

§4 НАСЛЕДИЕ И ТРАНСФОРМАЦИИ

Грязнова Е.В., Шкирнюк П.Г.

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПРОБЛЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ

Аннотация: В последние годы в нашей стране происходит ухудшение состояния здоровья населения. Это приводит к снижению качества жизни. Основной причиной подобной ситуации является неэффективное управление деятельностью медицинских учреждений со стороны государства. Проблемы в управлении здравоохранением приводят к снижению эффективности управления качеством жизни населения, являющейся основным потенциалом страны. Чтобы разработать пути решения по повышению эффективности управления качеством жизни, необходимо провести анализ и систематизацию проблем менеджмента качества жизни в системе здравоохранения РФ, что и является предметом исследования данной статьи. В качестве основных методов исследования используется анализ, сравнение, восхождение от абстрактного к конкретному, документальный метод, контент-анализ, аналитический метод. В результате исследования выявлено, что низкая эффективность управления в здравоохранении проявляется, прежде всего, в недофинансировании отрасли здравоохранения, а имеющиеся финансовые и материальные ресурсы используются неэффективно, усиливаются диспропорции в предоставлении медицинской помощи, неэффективно используется кадровый потенциал. В отрасли растет социальная напряженность. Это, в свою очередь, привело к тому, что кризис деятельности медицинских учреждений приближается к той черте, за которой следует распад всей системы здравоохранения. Полученный материал позволит в дальнейшем разработать требования к информационным системам, повышающим эффективность управления качеством жизни в системе здравоохранения.

Review: The health status of the population has been declining in our country over recent years. This inevitably leads to loss of life quality. The main reason of such a situation is a poor state management of health care institution activity. Health care management issues decrease the efficiency of the life quality management which is the main potential resource of the country. In order to develop solution of the aforesaid problem and increase the efficiency of the life quality management, it is necessary to carry out the analysis and systematization of the issues with the life quality management arising in the Russian Federation health care system which is the subject under research of the present article. As the main research methods, the authors use analysis, comparison, ascension from the abstract to the specific, documentary method, content analysis and analytical method. The results of the research demonstrate that the low efficiency of the management in health care shows itself, first of all, in the lack of funding of the health care sector while available financial and material resources are used inefficient. The disparity in provision of health care is also growing and human resources are not used well. The social tension is increasing. This, in its turn, makes the health care crisis approaching the line after which the whole system of health care will break. The results of the research will allow to develop requirements for the information systems and increase the efficiency of the life quality management in the sphere of health care.

Ключевые слова: Управление, государство, менеджмент, здравоохранение, качество жизни, управление качеством жизни, принципы управления, социальная эффективность здравоохранения, социально значимое благо, здоровье.

Keywords: Administration, state, management, public health service, life quality, life quality management, principles of management, social efficiency of public health, socially important benefit, health.

Целью данной статьи является анализ и систематизация проблем государственного управления здравоохранением в России и поиск путей повышения эффективности менеджмента качества жизни в аспекте здравоохранения РФ.

В работах исследователей показано, что качество жизни населения в первую очередь зависит от качества функционирования системы здравоохранения в государстве¹. В общем виде здравоохранение представляет собой систему социально-экономических и медицинских мероприятий, а также социальных институтов, деятельность которых направлена на сохранение и повышение уровня здоровья населения.

Анализируя работы, посвященные построению моделей здравоохранения², можно сделать вывод о том, что существуют рыночная и государственная модели, а также их смешанные варианты. Как показывает опыт, чем ниже уровень жизни населения, тем больше становится срывов рыночного механизма в системе здравоохранения, а значит, начинает преобладать вторая, государственная модель. Как отмечают исследователи, Россий-

ская экономическая модель здравоохранения официально относится к смешанным моделям с преобладанием государственного сектора³. Такое положение связано с рядом причин – объективного и субъективного характера. К причинам объективного характера в первую очередь относится уровень жизни населения РФ, который можно охарактеризовать как низкий, сравнительно с развитыми странами⁴. Уровень жизни определяет объем платежеспособного спроса на услуги здравоохранения. К субъективным причинам относится государственная политика, которая с начала экономических реформ все больше склоняется к усилению государственной власти. Смешанный характер системы здравоохранения определяет основные принципы финансирования. Наследственность системы, как постсоветской, национальный менталитет, общий уровень бюрократизации определяют ее особенности и узкие места сравнительно со смешанными моделями здравоохранения в других странах.

