

# ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ КАЧЕСТВО СТРУКТУРЫ, И ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ИХ ВЛИЯНИЯ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (на примере гастроэнтерологической службы Армении)

Г.М.Мириджанян

Национальный институт здравоохранения им. акад. С.Авдалбекяна Министерства здравоохранения  
Республики Армения, г. Ереван, Республика Армения

*Цель: изучить мнение врачей-специалистов о степени влияния качества структуры на качество оказания медицинской помощи (МП) на основе фактических данных.*

*Работа основана на анализе официальных данных, характеризующих качество структуры гастроэнтерологической службы 19 медицинских центров (МЦ) Армении, и опроса 113 врачей.*

*Показана высокая вариабельность финансирования МЦ и направления финансовых потоков, недостаточная и неравнозначная материально-техническая и кадровая обеспеченность, в частности, в регионах. В целом, преобладают средние оценки степени влияния показателей качества структуры на оказание медицинской помощи. Высоко и очень высоко оценена степень влияния рабочей нагрузки, квалификации, социальной защищенности, организации.*

*Оценка фактических данных, а также анализ результатов опроса врачей выявили ряд проблем, определяющих качество оказания медицинской помощи и требующих принятия конкретных мер.*

*Ключевые слова: финансирование; материально-техническая и кадровая обеспеченность; качество медицинской помощи; степень влияния.*

## Введение

Решением проблемы оказания надлежащей медицинской помощи (НМП) и повышения качества медицинской помощи (КМП) может стать, по мнению ряда авторов, четкий административный учет [1]; введение тарифных ставок при условии развития системы стандартизации в здравоохранении [2]; совместное принятие решений в отношении соответствующей цели, ведущей к более индивидуализированной помощи [3]; более эффективная политика, направленная на использование ресурсов здравоохранения [4]; четкое выполнение стандарта и проведение специальных исследований для выявления причин невыполнения НМП [5]. Чтобы улучшить управление КМП в гастроэнтерологии, в Израиле создана интегрированная система (IGS), которая эффективна с точки зрения как повышения КМП, так и в экономическом плане [6].

Выводы авторов приведенных выше работ основаны на изучении качества процесса при соответствующем качестве структуры (КС) и выполнении стандартов оказания НМП.

Особое место в оценке КМП принадлежит социологическим опросам пациентов как одному из наиболее показательных методов оценки [7–9]. На оценку КМП влияет встреча с врачом, уверенность в плане лечения, четкое информирование, возможность выяснить важные вопросы и при-

знание потребностей [10]. КМП рассматривается также как детерминанта качества жизни пациента, связанного со здоровьем [11].

Наряду с мнением пациентов, не менее важно мнение врачей, которые способны оценить влияние различных факторов на оказание НМП. Как отмечают Ю.Е.Демидчик и соавт. [12], в здравоохранении Республики Беларусь в управлении КМП главенствует бюрократическая модель, то есть этим процессом занимаются администрация и руководство лечебно-профилактических подразделений, и в использовании этой модели не участвуют рядовые медицинские работники. Авторы провели социологический опрос среди врачей разных специальностей по оценке степени влияния качества структуры и качества процесса на КМП, изучили их мнение о причинах, стимулирующих повышение КМП, что позволило сделать вывод о том, что среди причин, стимулирующих повышение КМП, преобладают структурные факторы.

Указанная работа явилась предпосылкой для настоящего исследования, которое мы начали с изучения ряда показателей качества структуры гастроэнтерологической службы в регионах Армении. Выбор обусловлен неуклонным ростом общей и первичной заболеваемости, структурой и распространенностью данных заболеваний [13], также учитывался факт отсутствия в Армении подобных исследований.

**Цель работы** – изучить мнение врачей-специалистов о степени влияния качества структуры (КС) на качество оказания медицинской помощи (МП) на основе фактических показателей.

