

ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНОГО МЕХАНІЗМУ

Надія МАЧУГА

ЧИСЛОВА ОЦІНКА ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Проведено аналіз правових засад функціонування страхової медицини. Обґрунтовано необхідність реформування існуючої системи охорони здоров'я. Запропоновано матрицю критеріїв оцінювання якості надання медичних послуг.

Ключові слова: *страхова медицина, якість медичних послуг, матриця оцінювання якості лікувальних послуг.*

Прагнення України інтегруватись в Європейське співтовариство сприяє реформуванню діяльності соціальної сфери, в тому числі й охорони здоров'я. Причина криється у невідповідності існуючого рівня медичних послуг встановленим вимогам щодо вказаних послуг в умовах ринку. Відсутність належного фінансування сфери охорони здоров'я, механізму впливу на якість медичної допомоги та управління цим процесом дає підстави стверджувати про необхідність переходу від діючої бюджетної системи охорони здоров'я до змішаної системи фінансування, яка включатиме медичне страхування. Значну увагу в контексті цього процесу *необхідно приділити* математичній оцінці якості медичних послуг.

Інтерес до тематики оцінки якості медичних послуг виявляли як *вітчизняні*, так і *зарубіжні* науковці, зокрема О. Виноградов, Ю. Гусєв, К. Карпенко, З. Надюк, А. Литвак, М. Мних, Т. Стецюк, О. Пруцька, Т. Камінська та інші. Зазначені автори досліджували можливість запровадження страхової медицини та забезпечення фінансових основ формування системи охорони здоров'я на основі страхової медицини, а також функції медичного страхування в перехідній економіці. Вчені не виробили єдиної думки щодо запровадження страхової медицини та не виокремлюють якість медичних послуг як обов'язкову умову її функціонування.

Водночас недостатньо досліджено адміністративно-правові засади функціонування страхової медицини і не має єдиного підходу до визначення числового значення якості медичних послуг.

Метою статті є аналіз адміністративно-правових засад функціонування страхової медицини та визначення числового значення якості медичних послуг.

Роботу служб охорони здоров'я, організаційно-правової структури управління ними потрібно аналізувати з точки зору особливостей функціонування окремих об'єктів, кадрового забезпечення та форм власності. Однак, на нашу думку, при цьому особливу увагу слід звернути на такі елементи управління економікою, як прогнозування і планування. Зокрема, при переході від директивного до рекомендаційного планування

змінилася його суть, параметри і методи. Важливим для управління охорони здоров'я є: збалансований розрахунок її потреб у фінансових ресурсах; визначення очікуваних доходів; створення механізму ефективного функціонування служб зокрема і системи охорони здоров'я загалом.

Зазначене дає підстави стверджувати про необхідність реформування галузі, оскільки суто бюджетне фінансування та командно-адміністративне керівництво галуззю, по-перше, неефективне і, по-друге, в умовах функціонування ринкових відносин в економіці держави не можливе. Водночас реформування діючої системи охорони здоров'я має проходити поетапно з вирішенням комплексу питань.

Однією з найважливіших проблем охорони здоров'я є її фінансування. Сьогодні існує чотири можливі форми функціонування системи охорони здоров'я: державна, приватна, страхова і змішана. В Україні можливе повноцінне функціонування всіх згаданих варіантів, які так чи інакше пов'язані з джерелами фінансування. Разом з тим, основні завдання економіки охорони здоров'я полягають у: пошуку альтернативних джерел фінансування галузі; розробці національних програм її розвитку; ефективному використанні наявних засобів.

В центрі уваги економіки охорони здоров'я має бути процес переходу від державно-бюджетного фінансування до бюджетно-страхового. Основне завдання науки полягає у виробленні рекомендацій з мінімізації негативних сторін цього процесу. Джерелами фінансування галузі при цьому можуть бути як кошти бюджетів усіх рівнів, так і інші надходження.