Основным показателем работы системы здравоохранения является качество медицинской помощи. В первую очередь, этот показатель определяется мнением пациентов – потребителями медицинских услуг. В целом, проведенные социологические исследования показывают, что сегодня работой медицинских учреждений в России довольны не многим более трети населения. Данные, полученные исследователями мы приводим ниже в таблице 1⁵:

¹ *Аверин, Ю. П.* Медико-социологический подход к исследованию качества жизни и его состояние в условиях современной России / Ю. П. Аверин // Ломоносовские чтения. – 2003; *Хораськина, Н.С.* Качество жизни как социально-философская категория: автореф. дисс. канд. филос. н., 09.00.11 – Социальная философия, 2009; *Чентемирова, Н. А.* Социологические критерии качества жизни в аспекте социологии здоровья / Н.А. Чентемирова // Вестник АГТУ. – 2007. – № 5 (40). – С. 97 – 101; Качество жизни в социально-экономических системах: теория, практика, управление [Текст]: сборник статей Международной научно-практической конференции. – Новосибирск: Сибирский ун-т потребительской кооп., 2013 – 250 с. и др.

² *Бабич, А.* Экономика и финансирование социально-культурной сферы / А. Бабич, Е. Егоров – Казань, 2001. – 243 с.; *Шишкин, С.* Экономика социальной сферы / С. Шишкин – М.: ВШЭ, 2003. – С. 51; Головнина, Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы / Н.Головнина, П. Ореховский // Общество и экономика. – 2005 – № 6. – С. 87 – 92.; *Троицкая, Н.Л.* Социально-экономическая модель здравоохранения современной России / Н.Л. Троицкая // Вестник томского государственного университета. – № 327. – 2009. – С.165 – 174. и др.

³ Эффективность здравоохранения региона. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 192 с.; *Шабунова, А.А.* Модернизация здравоохранения в оценках населения и медицинских работников / А.А. Шабунова, В.Н. Асташов, Н.А. Кондакова, С.М. Шкаревская // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз – № 2 (26) – 2013. – С. 87 – 100. и др.

⁴ Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2013 г. / Под общей редакцией С.Н. Бобылева / Дизайн-макет, допечатная подготовка, печать: ООО «РА ИЛЬФ», 2013. – С. 150.

⁵ *Зубец, А.Н.* Частное финансирование здравоохранения в России / А.Н. Зубец // Финансы. – 2014. №2. – С. 56 – 58.

Таблица 1. Мнения пациентов о работе медицинских учреждений

| Довольны ли вы работой медицинских учреждений в вашем городе? | 2012 г. | 2013 г. |
|---|---------|---------|
| Да, полностью довольны | 9% | 9% |
| Да, скорее довольны | 25% | 27% |
| Нет, скорее недовольны | 35% | 32% |
| Полностью недовольны | 50% | 50% |
| Доля тех, кто полностью или в основном доволен работой здравоохранения в России | 10% | 15% |

Анализ публикаций, посвященных изучению работы системы здравоохранения Российской Федерации⁶, показал, что сегодня в этой системе, накопились серьезные проблемы, которые будут препятствовать решению поставленных задач, направленных на улучшение здоровья населения, увеличение доступности и повышение качества медицинской помощи. Среди них главными являются:

1. Недофинансирование государственной системы здравоохранения как минимум в 1,5 раза⁷. Это приводит к низкому уровню оплаты труда медицинского персонала, и, как следствие, снижению качества его работы. Далее, снижается уровень обеспечения населения бесплатными лекарствами, исчезает возможность соблюдать современные стандарты лечения и обеспечивать больницы современным оборудованием и расходными материалами.

Недофинансирование системы здравоохранения наносит удар по подготовке специалистов в области медицины. Скажем, если молодой человек окончил мединститут, прошел интернатуру хирургии, то это не означает, что он стал хирургом. Его минимум лет 10 нужно готовить на рабочем месте. Но кто будет это делать, если исчезает необходимая преемственность кадров? В этой ситуации вряд ли поможет вкладывание денег только в строительство медицинских центров с современной аппаратурой.

⁶ Иванова, В. С. Реформы здравоохранения: ожидания медперсонала / В. С. Иванова // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2012. – № 4-вып. 1 (20); Улумбекова, Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения / Г.Э. Улумбекова // Вестник Росздравнадзора. – 2012. – № 2. – С. 33 – 38. и др.