**Материал и метод**

Работа основана на официальных данных из медицинских центров (МЦ) за 2014 г. и опросе врачей, давших информированное согласие на его проведение. Исследованием охвачено 19 МЦ (4 – из Еревана и 15 – из 10 регионов Армении). Критерий включения – объединенные (стационар и поликлиника) МЦ, многопрофильность, бюджетное финансирование. Опрос проводился на основе апробированной анкеты белорусских исследователей [12]. Вопросы модифицированы в соответствии с целью настоящего исследования, тип опроса – полуструктурированное интервью. В опросе участвовали 113 врачей (37 – из Еревана, 76 – из регионов). Фактические данные за 2014 г. представлены в среднем значении, для определения вариабельности использованы стандартное отклонение (СО) и дисперсия (Д). Для выявления тенденции к той или иной оценке в выборке врачей использованы критерий согласия  $\chi^2$  Пирсона, относительный процент (ОП), коэффициент сопряжения (КС) [14].

**Результаты и обсуждение**

В 2014 г. финансирование МЦ складывалось из бюджетных средств (81,0%; СО=9,2081, Д=84,789), сооплаты (бюджет + пациент) (2,1%; СО=3,099, Д=9,607), спонсорских средств (1,7%; СО=3,11644, Д=9,712), полной оплаты пациентом оказанной медицинской помощи (15,2%; СО=23,529, Д=553,627). Финансовые средства рассчитаны на всю деятельность МЦ, направление финансовых потоков на ту или иную службу, в том числе на прямые и непрямые расходы, определяется администрацией МЦ. Расходы на гастроэнтерологическую службу приведены в табл. 1.

Основные финансовые средства в 2014 г. направлялись на зарплату медперсонала, в 9 МЦ – на развитие технологий (обеспечение лечебно-диагностическим оборудованием) и только в 1 МЦ – на приобретение лекарств.

В ходе исследования выявлена недостаточность и неравнозначность материально-технического и кадрового обеспечения на фоне распространенности заболеваемости (в 7 из 10 регионов Армении заболеваемость намного превышает таковую в Ереване, и только в двух она ниже). В 7 МЦ (36,8%) гастроэнтерологическая служба имеет достаточное обеспечение для оказания НМП, в 8 МЦ (42,1%) – обеспечение диагностической аппаратурой недостаточное, в 4 МЦ (21,0%) наблюдалось недостаточное обеспечение лечебно-диагностическим оборудованием. Недостаток современной диагностической аппаратуры отмечается в 12 МЦ, расположенных в регионах. Согласно штатному расписанию, в 17 МЦ (из них 15 МЦ из регионов) имеет место недостаток терапевтов-гастроэнтерологов и хирургов (среднее – 1,65, СО – 0,493), анестезиологов-реаниматологов (среднее – 2,21, СО – 0,406), диагностов (среднее – 2,25, СО – 0,463), среднего медперсонала (среднее – 2,41, СО – 0,436).

В числе врачей, давших согласие на опрос, 33 терапевта-гастроэнтеролога (36,3% – совместители) 33 хирурга (65,0% – совместители), 28 диагностов (40,0% – совместители), 14 анестезиологов-реаниматологов (21,1% – совместители), а также 13 смежных специалистов-консультантов (кардиологи, онкологи, проктологи, диетологи, инфекционисты). 78,8% совместителей – врачи из регионов.

Врачам было предложено оценить степень влияния обеспеченности лечебно-диагностическим оборудованием, рабочей нагрузки, квалификации врача, социальной защищенности на оказание медицинской помощи по месту их работы.

Таблица 1

**Распределение финансовых средств на прямые и непрямые расходы (в среднем по 19 МЦ в течение 2014 г.; в процентах)**

Показатели расходов	Минимум	Максимум	Среднее значение	Стандартное отклонение	Дисперсия
Прямые расходы, в том числе:					
зарплата медперсонала	3,00	92,00	62,1474	20,01314	400,526
развитие технологий	0,00	65,00	11,4667	20,63547	425,823
приобретение лекарств	14,21	14,21	14,2100		
Непрямые расходы, в том числе:					
вспомогательные службы	2,40	3,00	2,7000	0,42426	0,180
коммунальные расходы	0,07	16,00	4,8461	3,70801	13,749

При первичной обработке анкет была отмечена «независимость» оценок от специальности.