Забезпечення якості медичних послуг є предметом діяльності багатьох інституцій охорони здоров'я як на загальнодержавному рівні, так і на обласному та районних рівнях.

Регулювання діяльності держави у сфері охорони здоров'я здійснюється у напрямках: покращення стану здоров'я суспільства; забезпечення прозорого та рівного доступу всіх громадян до надання першої медичної допомоги, фінансованої з державного бюджету; покращення якості медичних послуг; забезпечення фінансової рівноваги в існуючій системі охорони здоров'я; розвиток сучасного та конкурентного сектору медицини.

Реалізація вищезазначених цілей можлива в межах встановленого законодавчого поля. Це також стосується і якості медичних послуг.

Заяви урядовців про готовність України до переходу на загальнообов'язкове медичне страхування мають більш декларативний характер. Проте підкреслюється, що "...передбачається введення закону про загальнообов'язкове державне медичне страхування як третій етап реформування галузі, яке зараз знаходиться на початковому етапі. Навіть якщо закон прийняти сьогодні, то це не означатиме, що завтра він буде виконуватися. Адже перед тим потрібно провести величезну роботу для того, щоб створити всі необхідні передумови для його функціонування" [1].

Перед подальшим реформуванням галузі, яке є неминучим, необхідно розробити повний пакет правового забезпечення функціонування загальнообов'язкового медичного страхування. Проект Закону України "Про загальнообов'язкове державне медичне страхування" у четвертому пункті пояснювальної записки, що стосується нормативно-правової бази у цій сфері правового регулювання, базується на Конституції України, "Основах законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування", Законі України "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання,

які спричинили втрату працездатності”, Законі України “Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов’язкове державне соціальне страхування” [2]. Згадані нормативно-правові акти в процесі їх застосування щоразу доводили власну недосконалість чи невідповідність вимогам часу, підтвердженням цьому є неодноразові поправки до законодавства.

Виникає запитання стосовно ефективності функціонування майбутньої системи загальнообов’язкового медичного страхування. Відсутність досконалої правової бази доповнюється проблемою відсутності механізму контролю за обсягом надання медичних послуг та унеможливленням зловживань, пов’язаних із малозабезпеченими верствами населення.

Світова практика існування страхової медицини демонструє можливість оцінки якості наданих медичних послуг пацієнтам та кваліфікації медичного персоналу. Останній аргумент в Україні потребує кардинального перегляду. Інакше кажучи, відповідно до Наказу МОЗ України від 28. 04. 2009 р. № 283 “Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги” підвищення кваліфікації лікарів з фаху “Медицина невідкладних станів”, фельдшерів (медичних сестер) станцій швидкої медичної допомоги має відбуватися не рідше рази на п’ять років, а проходження медичними працівниками циклів тематичного удосконалення, курсів інформації та стажування з питань екстреної та невідкладної медичної допомоги – не рідше рази на три роки [3].

Такий підхід до підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників може стати на заваді наданню якісних послуг, оскільки нові форми захворювань у країні, як і в світі, з’являються частіше, ніж регламентований період перепідготовки кадрів. Міністерство охорони здоров’я України оприлюднило дані, за якими майже 8 тис. лікарів не пройшли переатестації. В європейській спільноті це автоматично означало би позбавлення права провадити медичну практику. Проте ніхто із зазначених осіб не був усуненим від виконання обов’язків. Цей факт сам по собі свідчить про відсутність налагодженого впливу на медичних працівників при вирішенні згаданого питання. На сьогодні діє 15 статей Кримінального кодексу України, за якими можна притягнути лікарів до відповідальності, проте це радше винятки, ніж правила. Навіть за умов доведення вини медичних працівників ніхто з них не поніс відповідного покарання та не був позбавлений права займатися медичною практикою. Варто зазначити, що нещодавно була створена Асоціація лікарів, яка має за мету:

- розробку і подання на розгляд органам законодавчої та виконавчої влади пропозицій щодо вдосконалення системи охорони здоров’я та медичної допомоги населенню;
- вирішення професійних, соціальних, правових питань діяльності членів асоціації;
- проведення атестації на затвердження лікарської категорії;
- узагальнення передового досвіду роботи практикуючих лікарів і новаторів у боротьбі з хворобами;
- сприяння розробці навчальних планів і програм викладання медичних дисциплін у вищих навчальних закладах I–IV рівнів акредитації [4].