⁷ Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2013 г. / Под общей редакцией С.Н. Бобылева / Дизайн-макет, допечатная подготовка, печать: ООО «РА ИЛЬФ», 2013. – С. 60.

2. Выше обозначенная проблема, формирует вторую важную проблему – это дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров. Именно врач обеспечивает пропускную способность сети здравоохранения. Сегодня обеспеченность врачами в Российской Федерации на 1 тыс. населения без учета санитарно-эпидемиологических кадров и стоматологов в 1,5 раза выше, чем в среднем в развитых странах⁸. Однако в РФ заболеваемость и смертность населения на 40 – 50% выше, чем в странах ОЭСР в среднем (соответственно, выше и потребность в медицинской помощи).

Более того, в ближайшие 5 лет в Российской Федерации прогнозируется существенный дефицит медицинских кадров, связанный с низкой оплатой их труда, т.к. она на 22% ниже, чем в среднем заработная плата по Российской Федерации⁹. Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС, то в этих странах врач получает в 1,5 – 2,5 раза больше по сравнению со средней оплатой труда в этих странах.

Дефицит также будет связан с высокой долей врачей пенсионного и предпенсионного возраста (около 50%) и демографическим провалом. Так, количество выпускников школ в 2012 г. по сравнению с 2003 г. снизилось в 2 раза и, как следствие, через 5 – 6 лет снизится в 2 раза число выпускников вузов¹⁰.

⁸ База данных ОЭСР [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html. /– (Дата обращения: 04.07.2014)

⁹ База данных Росстата [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/>. /– (Дата обращения: 04.07.2014).

¹⁰ База данных Росстата [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/>. /– (Дата обращения: 04.07.2014)

Наследие и трансформации

3. Третья важнейшая проблема – это неудовлетворительная квалификация медицинских кадров и, как следствие, низкое качество медицинской помощи. Недостаточная квалификация медицинских кадров проявляется в неудовлетворительных показателях качества медицинской помощи по сравнению с развитыми странами. Например, выживаемость больных раком молочной железы, коэффициент внутри больничной летальности, доля пациентов, получивших инфекционные осложнения в стационарах, в Российской Федерации в 2 раза выше, чем в среднем в странах ОЭСР¹¹.

4. Отсюда вытекает четвертая проблема – это отставание нормативов объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатной медицинской помощи реальным потребностям населения Российской Федерации. Именно эта проблема вызывает очереди в поликлиниках, проблемы с доступностью лекарственных средств и высокотехнологичной медицинской помощи. Например, с 1999 по 2010 г. нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ не изменились, а по ряду видов помощи даже уменьшились, вместе с тем заболеваемость населения (которая определяет потребность в медицинской помощи) в период с 1990 по 2013 г. увеличилась в 1,5 раза, а доля пожилого населения возросла на 4%¹².

Дело в том, что планомерно-нормативные показатели объема медицинской помощи в виде числа посещений, койко-дней, пациенто-дней и вызовов скорой медицинской помощи в расчете на одного жителя или на 1000 населения и финансовое обеспечение этих данных утверждается ежегодно Правительством РФ в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (в дальнейшем – Программа). Дифференциация этих данных на взрослых и детей, по профилям отделений и врачебным специальностям указывается в Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Анализ этих документов в части, касающейся финансовых нормативов, показывает, что ежегодно, вплоть до 2008 г., стоимостные показатели увеличивались на индекс потребительских цен. С 2009 г. индексация стоимостных показателей не проводится, и на 2012 г. сохраняются те же цифры, что и в 2009 г. – заключает в своих исследованиях А.Н. Плутницкий¹³. Поэтому вполне закономерно, что такая ситуация создает проблемы: подорожание коммунальных услуг, продуктов питания и других расходов, которые ЛПУ оплачивает в любых случаях, при неизменном общем стоимостном показателе приводит к уменьшению других составляющих, в частности, оплаты труда, расходов на медикаменты и т.д.

Наше население также недостаточно обеспечено бесплатными лекарственными средствами в амбулаторных условиях, по рецепту врача в поликлиниках. Так, в 2012 г. подушевые расходы на ЛС за счет государственных источников были в Российской Федерации в 5,6 раза ниже, чем в странах ОЭСР (соответственно, составили 45 и 250 \$ППС), и в 3 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС, и это при почти тех же ценах на лекарства у нас и у них¹⁴.