Оценка степени влияния обеспеченности лечебно-диагностическим оборудованием, рабочей нагрузки, квалификации и социальной защищенности врача на качество оказываемой медицинской помощи представлена в табл. 2

Степень влияния обеспеченности лечебно-диагностическим оборудованием оценена одинаково врачами Еревана и регионов при тенденции к низкой (45,1%) и средней (32,7%) оценке. Степень влияния рабочей нагрузки в ответах врачей из регионов оценена как высокая (53,9%) и очень высокая (32,9%). 59,2% врачей из регионов также высоко оценили степень влияния квалификации врача. Степени влияния социальной защищенности высокую оценку дают врачи из Еревана (70,2%), врачи из регионов оценили данный показатель значительно ниже, высокую оценку дали лишь 30,7% опрошенных.

В целом, в ответах отмечается тенденция к высокой оценке степени влияния роли самого врача, в связи с чем врачам было предложено оценить степень влияния качества структуры на качество диагностики, лечения, профилактики, реабилитации в процессе их деятельности. Оценки представлены в табл. 3.

Высокую и очень высокую оценку степени влияния на качество диагностики дали 47,3% врачей из регионов, среднюю – 39,4%, низкую – 10,5%, очень низкую – 2,6% врачей. Основная оценка врачей из Еревана – средняя (62,1%). Оценка степени влияния на лечение врачами из

регионов аналогична: высокую и очень высокую оценку дали 50,0%, среднюю – 40,4%, низкую – 9,6%, очень низкая оценка степени влияния данного фактора в ответах респондентов отсутствовала. 75,3% врачей из Еревана дали среднюю оценку. Оценки степени влияния на качество осуществляемых профилактических мероприятий распределились в процентном отношении равномерно, с незначительной тенденцией к средней и высокой оценке. Оценки степени влияния на качество реабилитации отличаются: врачи из Еревана оценили степень влияния данного фактора как высокую и очень высокую (78,3%), 51,3% врачей из регионов дали среднюю оценку и 40,7% – низкую. В целом, оценки распределены в «коридоре» низкая – высокая, с преобладанием средней оценки.

В заключение врачам было предложено оценить степень влияния организации работы и внутреннего контроля на процесс оказания медицинской помощи. Распределение ответов респондентов представлено в табл. 4.

Высокую и очень высокую оценку степени влияния организации работы на качество оказания МП дали врачи из регионов (56,5%), среднюю – 32,8%, низкую – 10,7%. Врачи, давшие высокую оценку, считают, что при многих недостатках качества структуры качественная организация деятельности обеспечивает оказание МП надлежащего качества. Роль контроля этими респондентами оценена низко и очень низко (35,5%) и средне (64,0%). Высоко и очень высоко оценили роль контроля только врачи из Еревана (32,4%).

Таблица 2

**Оценка врачами степени влияния фактических показателей качества структуры на качество оказываемой медицинской помощи**

Вопрос \ Степень влияния	Очень низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая
Степень влияния обеспеченности лечебно-диагностическим оборудованием	7 $\chi^2 = 1,138$ ОП = 1,180, КС = 0,109	51 $\chi^2 = 5,780$ ОП=8,734 КС= 0,239	37 $\chi^2 = 7,585$ ОП=7,638 КС= 0,272	12 $\chi^2 = 2,452$ ОП=2,446, КС= 0,159	6 $\chi^2 = 0,935$ ОП= 0,898, КС = 0,099
Степень влияния рабочей нагрузки	0	0	23 $\chi^2 = 1,100$ ОП = 1,107 КС = 0,108	48 $\chi^2 = 2,478$ ОП=2,596 КС= 0,160	42 $\chi^2 = 2,727$ ОП = 2,774 КС = 0,165
Степень влияния квалификации врача	0	2 $\chi^2$ не расщ.	43 $(\chi^2 = 2,515)$ ОП = 2,853 КС = 0,162	59 $\chi^2 = 3,052$ ОП = 3,441 КС = 0,176	9 $\chi^2 = 0,989$ ОП = 0,152 КС = 0,031
Степень влияния социальной защищенности	6 $\chi^2 = 0,923$ ОП = 0,917 КС = 0,099	25 $\chi^2 = 1,575$ ОП=1,595 КС = 0,128	13 $\chi^2 = 1,361$ ОП = 1,196 КС = 0,119	57 $\chi^2 = 5,681$ ОП=4,836 КС = 0,239	12 $\chi^2 = 3,470$ ОП = 3,692 КС = 0,189