Створенню лікарського об’єднання сприяла відсутність якісних медичних послуг. У світі асоціації лікарів дійсно є впливовими організаціями, які захищають як права пацієнтів, так і відстоюють права лікарів. Не сформований ринок медичних послуг України, відсутність чесної конкуренції, використання правил професійної етики, механізму забезпечення прозорості роботи асоціації (через можливість здійснення паралельного медичного аудиту та усвідомлення відповідальності перед законом)

ставлять під сумнів доцільність існування такого органу. Швидше йдеться про утворення чергової ланки сприяння видачі сертифікатів та ліцензій та відстоювання репутації колег.

Враховуючи наведені факти та декларативність у законопроектах та наказах якості медичних послуг, на практиці необхідно забезпечити реалізацію задекларованих юридичних основ, дотримання яких дало б змогу піднести на вищий рівень існуючу систему охорони здоров'я та сприяти її реформуванню.

Відповідно до Наказу МОЗ "Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги" від 26. 03. 2009 р. якістю медичної допомоги вважають належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в цьому суспільстві і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність. Цим документом задекларовано, що управління якістю є скоординованою діяльністю, яка полягає у спрямуванні та контролюванні системи охорони здоров'я на всіх рівнях щодо якості медичної допомоги [5].

Кількісна оцінка якості наданих медичних послуг має сформуватись на основі критеріїв, які є найбільш значущими, а також визначити їхню вагу в загальній оцінці. Для зручності аналізу і подальшого рангування критерії оцінки якості медичних послуг можна представити у вигляді матриці (табл. 1). Наведені критерії поділено на п'ять груп за ознаками схожості й спрямованості:

1) критерії професійні – визначають здатність лікаря (медичного персоналу, що проводить лікування) надавати адекватну медичну допомогу та підтверджують рівень його кваліфікації. Числова оцінка зазначеної групи має проводитися фахівцями в цій галузі;

2) критерії доступності медичних послуг – група, що характеризує легкість і простоту "доступу" пацієнтів до отримання необхідних медичних послуг. Оцінювання цих критеріїв має проводитися працівниками лікувального закладу;

3) критерії обслуговування – критерії, які визначають рівень обслуговування пацієнтів. Оцінка цих критеріїв має надаватися безпосередньо самими пацієнтами під час або ж безпосередньо після отримання медичних послуг;

4) критерії комунікативні – група, що характеризує, як правило, аспекти ознайомлення з лікувальним закладом, обраними методиками лікування, комунікабельністю медичних працівників тощо. Оцінка наведених критеріїв проводиться пацієнтами;

5) критерії престижності лікувального закладу – формують імідж закладу, рівень його визнання серед інших установ аналогічного профілю, є доказом інноваційності та сучасності лікарні (поліклініки). Визначаються працівниками лікувального закладу, оскільки лише вони володіють вказаною інформацією.

У табл. 1 у різних групах наведено різну кількість критеріїв. За необхідності їх можна збільшувати або навпаки, зменшувати, враховувати специфічні вимоги і аспекти діяльності лікувального закладу, особливості надання певних видів медичної допомоги. Для оцінки якості надання медичних послуг їх можна використовувати комплексно або вибірково.

Першим етапом отримання числової оцінки якості надання медичних послуг є проведення ранжування наведених у табл. 1 критеріїв. Причому в цьому разі потрібно визначати як ранг окремого критерію в середині групи, так і самої групи критеріїв загалом.