5. Пятая проблема – это очень низкие объемы высокотехнологичной медицинской помощи. Например, число операций реваскуляризации на сердце (т.е. восстановление проходимости сосудов сердца), которые составляют 25% в объемах квот по высокотехнологичной медицинской помощи, в РФ делается в 5 раз меньше, чем в «новых» странах ЕС, в среднем процедур гемодиализа – в 4 раза меньше, число операций эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов – в 6,5 раза меньше. Соответственно, объемы этих видов помощи в течение 5 лет необходимо будет увеличить как минимум в 2–3 раза¹⁵.

6. Причиной всех перечисленных проблем является шестая проблема – это неэффективное управление отраслью на всех уровнях. Например, в Рос-

¹¹ База данных ОЭСР [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html. /– (Дата обращения: 04.07.2014)

¹² База данных Росстата [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/>. /– (Дата обращения: 04.07.2014).

¹³ Плутницкий, А.Н. Анализ финансовых нормативов гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи / А.Н. Плутницкий // Современные проблемы эффективности управления здравоохранением: Материалы научно-практической конференции/под ред. А.И. Вялкова. – М.: Рц «Фармеинфо», 2012. – С. 155.

¹⁴ База данных ОЭСР [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.oecd.org/document/0,3746,en_2649_201185_46462759_1_1_1_1,00.html. /– (Дата обращения: 04.07.2014)

¹⁵ База данных ВОЗ [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/>. /– (Дата обращения: 04.07.2014).

Политика и общество 8 (116) • 2014

сийской Федерации отсутствует стратегическое планирование и ответственность руководителей всех уровней за достижение результатов (в т.ч. ежегодные отчеты) по показателям, принятым в развитых странах, например по показателям качества и безопасности медицинской помощи, эффективности деятельности. Неэффективное управление проявляется в нерациональном распределении государственных средств. Так, акцент в государственных программах делается на плохо контролируемые, имеющие высокий риск коррупционных платежей инвестиционные расходы (строительство и закупка дорогостоящего оборудования) вместо развития профилактики и кадрового потенциала. Имеет место неэффективное использование оборудования и коечного фонда.

К примеру, государство сокращает неостребованные койки, но для приведения коечного фонда в соответствие с федеральными нормативами этого мало. Для каждого отделения больницы сверху спускается план работы на год. Из планов работы отделений слагается финансовый план больницы в целом. Более детальное описание данной ситуации можно увидеть на примере хирургического отделения МУЗ «Красавинская районной больницы № 1»¹⁶.

Также недостаточно используются экономически эффективные инструменты управления, такие как конкуренция по критерию качества при закупке медицинской помощи у поставщиков медицинских услуг, составление рейтингов ЛПУ, применение экономических стимулов для достижения запланированных результатов.

Планирование здравоохранения носит деструктивный характер. Сегодня оно не отвечает основным целям и задачам, стоящим перед здравоохранением, ставя ЛПУ на грань финансового краха. В результате здравоохранение становится социально неэффективным, малодоступным, и неэффективным экономически. Дальнейшее снижение качества управления в здравоохранение приведет к дезорганизации и необратимой деградации отрасли, более выраженная на периферии, и кадровый кризис.

Последствия низкого уровня управления здравоохранения выражаются в падении качества жизни населения. Так, например, по данным Росстата

можно видеть динамику численности населения в нашей стране за период с 2000 по 2012 гг.¹⁷, в частности, прирост населения в 2012 году равен 0.

Если будет сохранено сегодняшнее положение дел в системе здравоохранения, то даже при самом высоком (оптимистичном) демографическом прогнозе до 2020 г. Росстат дает показатель рождаемости 11,3, смертности 12,8, соответственно естественный прирост – 1,5 на 1000 человек населения; ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) у мужчин 61,6 года, у женщин 70,3 года. При среднем, а тем более при минимальном прогнозе, показатели будут соответственно еще хуже¹⁸.

Подобное положение усугубляется еще и тем, что растет смертность и заболеваемость россиян в трудоспособном возрасте. «Уровень смертности населения снижается, но все еще существенно выше уровня смертности, достигнутого сегодня в странах ЕС (в 1,4 раза). Особенно высока смертность в трудоспособном возрасте. Вероятность умереть в возрасте 15–60 лет в России почти в два раза выше, чем в среднем по Европе», – отмечается в докладе о человеческом развитии¹⁹.