Таблица 3

**Оценка врачами степени влияния качества структуры на качество оказания медицинской помощи в процессе их деятельности**

Вопрос \ Степень влияния	Очень низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая
Степень влияния на процесс диагностики	2 $\chi^2$ не рассч.	10 $\chi^2=2,086$ ОП=2,626 КС= 0,147	60 $\chi^2=2,027$ ОП = 2,036 КС = 0,146	37 $\chi^2=2,782$ ОП=2,842 КС= 0,169	4 $\chi^2 = 0,555$ ОП = 0,886 КС = 0,076
Степень влияния на процесс лечения	0	10 $\chi^2=2,378$ ОП=2,556 КС= 0,156	57 $\chi^2=4,875$ ОП = 4,960 КС = 0,221	37 $\chi^2=4,801$ ОП=4,960 КС= 0,221	9 $\chi^2 = 0,335$ ОП = 0,339 КС = 0,059
Степень влияния на качество профилактики	9 $\chi^2 = 0,458$ ОП = 0,434 КС = 0,069	19 $\chi^2 = 1,351$ ОП=1,472 К = 0,118	55 $\chi^2 = 2,288$ ОП = 2,313 КС = 0,153	26 $\chi^2=2,555$ ОП=2,886 КС= 0,176	4 $\chi^2$ не рассч.
Степень влияния на качество реабилитации	7 $\chi^2 = 0,425$ ОП = 0,484 КС = 0,067	31 $\chi^2 = 3,326$ ОП = 4,02 КС = 0,184	46 $\chi^2 = 5,985$ ОП = 4,575 КС = 0,243	20 $\chi^2 = 2,655$ ОП=2,221 КС=0,165	9 $\chi^2 = 1,800$ ОП = 1,947 КС = 0,198

Таблица 4

**Оценка степени влияния организации работы и внутреннего контроля на качество оказания медицинской помощи**

Вопрос \ Степень влияния	Очень низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая
Степень влияния организации работы на качество процесса	0	11 $\chi^2 = 2,674$ ОП= 2,691 КС= 0,166	59 $\chi^2 = 3,880$ ОП = 3,342 КС = 0,199	36 $\chi^2 = 2,612$ ОП=2,782 КС= 0,165	7 $\chi^2 = 1,291$ ОП = 1,230 КС = 0,116
Степень влияния внутреннего контроля на качество процесса	12 $\chi^2 = 2,030$ ОП = 3,250 КС = 0,145	27 $\chi^2=1,404$ ОП=1,317 КС= 0,121	63 $\chi^2 = 3,549$ ОП = 3,544 КС = 0,190	5 $\chi^2 = 2,030$ ОП=0,417 КС= 0,066	6 $\chi^2 = 1,795$ ОП = 1,484 КС = 0,135

В общем, преобладает средняя оценка степени влияния данного фактора.

Контроль КМП должен проводиться на основании стандартов [2, 5]. В Армении нет Национальных стандартов, в частности, оказания гастроэнтерологической помощи, дефекты оказания МП усугубляются отсутствием Национальных протоколов. Основной документ, используемый при оказании МП – Клинические рекомендации, которыми пользуются 88,2% (СО – 0,333, Д – 0,110) специалистов, что нельзя считать достаточным.

Проведенное в США еще в 2003 г. исследование, в рамках которого было оценено 439 качественных показателей, позволило установить, что взрослое население получает лишь около половины рекомендованной помощи [15]. Аналогичное исследование, проведенное ранее в двух боль-

ницах Лондона, выявило, что события, отрицательно влияющие на течение заболевания и последующие состояние и качество жизни пациента, произошли у 11% госпитализированных, 48% из них можно было предотвратить, 8% подобных событий привели к летальному исходу [16].

**Заключение**

Оценка фактических данных и результатов опроса врачей выявила ряд проблем. Высокая вариабельность финансирования МЦ, а также направления финансовых потоков – серьезное препятствие для сбалансированного развития качества структуры. «Развитие технологий» ограничивается приобретением лечебно-диагностического оборудования. Чтобы устранить недостатки оказания помощи, в различных странах все чаще обращаются к новым технологиям – системам поддержки принятия клинического решения. Доказано, что

применение подобных систем способствует улучшению качества врачебных назначений [17], уменьшению числа серьезных медицинских ошибок [18], увеличению объема профилактических вмешательств [19] и более строгому соблюдению рекомендованных стандартов оказания медицинской помощи [20].

