи взаємовідносин, зокрема суб'єкти, які надають медичні послуги, та суб'єкти, які їх отримують на платній основі. Усі особи, які звертаються за медичною допомогою (чи послугою), повинні визначитися однозначним поняттям, тобто через єдину категорію.

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.

Водночас слід зазначити, що модернізація охорони здоров'я неможлива без її інноваційного забезпечення. Незважаючи на те, що в питаннях інноваційної 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 [1, с. 52].

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 таких як вітчизняних, так і зарубіжних фахівців, як Л. Балкин, О. Аристов, Л. Басовський, А. Саула, Г. Дзяк, Ю. Лісичина, Л. Туроу, Ф. Хайека та ін.

Виклад основного матеріалу дослідження. У сучасних умовах система охорони здоров'я в Україні перебуває у кризовому становищі, що значною мірою спричинене недостатнім фінансуванням. Незважаючи на зростання видатків на охорону здоров'я з бюджетів усіх рівнів, вони не спроможні забезпечити покриття навіть її мінімальних функціональних потреб, а дефіцит

фінансування становить до 1/3 від обсягу коштів, необхідного для виживання галузі [2, с. 218]. Тому відбувається деградація матеріальної бази медичних закладів, зниження якісних характеристик продукуваних ними медичних послуг та, що головне, падіння доступності медичного обслуговування для населення. У 2011–2012 рр. Майже п'ята частина населення України була позбавлена можливості отримати медичну допомогу через високу вартість чи відсутність спеціаліста відповідного профілю [3].

Кризові явища в галузі, слабкий зв'язок між динамікою її фінансування та показниками здоров'я населення стали основними мотивами для проведення в Україні медичної реформи, яка триває з 2011 р. Поки що реформаторські заходи зводяться лише до ускладнення доступу громадян до спеціалізованої медичної допомоги через упродовження інституту сімейного лікаря, а також ліквідації медичних закладів у сільській місцевості. В умовах незадовільного стану транспортної інфраструктури такі кроки засвідчують подальше падіння доступності медичного обслуговування для значної частини населення України. Не дивно, що громадяни переважно сприймають проведення реформи як заходи, спрямовані на ліквідацію в Україні державної системи охорони здоров'я і повну приватизацію галузі.

За цих обставин корисним, на наш погляд, було б вивчення досвіду реформування медичної галузі у розвинутих країнах світу, що дало б можливість уникнути негативних наслідків її реалізації у нашій державі [4, с. 195].

Україна має один із найгірших показників серед систем охорони здоров'я в європейському регіоні. Україна посідає друге місце в європейському регіоні за рівнем смертності, яка збільшилась на 12,7% у період із 1991 по 2012 рр., тоді як у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7%. До того ж одну чверть від загальної смертності складає смертність серед працездатного населення (а для чоловіків це третина всіх смертей; вони мають у три-чотири рази вищу ймовірність смерті, ніж жінки у всіх вікових групах від 16 до 60 років). Основними причинами смертності є неінфекційні захворювання (далі – НІЗ), такі як серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання, рак, хвороби обміну речовин тощо. Ці показники залишаються незмінними за останні роки. У 2013 р. серцево-судинні захворювання були основною причиною смертності (66,5%), далі йшли новоутворення (13,9%), а зовнішні причини смертності знаходилися на третьому місці (6%). Одним із ключових

чинників такої ситуації є низький економічний розвиток країни. ВВП України у 2013 році склав 1 460 млрд. грн. (177,4 млрд. доларів США), що означає набагато нижчі показники на душу населення, ніж навіть найнижчі значення в Європейському Союзі. Зважаючи на економічну кризу та військовий конфлікт, ситуація у 2014–2015 роках поки тільки погіршується [5, с. 9].

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

1) низькій якості 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 у 2,5 рази вищий, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу – у 20 разів вищий;

2) нерівному доступі 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].