Что касается статистики заболеваемости, то, например, исследования Т.М. Максимовой показали, что за 2001–2012 гг. на 15–25% увеличилась частота регистрации болезней органов пищеварения, более чем на 30% возросли показатели распространенности болезней мочеполовой системы, осложнений беременности и родов, новообразований, врожденных аномалий. Более чем на 30% выросла частота регистрации новообразований (включающих и доброкачественные)²⁰.

Значительно большее увеличение (более чем на 50%) показателей отмечено по классам болезней

¹⁷ Здравоохранение в России 2013. – М., 2013. – С. 150.

¹⁸ Демографический прогноз до 2030 года [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. – Электрон. текст. дан. М., 2012. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 19.03.2012).

¹⁹ Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2013 г. / Под общей редакцией С.Н. Бобылева / Дизайн-макет, допечатная подготовка, печать: ООО «РА ИЛЬФ», 2013. – С. 51.

²⁰ *Максимова, Т.М.* Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России и некоторых зарубежных странах. / Т.М. Максимова, В.Б. Белов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С. 9 – 12.

¹⁶ Проблемы здравоохранения в России [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://voprosik.net/problemuzdravoohraneniya-v-rossii/> – Заглавие с экрана – (Дата обращения: 04.07.2014).

Наследие и трансформации

эндокринной системы и болезней системы кровообращения. Известно, что в мире наблюдается интенсивное увеличение распространенности таких эндокринных расстройств как сахарный диабет и ожирение. Это характерно и для нашей страны, – отмечает исследователь²¹.

Заболеваемость населения как объективное явление формируется под влиянием сложного комплекса факторов и условий, в т.ч. деятельности системы здравоохранения, соответственно, их изменения ведут к различным динамическим сдвигам в уровне распространенности патологии и ее исходах.

С экономической точки зрения основной причиной проблем современного российского здравоохранения является изначально неправильная постановка задач планирования и финансирования. Не существует отработанных методик оценки эффективности работы здравоохранения как социально значимого блага.

Вероятно, что общие проблемы управления в здравоохранении формируют и проблемы в управлении качеством жизни пациентов всех профилей медицинского обслуживания.

Исходя из определения категории «здоровье» как такого состояния структуры функций и адаптационных возможностей (резервов) человека, которые обеспечивают ему данное качество жизни в данное время и в данной среде²², можно видеть, что существует прямая зависимость качества жизни от состояния здоровья.

Анализ выявленных выше проблем в управлении здравоохранения в плане практики управления качеством жизни показал, что для повышения эффективности управления должны учитываться следующие закономерности управленческой деятельности:

- система управления качеством жизни целостна, что обусловлено социальными, политическими и экономическими факторами общественного развития;

- между управляемой и управляющей подсистемами здравоохранения как социальной системы должна

соблюдаться пропорциональность, предполагающая рациональную соотносительность внутри них, а также между ними с целью обеспечения наиболее эффективного функционирования этих подсистем;

- между централизацией и децентрализацией функций управления качеством жизни должно соблюдаться оптимальное соотношение. Уровень централизации управления меняется в процессе общественного развития. Для каждого этапа общественного развития должен быть свой оптимальный уровень централизации (децентрализации);

- различные слои населения должны принимать участие в управлении качеством жизни, в повышении его эффективности и ответственности, поскольку общественное производство материальных и духовных благ подчинено цели удовлетворения потребностей населения;

- для управления качеством жизни важное значение имеет определение его целей – целеполагание. С точки зрения времени достижения, как правило, выделяют стратегические, тактические и оперативные цели. Тактические и оперативные цели более конкретны и детализированы, формулируются исходя из стратегических, подчинены им и способствуют их реализации;

- цели управления качеством жизни должны удовлетворять определенным требованиям: гибкость, достижимость, совместимость, конкретность, измеримость, приемлемость и др.

- управление качеством жизни населения страны сосредотачивается на создании условий, позволяющих населению добиваться благосостояния своей семьи собственным трудом.

- деятельность по управлению качеством жизни основана на двух принципах: удовлетворение потребностей людей и учёт интересов государства.