Таблиця 1

Матриця критеріїв оцінювання якості надання медичних послуг

1. Критерії професійні (лікаря)	2. Критерії доступності медичних послуг	3. Критерії обслуговування	4. Критерії комунікативні	5. Критерії престижності лікувального закладу
1.1. Рівень кваліфікації	2.1. Можливість вибору лікаря	3.1. Відсутність черг на прийом до лікаря, здачу аналізів	4.1. Приязне ставлення з боку медперсоналу	5.1. Престиж лікувального закладу
1.2. Практичний досвід	2.2. Зручна локалізація приймального відділення	3.2. Можливість попереднього запису на прийом і лабораторне дослідження	4.2. Знання кількох мов	5.2. Зовнішній вигляд лікувального закладу
1.3. Здатність адекватно реагувати в екстремальних ситуаціях	2.3. Належне діагностування медперсоналом своїх пацієнтів незалежно від попереднього діагнозу	3.3. Забезпеченість відділень засобами зв'язку	4.3. Готовність медперсоналу до надання меддопомоги	5.3. Наявність нагород, визнань
1.4. Вміння правильно обрати методику лікування	2.4. Можливість виклику лікаря на консультацію додому	3.4. Швидкість обслуговування пацієнта	4.4. Вміння надати інформацію в повному обсязі	5.4. Обсяг спектру надання послуг
1.5. Професійна етика		3.5. Можливість отримання консультації різнопрофільних фахівців	4.5. Наявність веб-ресурсу у лікувального закладу	5.5. Забезпеченість сучасним мед-обладнанням
1.6. Рівень особистої культури		3.6. Задоволеність очікувань пацієнта	4.6. Наявність зворотного зв'язку між пацієнтами та медичним закладом	
1.7. Розуміння потреб пацієнтів		3.7. Повнота поінформованості клієнта	4.7. Наявність місця для паркування	
1.8. Мінімізація ризику для клієнта				

На основі аналізу наукової літератури, публікацій, а також практичного досвіду сформовано матрицю вагових коефіцієнтів запропонованих критеріїв:

1.	2.	3.	4.	5.
50%	20%	10%	10%	10%
1.1. – 40%	2.1. – 50%	3.1. – 20%	4.1. – 20%	5.1. – 25%
1.2. – 30%	2.2. – 10%	3.2. – 20%	4.2. – 10%	5.2. – 15%
1.3. – 5%	2.3. – 20%	3.3. – 10%	4.3. – 20%	5.3. – 20%
1.4. – 5%	2.4. – 20%	3.4. – 20%	4.4. – 20%	5.4. – 15%
1.5. – 4%		3.5. – 10%	4.5. – 15%	5.5. – 25%
1.6. – 5%		3.6. – 10%	4.6. – 10%	
1.7. – 6%		3.7. – 10%	4.7. – 5%	
1.8. – 5%				

(1)

У наведеній матриці (1) вагових коефіцієнтів критеріїв (рангів) використовується $i=5$ груп, а в межах групи j критеріїв (відповідно 8, 4, 7, 7 і 5). Зазначимо, що при присвоєнні вагових коефіцієнтів M_i та $M_{i,j}$ потрібно дотримуватися рівностей:

$$\sum_{i=1}^n M_i = 100\%, \quad \sum_{j=1}^{m_i} M_{i,j} = 100\%, \quad (2)$$

де i – номер групи критеріїв;
 j – номер критерію в межах групи;
 n – кількість груп критеріїв;
 m_i – кількість критеріїв у межах i -ої групи.

Якщо потрібно змінити кількість груп критеріїв або самих критеріїв у межах групи, відповідно потрібно змінити і вагові коефіцієнти M_i та $M_{i,j}$ для збереження рівнянь (2).