Оценка врачей не может быть абстрактной, она исходит из конкретной обстановки. Недостаток кадров, способных обеспечить НМП пациентам с заболеваниями органов пищеварения, увеличивает рабочую нагрузку; отмена лицензирования физических лиц - врачей с 2002 г. привела к сбою системы усовершенствования (непрерывного профессионального развития) и снижению квалификации врача; социальная незащищенность (низкая зарплата, широкое использование административного ресурса администрацией ЛПУ, отсутствие Положения об информированном согласии пациента) – все вместе объясняет систему оценок, выставленных врачами по всем составляющим оказания НМП, и склонность врачей к «профессиональной модели».

Как заключают Ю.Е.Демидчик с соавт., необходим переход от «поиска виновных и их наказания к выявлению отклонений и причин их возникновения» [12, с.62].

Таким образом, для оказания пациентам медицинской помощи надлежащего качества необходимы:

- разработка системы финансирования исходя из заболеваемости, обращаемости, оборота и спектра оказания МП;
- стандартизация, разработка и внедрение Национальных протоколов;
- пересмотр кадровой политики в плане целевой подготовки кадров по госзаказу для работы в регионах;
- внедрение современных медицинских технологий, в частности, систем поддержки клинических решений;
- обеспечение трехуровневого контроля КМП: самоконтроль – внутренний контроль – внешняя экспертиза (в том числе, ведомственная, вневедомственная и аудиторская [21]).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Духанина, И.В. Административный учет в деятельности лечебно-профилактического учреждения / И.В.Духанина, О.Ю.Александрова, М.В.Духанина // *Здравоохранение Рос. Федерации.* – 2006. – №4. – С.40–45.
2. *Кораблев, В.Н.* Инновационный подход к управлению ресурсами здравоохранения (на примере Хабаровского края): автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Н.Кораблев. – Новосибирск, 2006. – 19 с.
3. *de Goeij, M.C.* Haemoglobin levels and health-related quality of life in young and elderly patients on specialized predialysis care / M.C. de Goeij, Y.Meuleman, S. van Dijk [et al.] // *Nephrol Dial Transplant.* – 2014 Jul. – 29 (7). – P.1391–1398.
4. *Oldroyd, J.C.* Evaluating the impact of depression, anxiety & autonomic function on health related quality of life, vocational functioning and health care utilization in acute coronary syndrome patients: the ADVENT study protocol / J.C.Oldroyd, S.Cyril, B.S.Wijayatilaka [et al.] // *BMC Cardiovasc Disord.* – 2013 Nov. 17. – Vol.13. – P.103.
5. *Feuerstein, J.D.* Documented compliance with inflammatory bowel disease quality measures is poor / J.D.Feuerstein, J.J.Lewandowski, M.Martinez-Vazquez [et al.] // *Dig Dis Sci.* – 2015 Feb. – 60(2). – P.339–344.
6. *Gibson, P.R.* Relationship between disease severity and quality of life and assessment of health care utilization and cost for ulcerative colitis in Australia: a cross-sectional, observational study / P.R.Gibson, C.Vaizey, C.M.Black [et al.] // *J Crohns Colitis.* – 2014 Jul. – 8(7). – P.598–606.
7. *Davey, M.P.* «They paid no mind to my state of mind»: African American breast cancer patients' experiences of cancer care delivery / M.P.Davey, K.Kissil, A.Nino, C.Y.Tubbs // *J. Psychosoc. Oncol.* – 2010. – Vol.6. – P.683–693.
8. *Абашин, Н.Н.* Удовлетворенность пациента как показатель качества медицинской помощи (по материалам социологического опроса) / Н.Н.Абашин // *Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины.* – 1998. – №5. – С.31–33.
9. *Котова, Г.Н.* Социологическая оценка качества медицинской помощи / Г.Н.Котова [и др.] // *Здравоохранение Рос. Федерации.* – 2001. – №4. – С.22–26.
10. *Гриненко, А.Я.* Изучение мнения пациентов об организации стационарной помощи в крупной агропромышленной области / А.Я.Гриненко, В.М.Трищин // *Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины.* – 2003. – №3. – С.51–52.
11. *Awasthi, S.* Quality of care as a determinant of health-related quality of life in ill-hospitalized adolescents at a tertiary care hospital in North India / S.Awasthi, K.Agnihotri, S.Thakur [et al.] // *Int J Qual Health Care.* – 2012 Dec. – 24(6). – P.587–594.
12. *Демидчик, Ю.Е.* Оценка врачами качества медицинской помощи населения в Республике Беларусь / Ю.Е.Демидчик, Т.В.Калинина, М.В.Щавелева [и др.] // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения.* – 2010. – №4. – С.58–63.
13. *Мириджанян, Г.М.* Структура заболеваемости органов пищеварения в Армении (профиль страны) / Г.М.Мириджанян // *Научно-медицинский журнал. Ереван.* – 2016. – Т.11, №2. – С.21–27.
14. *Ланг, Т.* Как описывать статистику в медицине: перевод с англ.; под ред. В.В.Леонова / Т.Ланг. – М., 2011. – 478 с.