Таким образом, управление качеством жизни есть целенаправленный процесс воздействия на жизненные силы в целях обеспечения и поддержки необходимого их уровня, удовлетворяющего требованиям общества, и создания условий для развития личности со стороны государства.

В результате проведенного исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Современная российская модель здравоохранения, фактически является прямым продолжением советской государственной, директивной модели, слабо использующая рыночные методы управления, анализа и прогнозирования.

²¹ Сабгайда, Т.П. Связь заболеваемости диабетом с распространенностью ожирения и болезней сердечнососудистой системы / Т.П. Сабгайда, А.В. Стародубова, Д.О. Рошин // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 4. – С. 30 – 34.

²² Кошелев, Н.Ф. Проблема гигиенической донозологической диагностики в современной медицине / Н.Ф. Кошелев, М.П. Захарченко // Гигиена и санитария. – 1992. – №11. – С.12.

Политика и общество 8 (116) • 2014

2. Изучение статистического и научного материала, посвященного проблемам менеджмента здравоохранения показало, что недофинансирование, низкое качество управления в данной отрасли приводит к снижению качества медицинского обслуживания и, как следствие, снижению качества жизни населения.

3. Результаты управления качеством жизни необходимо соотносить не только и не просто с интересами и целями субъектов управления, но и с социальными, ценностными, нравственными и иными ожиданиями и потребностями общества, групп людей и отдельных личностей от соответствующих субъектов управления и их управленческих решений.

4. Разрабатываемые системы управления должны позволять проводить сравнительное измерение

как самих результатов управления, так и затрат ресурсов, времени и человеческих сил на их достижение с тем, какие результаты управления и при каких затратах получают управленческие системы в различных регионах страны.

6. Целесообразно также при оценке результатов управления непременно проектировать их на будущее.

Для повышения эффективности управления качеством жизни в аспекте здравоохранения необходимо использовать информационные системы. Сегодня они повсеместно внедряются. Однако в плане информатизации здравоохранения существуют не менее серьезные проблемы, что и станет предметом нашего дальнейшего исследования.

Библиография:

1. Головнина, Н. Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы / Н.Головнина, П. Ореховский // Общество и экономика. – 2005-№ 6. – С. 87 – 92.
2. Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2013 г. / Под общей редакцией С.Н. Бобылева / Дизайн-макет, доредакционная подготовка, печать: ООО «РА ИЛЬФ», 2013.
3. Здравоохранение в России 2013. – М., 2013.
4. Иванова, В. С. Реформы здравоохранения: ожидания медперсонала / В. С. Иванова // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2012. – № 4-вып. 1 (20).
5. Качество жизни в социально-экономических системах: теория, практика, управление [Текст] : сборник статей Международной научно-практической конференции. – Новосибирск : Сибирский ун-т потребительской кооп., 2013.
6. Максимова, Т.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России и некоторых зарубежных странах / Т.М. Максимова, В.Б. Белов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С. 9 – 12.
7. Плутницкий, А.Н. Анализ финансовых нормативов гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи / А.Н. Плутницкий // Современные проблемы эффективности управления здравоохранением: Материалы научно-практической конференции/под ред. А.И. Вялкова. – М.: Рц «Фармеинфо», 2012.
8. Троицкая, Н.Л. Социально-экономическая модель здравоохранения современной России / Н.Л. Троицкая // Вестник томского государственного университета. – № 327. – 2009. – С.165 – 174.
9. Улумбекова, Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения / Г.Э. Улумбекова // Вестник Росздравнадзора. – 2012. – № 2. – С. 33 – 38.
10. Хораськина, Н.С. Качество жизни как социально-философская категория: автореф. дисс. канд. филос. н., 09.00.11 – Социальная философия, 2009.
11. Шабунова, А.А. Модернизация здравоохранения в оценках населения и медицинских работников / А.А. Шабунова, В.Н. Асташов, Н.А. Кондакова, С.М. Шкаревская // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз-№ 2 (26)-2013. – С. 87 – 100
12. Молодцов В.Г. Управление качеством рабочей силы в здравоохранении как составляющая качества жизни населения РФ // Национальная безопасность / nota bene. – 2013. – 5. – С. 182-191. DOI: 10.7256/2073-8560.2013.5.9905.
13. А.В. Чернова Инновации в системе управления // Философия и культура. – 2012. – 5. – С. 91-95.
14. Гуламов Э.. Особенности советского типа государственного управления // NB: Экономика, тренды и управление. – 2014. – 2. – С. 12-25. DOI: 10.7256/2306-4595.2014.2.10265. URL: http://www.e-notabene.ru/etc/article_10265.html
15. Полубинская С.В.. Медицинское право в современном государстве. // Право и политика. – 2013. – № 7. – С. 934-937. DOI: 10.7256/1811-9018.2013.7.8981