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

Але перш ніж розглядати можливість упровадження сучасних управлінських інструментів як ефективного інструменту організаційних змін на базовому підприємстві, слід розглянути основні аспекти та напрями впровадження змін. Ідеться про специфіку діяльності медичної галузі України та наслідки від уже впроваджених реформ у медичних установах галузі [1, с. 53]. 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 ризикова-

ний. Запропонована як зразок грузинська модель реформування навряд чи має 100% застосування та відповідає реаліям нашої країни. Один із перших чинників – різниця в кількості населення: 4 490,5 тис. осіб у Грузії та 45 426,2 тис. осіб в Україні відповідно [7]. 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 [1, с. 53].

Державний бюджет розписаний відповідно до жорсткої економічної класифікації. Заклади охорони здоров'я не мають права переносити кошти з однієї статті бюджету до іншої або перерозподіляти ресурси на відповідні види діяльності з надання послуг (наприклад, збільшувати витрати на персонал за рахунок комунальних витрат, закуповувати устаткування замість витратних матеріалів тощо). Вони повинні витрачати всі кошти відповідно до заздалегідь затвердженого кошторису без права самостійного внесення будь-яких змін, що робить управління закладами охорони здоров'я негнучким та малопродуктивним. До того ж невитрачені гроші на кінець року необхідно повернути, тому фіскальні органи можуть зменшити бюджетні асигнування на наступний рік на суму, що дорівнювала залишку коштів. Таким чином, для керівництва лікарень вигідніше зберігати надлишкову лікарняну інфраструктуру та затягувати перебування пацієнта у закладі, аніж раціонально вести господарство, економити та вдосконалювати структуру витрат.

Неефективна структура системи ще більше погіршує ситуацію. Теоретично центральний орган – Міністерство охорони здоров'я – координує всю сукупність закладів охорони здоров'я у державному секторі. Насправді ж майже три чверті від загального фінансування охорони здоров'я йде на заклади та персонал, що працюють на обласному та місцевому рівнях [5, с. 12]. З однієї чверті, що витрачається на заклади охорони здоров'я центрального рівня, приблизно 40% використовують заклади, що належать іншим міністерствам (Міністерству оборони, Національній поліції та ін.).

Тривожна картина стану системи охорони здоров'я ускладнюється швидким старінням населення та зменшенням кількості лікарів (що часто хибно тлумачиться під час перерахунку на особу) та, що ще гірше, кількості медсестер та іншого

кваліфікованого медичного персоналу. Низька заробітна плата, незалежна від обсягу та якості роботи, яку працівники вимушені виконувати з використанням застарілих технологій та низьких професійних навичок, а також доволі жорсткі правила роботи й свавілля керівництва, яке призначається за політичними мотивами, мали поганий вплив на етичні й моральні аспекти та соціальну привабливість постачальників медичних послуг.

Приватний сектор перебуває на ранній стадії розвитку, у галузі наразі практично немає великих приватних страхових компаній, а кількість приватних лікарень замала. Приватний сектор в основному складається з аптек, медичних закладів (переважно амбулаторних) та приватних лікарів. Ці заклади отримують фінансування здебільшого за рахунок прямих платежів від населення [5, с. 14].

Зміни законодавства у сфері медичного обслуговування населення потребують нового підходу до визначення ролі цивільно-правового договору у регулюванні медичних відносин. Видається, що такий договір має стати основним актом, який покликаний визначити права та обов'язки закладів охорони здоров'я та приватно-практикуючих лікарів, а також пацієнтів.

Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р [9], для запровадження в Україні пропонується модель державного солідарного медичного страхування [8, с. 3].

Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Державного бюджету України. Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я – бюджетних установ, розрахованих відповідно до існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів.

19 жовтня 2017 року Верховна Рада України прийняла проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327 [10], у статті 4 якого вказано, що держава гарантує повну або часткову оплату згідно з тарифом покриття за рахунок коштів державного солідарного медичного стра-

хування, наданих застрахованим особам необхідних медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені державним гарантованим пакетом.