Наступним етапом отримання числової оцінки якості медичних послуг є присвоєння кожному критерію власної оцінки K за певною шкалою. Найбільш оптимальна для застосування і подальшої математичної обробки десятибальна шкала. Максимальне значення “10” за цією шкалою присвоюється критеріям, які повністю виконуються/забезпечуються лікувальним закладом, а мінімальне значення “0” – тоді, коли критерій не дотримується.

Присвоєння числових оцінок критеріям, а також визначення їх вагових коефіцієнтів найбільш доцільно проводити за допомогою методу експертних оцінок. Роль експертів у цьому разі можуть виконувати різні групи людей залежно від самих критеріїв, що оцінюються:

- медичні працівники, персонал з обслуговування безпосередньо лікувального закладу, який проводить лікування;
- медичні працівники, персонал з обслуговування споріднених лікувальних закладів, спеціально запрошені для незалежного оцінювання;
- безпосередньо пацієнти лікувального закладу;
- сторонні особи-фахівці в галузі функціонування медичних закладів.

Визначення числової оцінки групи критеріїв необхідно проводити з врахуванням оцінок $K_{i,j}$ у межах групи і їх вагових коефіцієнтів $M_{i,j}$, використовуючи при цьому формулу:

$$K_i = \sum_{j=1}^{m_i} (K_{i,j} \cdot M_{i,j}). \quad (3)$$

Розрахувавши за формулою (3) числову оцінку кожної групи критеріїв, можна визначити загальну якість Q надання медичних послуг. При цьому слід користуватися залежністю:

$$Q = \sum_{i=1}^n \left(\frac{K_i}{10} \cdot M_i \right), \quad (4)$$

або з урахуванням формули (3):

$$Q = \sum_{i=1}^n \left(\frac{\sum_{j=1}^{m_i} (K_{i,j} \cdot M_{i,j})}{10} \cdot M_i \right). \quad (5)$$

Використання формули (5) при великій кількості критеріїв (наприклад, тих, які

запропоновано в табл. 1) передбачає виконання одноманітних повторюваних розрахунків. Спрощення зазначених математичних операцій можна досягнути за рахунок використання як спеціалізованих, так і стандартних математичних програм. Найбільш оптимальним у такому разі є використання стандартного табличного редактора Microsoft Excel.

Зазначимо також, що розраховане значення Q якості медичних послуг при обраних межах вагових коефіцієнтів M_i та $M_{i,j}$ і десятибальній шкалі оцінювання завжди задовольнятиме нерівності:

$$0 \leq Q \leq 1 \text{ або } 0 \leq Q \leq 100\% . \quad (6)$$

Враховуючи наведені вище формули від (2) до (6), можна записати узагальнену математичну модель для визначення якості надання медичних послуг:

$$\left\{ \begin{array}{l} Q = \sum_{i=1}^n \left(\frac{K_i}{10} \cdot M_i \right) = \sum_{i=1}^n \left(\frac{\sum_{j=1}^{m_i} (K_{i,j} \cdot M_{i,j})}{10} \cdot M_i \right) \\ \sum_{i=1}^n M_i = 100\%; \\ \sum_{j=1}^{m_i} M_{i,j} = 100\%; \\ 0 \leq Q \leq 1, 0 \leq Q \leq 100\%, \end{array} \right. \quad (7)$$

де Q – якість надання медичних послуг;

$K_i, K_{i,j}$ – числові оцінки групи критеріїв і критеріїв у групі відповідно;

$M_i, M_{i,j}$ – вагові коефіцієнти групи критеріїв і критеріїв у межах групи відповідно.

Проведемо ілюстрацію визначення якості медичних послуг, обравши довільне значення оцінок обраних критеріїв.