16. Н.Р. Исправникова. Реформирование институтов социальной сферы как основной фактор преодоления коррупции в ее отраслях (положение в здравоохранении). // Политика и Общество. – 2010. – № 6.
17. Н.А. Кравченко, А.В. Рагозин. Правильный выбор модели здравоохранения как фактор национальной безопасности. // Национальная безопасность / nota bene. – 2010. – № 5

References (transliteration):

1. Golovnina, N. Reformy zdavookhraneniya v postsovetskoi Rossii: itogi i problemy / N.Golovnina, P. Orekhovskii // Obshchestvo i ekonomika. – 2005-№ 6. – S. 87 – 92.
2. Ivanova, V. S. Reformy zdavookhraneniya: ozhidaniya medpersonala / V. S. Ivanova // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya. – 2012. – № 4-vyp. 1 (20).
3. Maksimova, T.M. Zabolevaemost' zlokachestvennymi novoobrazovaniyami v Rossii i nekotorykh zarubezhnykh stranakh / T.M. Maksimova, V.B. Belov // Problemy sotsial'noi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny. – 2012. – № 1. – S. 9 – 12.
4. Plutnitskii, A.N. Analiz finansovykh normativov garantirovannogo gosudarstvom ob''ema besplatnoi meditsinskoj pomoshchi / A.N. Plutnitskii // Sovremennye problemy effektivnosti upravleniem zdavookhraneniem: Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii/pod red. A.I. Vyalkova. – M.: Rts «Farmeinfo», 2012.
5. Troitskaya, N.L. Sotsial'no-ekonomicheskaya model' zdavookhraneniya sovremennoi Rossii / N.L. Troitskaya // Vestnik tomskogo gosudarstvennogo universiteta. – № 327. – 2009. – S.165 – 174.
6. Ulumbekova, G.E. Sistema zdavookhraneniya Rossiiskoi Federatsii: itogi, problemy, vyzovy i puti resheniya / G.E. Ulumbekova // Vestnik Roszdravnadzora. – 2012. – № 2. – S. 33 – 38.
7. Khoras'kina, N.S. Kachestvo zhizni kak sotsial'no-filosofskaya kategoriya: avtoref. diss. kand. filos. n., 09.00.11 – Sotsial'naya filosofiya, 2009.
8. Shabunova, A.A. Modernizatsiya zdavookhraneniya v otsenkakh naseleniya i meditsinskikh rabotnikov / A.A. Shabunova, V.N. Astashov, N.A. Kondakova, S.M. Shkarevskaya // Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz-№ 2 (26)-2013. – S. 87 – 100
9. Molodtsov V.G. Upravlenie kachestvom rabochei sily v zdavookhranении kak sostavlyayushchaya kachestva zhizni naseleniya RF // Natsional'naya bezopasnost' / nota bene. – 2013. – 5. – С. 182-191. DOI: 10.7256/2073-8560.2013.5.9905.
10. A.V. Chernova Innovatsii v sisteme upravleniya // Filosofiya i kul'tura. – 2012. – 5. – С. 91-95.
11. Gulamov E.. Osobennosti sovetskogo tipa gosudarstvennogo upravleniya // NB: Ekonomika, trendy i upravlenie. – 2014. – 2. – С. 12-25. DOI: 10.7256/2306-4595.2014.2.10265. URL: http://www.e-notabene.ru/etc/article_10265.html
12. Polubinskaya S.V.. Meditsinskoe pravo v sovremennom gosudarstve. // Pravo i politika. – 2013. – № 7. – С. 934-937. DOI: 10.7256/1811-9018.2013.7.8981
13. N.R. Исправникова. Реформирование институтов социальной сферы как основной фактор преодоления коррупции в ее отраслях (положение в здравоохранении). // Политика и Общество. – 2010. – № 6.
14. N.A. Kравченко, A.V. Рагозин. Правильный выбор модели здравоохранения как фактор национальной безопасности. // Национальная безопасность / nota bene. – 2010. – № 5