Одночасно було внесено зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 року та визначено поняття медичної послуги. Проаналізувавши прийнятий законопроект, можна зробити висновок про наявність двох груп правовідносин та двох рівнів договірного регулювання діяльності з надання медичних послуг. Перша група правовідносин виникає між центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів та особами (фізичними та юридичними), які беруть на себе зобов'язання надавати медичну допомогу (медичну послугу) безпосередньо фізичній особі (людині) [8, с. 5].

Такі правовідносини врегульовуються договором про медичне обслуговування населення, передбаченого у статті 10 проекту Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327. Договір про медичне обслуговування населення регулює і визначає умови та обсяг надання застрахованим особам медичних послуг та лікарських засобів, вимоги щодо якості, порядок оплати тарифу покриття за надані медичні послуги та лікарські засоби, права та обов'язки сторін, а також відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов такого договору, зокрема за порушення вимог щодо якості медичних послуг [8, с. 6].

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

Сьогодні на перший план виходять завдання з удосконалення способів оплати праці медичних працівників і всього механізму фінансування медичних установ. Необхідно створити економічну зацікавленість у 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 зі зміною системи фінансування (з уведенням медичного страхування, платних медичних

послуг). Первинний розвиток платних послуг в охороні здоров'я України розглядався чинником розширення прав споживача на вибір постачальника медичної послуги. За цих умов важливо, щоб якість послуг, що надаються, відповідала існуючим стандартам [1, с. 56].

Для ефективного підвищення якості та безпеки медичної допомоги в Україні необхідна розробка та послідовна реалізація державної стратегії якості медичного обслуговування. 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 призвели до того, що стаціонарна допомога виступає основним рівнем у системі охорони здоров'я населення. При цьому 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.

Із 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 у медичні асоціації, як це здійснюється в країнах Західної Європи. Контроль дотримання норм, стандартів, регламентів слід здійснювати страховим компаніям.

Водночас необхідно мати на увазі, що під час надання медичних послуг особлива роль має відводитися пацієнтові-споживачу цих послуг. При його індивідуальній оцінці якості медичних послуг, як правило, враховується не тільки професіоналізм медичного персоналу, використовувани 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 й індивідуальний підхід до пацієнта, а також багато іншого. Тому думка пацієнтів в оцінці якості медичних послуг може і повинна враховуватися

під час вирішення 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, воно спрямоване на відновлення втраченого здоров'я, лікування або істотне ослаблення захворювання. Під час вибору матеріально-речового блага (продукту) у споживача є значно більше варіантів попередньої оцінки його споживних характеристик; індивідуальної, прогнозу оцінки його потреб для придбання цього блага. Під час отримання медичної послуги така можливість значно скорочується. Людина прикріплена до поліклініки, ділянки, лікаря й 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.

Висновки. Поряд із запровадженням загальнообов'язкового медичного страхування необхідно зберегти масштаби бюджетного фінансування охорони здоров'я. Основна частина бюджетних коштів має спрямовуватись на медичне страхування непрацездатних, а також осіб із низькими доходами. Проте розвиток медичних закладів, зміцнення матеріальної бази також доцільно фінансувати за рахунок бюджетних коштів. Додатковими джерелами покриття цих видатків можуть стати надходження від оподаткування ринкових благ, які негативно впливають на стан здоров'я людини (акцизи на алкогольні напої й тютюнові вироби, снеки, енергетичні напої), екологічні платежі та ін. [4, с. 202].

Важливим пріоритетом медичної реформи в Україні має також стати формування конкурент-

них умов діяльності медичних закладів, регулювання вартості медичних послуг та підвищення якості медичного обслуговування населення. Обсяги фінансування закладів охорони здоров'я повинні залежати від кількості пацієнтів й обсягу наданих їм медичних послуг. Із цією метою мають бути розроблені єдині тарифи на оплату медичних послуг, що усуватиме цінову конкуренцію між лікарями, однак стимулюватиме їх до збільшення кількісних і якісних показників роботи. Доцільність такого цінового регулювання широко обґрунтована у наукових колах [11; 12], а його ефективність доведена практикою проведення реформи охорони здоров'я у провідних розвинутих країнах світу [4, с. 203].