Числові значення оцінок критеріїв у межах групи зображено у вигляді матриці:

$$\left(\begin{array}{c|c|c|c|c} 1. & 2. & 3. & 4. & 5. \\ \hline 1.1.-9 & 2.1.-7 & 3.1.-6 & 4.1.-9 & 5.1.-8 \\ 1.2.-9 & 2.2.-6 & 3.2.-6 & 4.2.-5 & 5.2.-7 \\ 1.3.-8 & 2.3.-9 & 3.3.-8 & 4.3.-9 & 5.3.-5 \\ 1.4.-10 & 2.4.-6 & 3.4.-7 & 4.4.-8 & 5.4.-9 \\ 1.5.-10 & & 3.5.-7 & 4.5.-4 & 5.5.-7 \\ 1.6.-9 & & 3.6.-7 & 4.6.-7 & \\ 1.7.-9 & & 3.7.-7 & 4.7.-4 & \\ 1.8.-9 & & & & \end{array} \right) \quad (8)$$

З урахуванням вихідних даних у формі матриць вагових коефіцієнтів (1) і числових значень критеріїв у межах групи (8) в редакторі MS Excel розроблена таблиця, яка дає змогу автоматизувати процес розрахунку якості надання медичних послуг за математичною моделлю (7).

На підставі аналізу наукової літератури [6, с. 120–121] пропонуємо таку шкалу лінгвістичної оцінки отриманого числового значення якості:

- $Q > 90$ – відмінна;
- $85 \leq Q < 90$ – дуже добра;
- $80 \leq Q < 85$ – добра;
- $75 \leq Q < 80$ – прийнятна (достатня);
- $Q < 75$ – недостатня.

Значення з цього діапазону потребує негайного реагування, спрямованого на пошук причин низької якості та можливості її підвищення.

Підсумовуючи наведене вище, можна запропонувати узагальнену методику розрахунку якості надання медичних послуг:

- 1) встановлення критеріїв для оцінки якості надання медичних послуг та їх поділ на групи за ознакою спорідненості;
- 2) проведення ранжування критеріїв (присвоєння вагових коефіцієнтів) у межах групи і самих груп загалом. Ранжування необхідно проводити з дотриманням рівностей (2);
- 3) надання критеріям числових оцінок за десятибальною шкалою. Присвоєння критеріям оцінок, а також і вагових коефіцієнтів, що здійснюється за допомогою методу експертних оцінок;
- 4) визначення числових оцінок груп критеріїв на підставі залежності (3);
- 5) розрахунок якості надання медичних послуг за формулою (4);
- 6) проведення аналізу отриманого розрахункового значення, формулювання висновків та можливих організаційних кроків для його підвищення.

Запропонована математична модель розрахунку якості медичних послуг дасть змогу лікувальним закладам на підставі налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами розрахувати діапазон якості наданих медичних послуг.

Серед зовнішніх методик забезпечення високої якості медичних послуг акредитація є найбільш поширеною в світі методикою та найбільш ефективною. Її роль полягає у пошуку в сучасних системах охорони здоров'я проблем, що найбільше впливають (можуть впливати) на безпеку пацієнтів. У цьому аспекті в світі напрацьовані критерії вимірювання оцінок закладів охорони здоров'я, тобто акредитаційні стандарти. Ці стандарти в світовій практиці мають характер динамічний, підлягають певній модифікації залежно від швидкості отримання бажаного результату.

Найцікавішим елементом системи акредитації є те, що окремо взята лікарня може провести самооцінювання через порівняння зі збірцями найкращих ефектів у галузі, які зазначаються в стандартах акредитації. Визначення в такий спосіб слабких сторін має сприяти виправленню прогалин всередині лікувального закладу.

Система управління якістю шукає та дає можливість контролювати інфраструктуру, проведення закупівлі, потребуючи створення технічно-організаційних і економічних умов для постійного вдосконалення. Істотним є запобігання невідповідностям у прийнятих процедурах та існуючих інструкціях. Норма ISO 9001: 2000 вимагає від працівників не лише ефективного впровадження і підтримки системи ефективного управління, а і її постійного вдосконалення. Акредитація та ISO для закладів охорони здоров'я є підтвердженням якості наданих медичних послуг.