15. *McGlynn, E.A.* The quality of health care delivered to adults in the United States / E.A.McGlynn, S.M.Ash, J.Adams [et al.] // *N. J. Med.* – 2003. – Vol.348. – P.2635–2645.
16. *Vinsent, C.* Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review / C.Vinsent, G.Neale, M.Woloshynowych // *BMJ.* – 2001. – Vol.322. – P.517–519.
17. *Durieux, P.* Computerized advice on drug dosage to improve prescribing practice / P.Durieux, L.Trinquart, I.Colombet [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2008 Jul 16. – 3. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646085>. – Date of access: 15.06.2016.
18. *Walton, R.* Computer support for detemining drug dose: systematic review and meta-analysis / R.Walton, S.Dovey, E.Harvey, N.Freemante // *BMJ.* – 1999. – Vol.318. – P.984–990.
19. *Kaushal, R.* Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review / R.Kaushal, K.G.Shojania, D.W.Bates // *Arch. Intern Med.* – 2003. – Vol.163. – P.1409–1416.
20. *Hunt, D.L.* Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: a systematic review / D.L.Hunt, R.V.Haynes, S.E.Hanna, K.Smith // *JAMA.* – 1998. – Vol.280. – P.1339–1346.
21. *Серегина, И.Ф.* Экспертиза качества медицинской помощи в современных условиях: проблемы и решения. Часть 2 / И.Ф.Серегина, Е.Г.Князев, М.Г.Малаев [и др.] // *Вестник Росздравнадзора [Электронный ресурс]*. – 2016. – №1. – С.14–20. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/ekspertiza-kachestva-meditsinskoj-pomoschi-v-sovremennyh-usloviyah-problemy-i-resheniya>. – Дата доступа: 15.06.2016.

**INDICATORS OF THE STRUCTURE'S QUALITY AND ASSESSMENT OF THEIR IMPACT ON HEALTH CARE QUALITY (GASTROENTEROLOGICAL SERVICE IN ARMENIA AS EXAMPLE)**

**G.M.Mirijanyan**

Academician S.Avdalbekyan National Institute of Health of the Ministry of Health of the Republic of Armenia, Yerevan, Republic of Armenia

Objective: to study medical specialists' opinion about the impact of structure's quality on the health care quality on the basis of evidence.

The study is based on the analysis of official data that characterize the quality of the gastroenterological service's structure at the 19 medical centers in Armenia, and interview of 113 physicians.

The high variability of financing of medical centers and directions of financial flows, insufficient and unequal material and technical and personnel resources, particularly in regions, are indicated. Generally, the average degree of the impact of structure's quality on the health care quality is dominated. The workload, qualification, social security, organization have been estimated as having great and the greatest influence.

Evaluation of the evidence and analysis of the interviews' results revealed a number of problems that determine the health care quality and required concrete action.

Keywords: financing, material and technical and personnel resources, health care quality, degree of influence.

*Поступила 17.06.2016 г.*