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 під час надання медичних послуг, орієнтація на споживача, що в підсумку, дасть змогу підняти рівень медичних установ до європейських стандартів [1, с. 58].

Міжнародний досвід переконливо свідчить, що ефективна система, яка здатна використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, може забезпечити ефективне медичне обслуговування на засадах солідарності, справедливості та громадської співучасті, захистити населення від катастрофічних наслідків захворювань, гарантувати прозорість і відповідальність за вжиті або нежиті заходи, оперативніше реагувати на потреби та очікування населення. Для цього потрібно забезпечити тісніший зв'язок здоров'я населення із розвитком національної економіки та підвищенням добробуту громадян.

Список літератури:

1. Дубінський С. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. Європейський вектор економічного розвитку. 2016. № 1 (20). С. 51–59.
2. Горін В. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки. Наукові записки. Серія «Економіка». Острог: В-во НУ «Острозька академія», 2013. Вип. 23. С. 216–221.
3. Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2012 році. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdn/sns/arh_sns.html
4. Горін В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у зарубіжних державах: висновки для України. Світ фінансів. 2014. № 1. С. 195–204.
5. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Відомості із сайту MOZ. 2015. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>

6. Проект програми економічних реформ в Україні на 2010–2014 рр., реформа медичного обслуговування. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/128/2013>.
7. Статистичний щорічник. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
8. Блащук Т. Договір про надання медичних послуг (медичного обслуговування) в умовах реформи медичної галузі. Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право». 2017. № 2(16). URL: <http://lj.oa.edu.ua/articles/2017/n2/17btvrmh.pdf>.
9. Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>
10. Проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH4VR00A.html.
11. Тулай О. Фінансове забезпечення охорони репродуктивного здоров'я в умовах трансформаційної економічної системи: дис...канд. екон. наук: 08.04.01. Тернопіль, ТНЕУ, 2005. 208 с.
12. Методика визначення вартості медичних послуг / Р. Богатирьова, О. Толстанов, В. Дуда та ін. Український медичний часопис. 2013. Вип. 5(97)–IX/X. URL: <http://www.umj.com.ua/article/67247/metodika-viznachennya-vartostimedichnix-poslug>.

ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА УСЛУГ В МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ УКРАИНЫ

В статье рассмотрены особенности проведения реформ в медицинской отрасли Украины. Отмечено, что модернизация здравоохранения невозможна без ее инновационного обеспечения. Несмотря на то, что в вопросах инновационной деятельности в сфере оказания медицинских услуг являются исследования и научные разработки, проблемы научного обоснования и разработки методических подходов к управлению инновационным обеспечением улучшения качества медицинских услуг, повышение эффективности деятельности и конкурентоспособности медицинских учреждений рассмотрено пока недостаточно. Определены преимущества и недостатки от проведенных реформ и приведены рекомендации по совершенствованию медицинской отрасли в современных условиях. Исследовано состояние предоставления качества медицинских услуг населению и проанализированы факторы, которые принципиально препятствуют повышению уровня медицинских услуг и рассмотрены стратегии их развития.

Ключевые слова: проблемы, система, здравоохранение, качество, качество медицинских услуг, реформы.

PROVIDING QUALITY OF SERVICES IN THE MEDICAL INDUSTRY OF UKRAINE

The article deals with the peculiarities of reforms in the medical sector of Ukraine. It is noted that modernization of health care is impossible without its innovative support. Despite the fact that in the area of innovation in the field of medical services there are research and scientific developments, the problems of scientific substantiation and development of methodological approaches to the management of innovative provision of improving the quality of medical services, improving the efficiency of activities and competitiveness of medical institutions are still not considered sufficiently. Significant advantages and disadvantages of the reforms carried out and recommendations for the improvement of the medical industry in modern conditions. The state of the quality of medical services for the population is studied and factors that fundamentally hinder the increase of the level of medical services and the strategies of their development are considered.

Key words: problems, system, health care, quality, quality of medical services, reforms.