Одним із пріоритетів державної соціальної політики в Україні є забезпечення належного рівня охорони здоров'я населення та надання необхідних медичних послуг високої якості.

Враховуючи вищевикладене, доходимо *таких висновків*. Щоб гарантувати задекларовані державою засади щодо медичного забезпечення, необхідно:

- 1) реформувати існуючу галузь охорони здоров'я;
- 2) запровадити систему загальнообов'язкового медичного страхування;
- 3) акцентувати увагу на важливості основних компонентів організаційно-економічного механізму регулювання і надання якісних медичних послуг: професійній компетентності працівників, їх орієнтації на пацієнтів; доступності, неперервності, безпечності послуг та результативності; профілактичній спрямованості послуг; мотивації медичних працівників; науково-технічному рівні медичного обслуговування, зручності послуг; акредитації та ліцензуванні медичних закладів; стандартизації надання медичної допомоги;
- 4) удосконалити механізми державного регулювання розвитку приватного сектору охорони здоров'я України, що потребує: забезпечення нормативно-правовою базою і формування єдиного медичного простору лікувальних закладів; запровадження процедур сприяння розвитку приватного сектору; розробки і впровадження світових стандартів медичних послуг; створення чесної конкуренції на ринку високоякісних медичних послуг;
- 5) числову оцінку якості медичних послуг формувати на основі критеріїв, які є найбільш значущими, та визначати їхню вагу в загальній оцінці;
- 6) ввести обов'язкову контрактну форму найму медичних працівників на роботу;
- 7) забезпечити на законодавчому рівні можливості втрати медичними працівниками ліцензії та позбавлення права займатися лікарською практикою за умов доведення їх вини.

Подальші дослідження необхідно проводити у напрямі вдосконалення існуючої системи управління галуззю, зокрема створення моделі проякісних медичних послуг.

Література

1. Богатирьова Р. Страхова медицина – це вже третій етап медичної реформи, яку ми тільки розпочали [Електронний ресурс] / Р. Богатирьова. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20130326_6.html. – Заголовок з екрана.
2. Про загальнообов'язкове державне медичне страхування : Проект Закону України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/156076>. – Заголовок з екрана.
3. Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 283 від 28. 04. 2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090428_283.html. – Заголовок з екрана.
4. Скрипник О. Лікарі об'єднуються. Для чого? [Електронний ресурс] / О. Скрипник. – Режим доступу : <http://gazeta.dt.ua/HEALTH/likari-ob-yednuyutsya-dlya-chogo-.html>. – Заголовок з екрана.
5. Про порядок контролю і управління якістю медичної допомоги : Наказ МОЗ від 26. 03. 2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://dokument.ua/pro-porjadok-kontrolyu-i-taupravlinnja-jakisty-medichnoyi-do-doc3750.html>. – Заголовок з екрана.
6. Про затвердження форми подання відомостей за результатами моніторингу стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів

- охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та області : Наказ МОЗ № 54 від 21. 01. 2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/MOZ10747.html. – Заголовок з екрана.
7. Стадник Г. Лікарняні каси як проміжний етап страхової медицини [Електронний ресурс] / Г. Стадник. – Режим доступу : <http://www.pravda.com.ua/inozmi/deutsche-welle/2013/03/22/6986200/>. – Заголовок з екрана.
8. Ярош Н. П. Система управління якістю в охороні здоров'я [Електронний ресурс] / Н. П. Ярош. – Режим доступу : http://www.uiph.kiev.ua/uploads/docs/presentation/yarosh_upravlinnya_yakistyu.pdf. – Заголовок з екрана.
9. Krzyżanowska M. CIT – metoda badania jakości usług / M. Krzyżanowska, R. Wajdner // Problemy Jakości. – 2000. – N11.
10. Stoma M. Modele i metody pomiaru jakości usług / M. Stoma. – Lublin, 2012.

Редакція отримала матеріал 15 травня 2013 р.